

# Zorginkoopbeleid 2022

## Verpleging en Verzorging - Wijkverpleging

# 1. Zorginkoopbeleid Verpleging en Verzorging - Wijkverpleging

Met het zorginkoopbeleid Wijkverpleging informeren wij u over onze uitgangspunten bij de inkoop van wijkverpleging, wat u van ons mag verwachten en wat wij van u als zorgaanbieder vragen.

## 1.1. Visie op Wijkverpleging

De zorg in Nederland – en daarmee ook de wijkverpleging – verandert voortdurend. Dubbele vergrijzing, nieuwe behandelmogelijkheden, complexere zorgvragen en krapte op de arbeidsmarkt staan in gespannen verhouding tot elkaar. Dit alles tegen de achtergrond van de maatschappelijke noodzaak om de groei van de zorgkosten te beteugelen. Eén van de constanten binnen de voortdurende veranderingen is de wens van verzekerden om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, ook als ze een intensieve zorgvraag hebben.

Ook willen verzekerden thuis zoveel mogelijk zelfredzaam blijven en de regie over hun leven behouden. Dat houdt in dat betrokkenheid van de verzekerde bij het zorgproces actief wordt gestimuleerd, dat er oog is voor preventie, voor 'ontzorgen', voor de inzet van hulpmiddelen en e-health-oplossingen en dat er – in een ideale situatie – sprake is van Advance Care Planning. Daarmee komen de zorgverleners in samenspraak met de verzekerde tot passende en gepaste zorg. Deze cliëntgerichte invulling van de zorg is voor ons erg belangrijk.

Belangrijke ontwikkelingen in de maatschappij zijn de vergrijzing, de focus op het langer thuis wonen van ouderen en de verschuiving van specialistische zorg naar de thuissituatie. De wijkverpleegkundige komt veel achter de voordeur en legt verbinding met de huisarts, het ziekenhuis en de familie. Hij of zij is dus een belangrijke spin in het web in de eerstelijnszorg. Inzet op preventie, samenwerking en werkplezier is daarbij erg belangrijk.

Voor de wijkverpleging kan langer thuis blijven mogelijk maken, maar dat doet ze niet alleen. Samenwerking en afstemming met andere zorg- en hulpverleners in zowel de nulde-, eerste- als de tweedelijns en het sociaal domein zijn een randvoorwaarde. In geval van toenemende complexiteit of escalaties weet de wijkverpleging tijdig andere zorg- en hulpverleners in te schakelen en weet ze andere, passende vormen van zorg (Eerstelijnsverblijf (ELV), Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) of de Wet langdurige zorg (Wlz)) voor onze verzekerden te organiseren.

Deze visie sluit aan bij de zogenaamde Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging<sup>1</sup>. Conform deze leidraad verwachten wij dat zorgaanbieders samenwerkingsafspraken maken met als doel te komen tot herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. De verpleegkundige, het wijkteam, de huisarts en de medewerker Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) delen hun kennis en ervaring en staan in nauwe verbinding met elkaar. Het is duidelijk wie er binnen de huisartsenpraktijk en het wijkteam aanspreekpunt is voor de andere partij. Alleen als deze professionals samenwerken, kan de Juiste Zorg Op de Juiste Plek worden geboden en onnodige escalatie van de situatie en zorginzet worden voorkomen. Daar waar deze samenwerkingsafspraken niet tot stand komen, pakken wij een stimulerende rol.

Dit alles stelt in toenemende mate eisen aan verzekerden zelf, aan zorgaanbieders en aan zorgverzekeraars. Binnen al deze ontwikkelingen hebben betrokkenen in onze visie allemaal een eigen verantwoordelijkheid:

- Verzekerden en hun naaste omgeving hebben de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid, gezond gedrag en een veilige woonomgeving. Van verzekerden mag verwacht worden dat zij zich voldoende informeren en zich voldoende inspannen om zo gezond mogelijk te leven. Daarnaast mag van verzekerden verwacht worden dat zij zich verantwoordelijk voelen voor het kiezen van een woonomgeving die passend is bij de zorgbehoefte.
- Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor gepaste zorg en voor de kwaliteit van de zorg. Gepaste zorg is zorg waarmee op verantwoorde en doelmatige wijze en tegen acceptabele kosten het mogelijk wordt gemaakt dat

<sup>1</sup> Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, opgesteld door ActiZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, VNG, VWS, ZN en Zorgthuisnl, 28 februari 2020.

verzekerden zo lang mogelijk goed thuis kunnen blijven wonen. De zorgaanbieder zorgt niet alleen voor de verzekerde, maar zorgt er ook voor dat de verzekerde voor zichzelf kan (blijven) zorgen en stimuleert hiermee de zelfredzaamheid en zelfstandigheid waar mogelijk. Kwaliteit van zorg wordt primair door de beroepsgroep gedefinieerd en verwacht mag worden dat de zorg altijd aansluit bij door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen en standaarden.

- De zorgverzekeraar heeft zorgplicht en is verantwoordelijk voor het inkopen/vergoeden van voldoende en passende zorg voor verzekerden. Ook is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor een betaalbare zorgpremie voor verzekerden.

Uit het voorgaande volgt dat wij het als een gedeelde verantwoordelijkheid zien van zorgaanbieders en ons om afspraken te maken over de inrichting van de zorg en de beheersing van zorgkosten. Daarbij doelen wij onder meer op ketenafspraken rondom de zorg voor de verzekerde waarmee de Juiste Zorg Op de Juiste Plek wordt geboden, adequate indicatiestelling en passende zorg voor de verzekerde, innovatie en inzet van zorgtechnologie. Dit ook om de toegankelijkheid – ook met het oog op de arbeidsmarkt – en de betaalbaarheid van de zorg op langere termijn mogelijk te maken.

Met dit zorginkoopbeleid Wijkverpleging informeren wij u over de wijze waarop wij de zorgcontractering voor 2022 vorm en inhoud geven.

## 1.2. Inkoopkader

Wijkverpleging omvat verzorging en verpleging die gericht is op het zo lang mogelijk verblijven in de thuissituatie, ondanks functionele beperkingen als gevolg van medische aandoeningen. Het gaat hierbij niet alleen om puur verpleegkundige of verzorgende handelingen, maar ook om taken die samenhangen met de zorgverlening zoals het indiceren, coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie.

De stand van de wetenschap en de acceptatie door de beroepsgroep zijn van belang bij het bepalen welke handelingen en taken hier allemaal onder moeten vallen. Eno vindt het belangrijk dat het verpleegkundig handelen wetenschappelijk onderbouwd is. Daarbij is het van belang dat vragen uit de praktijk onderzocht worden en de antwoorden teruggevoerd worden naar de praktijk. Deze wisselwerking tussen praktijk en wetenschap draagt bij aan het ontwikkelen van 'evidence based'-handelen.

In dit hoofdstuk lichten wij de punten toe die een specifiek inhoudelijk accent hebben in het zorginkoopbeleid Wijkverpleging 2022. Dit zijn de Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging, het prijsbeleid voor 2022, de nieuwe bekostiging, indicatiestelling, onplanbare zorg, wijkgerichte zorg, het beleid met betrekking tot een aantal specifieke doelgroepen met specialistische zorg en innovatie. Daarnaast vinden wij innovatie en inzet van thuiszorgtechnologie van groot belang. Aan dit laatste thema is hoofdstuk 1.9 gewijd.

### 1.2.1. Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging

In aanvulling op het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019-2022 is de Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging gepubliceerd. De leidraad beschrijft wat zorgaanbieders van wijkverpleging samen met zorgverzekeraars, vanaf 1 januari 2021, in gang moeten hebben gezet om te komen tot betere samenwerking in de wijkverpleging. Eno heeft zich gecommitteerd aan deze leidraad en ondersteunt de gedachte dat cliënten, hun omgeving, wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders of zorgprofessionals in iedere wijk op het volgende kunnen rekenen:

- Bereikbaar en herkenbaar. In iedere wijk is het voor cliënten, aanbieders van wijkverpleging, andere zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars (afdeling bemiddeling) duidelijk wie ze kunnen benaderen voor de wijkverpleging overdag, 's avonds, 's nachts en in het weekend.
- Vast en overzichtelijk. De cliënt krijgt zorg van een niet te groot team, zodat bekendheid en vertrouwdheid met iedereen die bij de cliënt in huis komt mogelijk is. De cliënt mag continue zorg verwachten: continu vanuit de keten, continu 24/7 georganiseerd, continu van kwaliteit. De cliënt mag afstemming tussen informele en formele hulpverleners verwachten; integrale en multidisciplinaire zorg. De cliënt mag verwachten dat erop een mogelijk verloop van zijn/haar gezondheidstoestand geanticipeerd wordt: de cliënt mag advance care planning verwachten.

- Aanspreekbaar. Aanbieders van wijkverpleging kennen de specifieke kenmerken van de wijk waar ze werken en zijn bewoners, weten welke andere aanbieders van wijkverpleging er actief zijn in hun wijk en kennen de contactpersonen van de andere zorg- en welzijnsorganisaties die actief zijn in de wijk, zoals het sociaal domein, transmurale teams, huisartsen, ziekenhuizen en VVT-instellingen. Voor alle partijen in de wijk geldt dat ze elkaar (meer) aanspreken op de verantwoordelijkheid die zij hebben in de keten van zorg en ondersteuning.
- Gezamenlijke verantwoordelijkheid. Aanbieders van wijkverpleging zorgen er samen met partners voor dat iedere zorgvraag van een cliënt opgepakt wordt en geen client tussen wal en schip valt. Wanneer een zorgvraag wijkverpleging niet kan worden geleverd door de aanbieder die de cliënt in zorg heeft, is het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van aanbieders van wijkverpleging en partners (bijvoorbeeld de transferverpleegkundige van het ziekenhuis) om passende zorg of ondersteuning te vinden. Mocht dit niet lukken dan wordt de zorgverzekeraar ingeschakeld bij wie de zorgplicht ligt om passende zorg voor haar verzekerde te vinden of te organiseren.

Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij zich maximaal inspinnen om deze resultaten te behalen. Onderstaande activiteiten kunnen hierbij ondersteunend zijn:

1. Een landdekkende wijkindeling;
2. In gesprek over samenwerking tussen de partijen in de wijk;
3. Het opstellen van samenwerkingsafspraken voor iedere wijk;
4. Inzicht geven in de voortgang van de samenwerking in de wijk;
5. Signaleren en actie ondernemen als samenwerkingsafspraken niet van de grond komen.

Waar nodig gaan wij met zorgaanbieders van wijkverpleging (in onze regio Midden-IJssel) in gesprek om invulling aan de leidraad te stimuleren.

### 1.2.2. Prijsbeleid 2022

Uitgangspunt van het tarief 2022 is het tarief 2021 van de betreffende zorgaanbieder. En daarnaast geldt dat we voor de tarieven in 2022 de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging volgen. Specifieke, lokale omstandigheden kunnen het noodzakelijk maken om afwijkende tariefafspraken te maken waarbij uitkomsten van gemaakte afspraken – waaronder doelmatigheid - een rol kunnen spelen. Ook sturen we bij de totstandkoming van het tarief 2022 op marktconforme afspraken. Wij gaan niet in op kostprijdiscussies, omdat de kostprijs van een zorgaanbieder gevoed kan worden door keuzes en aannames die wij niet delen en die de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder betreffen.

De afgelopen jaren is landelijk onduidelijkheid geweest over het doorvertalen van de Overheidsbijdrage in de Arbeidskostenontwikkeling (OVA). Eno vindt het belangrijk een eenduidige uitleg te hanteren over het doorvertalen van de OVA. Wij hebben daarvoor de volgende uitgangspunten opgesteld:

- De basis voor het tarief 2022 is het met de zorgaanbieder overeengekomen tarief 2021, exclusief eventuele eenmalige, specifieke of resultaatafhankelijke tariefophogingen, vermeerderd met loon- en prijsontwikkeling waarin de OVA volledig is meegenomen, met daarna eventuele op- of afslagen;
- Tarieven in contracten zijn opgebouwd uit personele kosten en materiële/overige kosten. Het OVA-percentage wordt zichtbaar en volledig doorvertaald in de personeelscomponent van de af te spreken tarieven in contracten;
- De NZa gaat uit van een verdeling 90 procent personeelskosten en 10 procent materiële/overige kosten. Dat betekent dat wij het indexatiecijfer berekenen over de 90 procent van het tarief;
- Wij hanteren het indexatiecijfer wat door de NZa wordt vastgesteld;
- De doelmatigheid van een zorgaanbieder kan van invloed zijn op het uiteindelijk toe te passen indexatiecijfer;
- Wanneer het definitieve indexatiecijfer over 2021 anders is dan het voorlopige indexatiecijfer dat de NZa heeft aangegeven voor 2021, wordt dit verschil meegenomen in het tarief van 2022.

### 1.2.3. Nieuwe bekostiging

Vanaf 2022 gaat in de sector gewerkt worden met een breed toegankelijk nieuw experiment met bekostiging op basis van cliëntprofielen. Hiermee wordt de gewenste beweging in gang gezet naar een betere koppeling tussen inhoud van zorg en de financiering. De nieuwe bekostiging wijkverpleging biedt ruimte voor het organiseren van zorg rond de cliënt én voor samenwerking binnen de wijkverpleging en over de domeinen heen. Inzicht in uitkomsten van zorg en aandacht voor kwaliteit en zorgzwaarte zijn hierbij erg belangrijk.

De komende jaren staan daarom in het teken van een geleidelijke sectorbrede overgang naar het registreren, declareren en contracteren van deze nieuwe prestaties op basis van cliëntkenmerken.

Daarnaast worden nieuwe prestaties voor systeemfuncties binnen de wijkverpleging geïntroduceerd. Deze prestaties zijn gericht op het stimuleren van samenwerking en coördinatie van zorg. Overigens blijft de reguliere bekostiging op basis van (de oude) prestaties en tarieven daarnaast nog gehandhaafd.

Op dit moment is er op landelijk niveau nog veel onduidelijkheid over de exacte invulling van het experiment. Wij houden de ontwikkelingen gericht op de nieuwe bekostiging nauwlettend in de gaten en publiceren wanneer nodig aanvullend beleid op 1 juli 2021.

#### 1.2.4. Indicatiestelling

Het stellen van de verpleegkundige diagnose - ook wel 'de indicatiestelling' genoemd - is het uitgangspunt voor het verlenen van de juiste zorg aan degene die deze zorg nodig heeft. De verpleegkundige stelt de indicatie en neemt daarin de wens mee van de verzekerde om langer thuis te blijven wonen, stimuleert de zelfredzaamheid en zorgt ervoor dat vermijdbare zorg voorkomen wordt. Met als belangrijkste uitgangspunt het bevorderen en bewaken van de gezondheid van de verzekerde. De hbo-verpleegkundige werkt in een netwerk met de geïntegreerde eerstelijns, het ziekenhuis, de gemeente en mantelzorg. Dit is een verantwoordelijke taak waarbij een veelheid aan (complexe) facetten bij elkaar gebracht worden.

Eno vindt – net als de beroepsgroep zelf – dat, gezien de complexiteit waar een verpleegkundige mee te maken kan krijgen, de indicatiestelling is voorbehouden aan de hbo-verpleegkundige. Het stellen van een indicatie vraagt inzicht in het verpleegkundig proces en in classificatiesystemen. De hbo-verpleegkundige is de aangewezen professional met de juiste competenties om deze rol op zich te nemen en verder door te ontwikkelen. In deze ontwikkeling zijn nog een aantal stappen te zetten. Eén daarvan is bijvoorbeeld het terugdringen van de ongewenste praktijkvariatie in de indicatiestellingen. Ongewenste praktijkvariatie betekent dat er een groot verschil zit in de indicatiestellingen bij vergelijkbare situaties. Deze variatie is onwenselijk, brengt ongelijkheid tussen mensen in vergelijkbare situaties en maakt de zorg onnodig duur. In dit kader vinden wij het ook van belang dat herindicaties (zoveel mogelijk) worden gedaan door de dezelfde verpleegkundige die de oorspronkelijke indicatie heeft gesteld.

Om de hbo-verpleegkundige te ondersteunen in het stellen van de indicatie heeft de V&VN een toolbox ontwikkeld. De toolbox bestaat uit beslissingsondersteunende hulpmiddelen voor het in kaart brengen en evalueren van de zorgvraag - en behoefte van het cliënt(systeem) als onderdeel van het verpleegkundig proces. Daarnaast heeft de V&VN op 27 maart 2019 het "Begrippenkader Indicatieproces" gepubliceerd. Dit begrippenkader is een toelichting op het Normenkader en ondersteunt wijkverpleegkundigen bij het indiceren en organiseren van zorg. Wij gaan ervan uit dat de verpleegkundigen gebruikmaken van de toolbox en het begrippenkader en gaan dit waar nodig verder stimuleren. Wij zien namelijk nog de nodige variatie in de praktijk van indicatiestelling. Daarom creëren wij in onze regio Midden-IJssel korte lijnen met wijkverpleegkundigen en gaan wij bijeenkomsten organiseren gericht op indicatiestelling. Ook overwegen wij de expertise te bundelen voor de pgb-indicatiestelling, bijvoorbeeld door met bepaalde zorgaanbieders afspraken te maken over een vaste groep wijkverpleegkundigen die indiceert.

#### 1.2.5. Onplanbare zorg

Bij onplanbare wijkverpleegkundige zorg gaat het om zorg die ontstaat door een acute vraag, die past binnen de aanspraak wijkverpleging en die uitgevoerd moet worden op het moment dat de zorgvraag zich voordoet. We maken hierbij onderscheid tussen onplanbare zorg overdag (hierbij verwachten we dat iedere zorgaanbieder dit zelf kan leveren en regelen) en in de avond en nacht (hierbij verwachten we dat zorgaanbieders zich aansluiten bij het kader onplanbare nachtzorg).

##### **Kader onplanbare zorg**

Zorgpartijen ActiZ, V&VN, Zorgthuis.nl en ZN hebben de wenselijkheid te komen tot een toekomstbestendige organisatie van deze wijkverpleging vastgelegd in het kader onplanbare nachtzorg<sup>2</sup>. Het is daarbij de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders (samen met hun zorgprofessionals) en de zorgverzekeraars om te komen tot een regio-indeling die ervoor zorgt dat in heel Nederland binnen dezelfde kaders de onplanbare nachtzorg wordt geregeld. Het advies is om de indeling te laten aansluiten bij de HAP(huisartsenpost)-regio's. Wanneer er voorkeur wordt gegeven aan een andere regio, gaan de zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de regio hierover met elkaar in gesprek. De verantwoordelijkheid

<sup>2</sup> Landelijk kader onplanbare nachtzorg, juli 2019

om te komen tot passende afspraken voor het leveren van de onplanbare nachtzorg ligt bij de betrokken zorgaanbieder(s).

### **Regionale afspraken**

Eno spreekt de betrokken zorgaanbieders in de regio erop aan om hierover onderlinge afspraken te maken en deze in de vorm van een business case aan ons voor te leggen. Wij maken alleen afspraken met zorgaanbieders die vervolgens aantoonbaar een functie in de regio vervullen voor de onplanbare zorg van 22.00 tot 07.00 uur. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:

- 24/7 telefonische bereikbaarheid;
- Er moet gewerkt worden met een gerenommeerde zorgcentrale;
- Gegarandeerde verpleegkundige inzet/beschikbaarheid (minimaal niveau 4);
- Aanrijtijd van maximaal 30 minuten;
- Alle cliëntgebonden tijd wordt gedeclareerd op cliëntniveau, op de doelgroepprestatie;
- Er moeten samenwerkingsafspraken tussen de betrokken aanbieders gemaakt zijn.

Bij het maken van bekostigingsafspraken gelden de volgende uitgangspunten:

- De onplanbare nachtzorg is vorm van acute zorg, daarom dienen alle zorgaanbieders dit effectief en efficiënt vorm te geven;
- De organisatie van de onplanbare nachtzorg moet door de verantwoordelijke zorgaanbieders kostendekkend kunnen worden uitgevoerd;
- De zorgaanbieders dienen hun fair share (in mensen en middelen) te brengen om deze zorgvorm kwalitatief goed en efficiënt (betaalbaar) te leveren;
- Partijen moeten met elkaar in overleg over een oplossing voor de declaratie en legitimatie van de geleverde zorg 'achter de voordeur' bij cliënten van andere aanbieders of nieuwe cliënten;
- De bekostiging van de ongeplande nachtzorg is integraal onderdeel van het totaal aan afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de wijkverpleging.

Tot en met 2021 hebben wij deze zorg ingekocht via de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie of via een opslag op het integraal tarief. Vanaf 2022 is, als onderdeel van de nieuwe bekostiging, naar alle waarschijnlijkheid de systeemfunctie onplanbare zorg beschikbaar. Wij zijn voornemens aan te sluiten bij deze ontwikkeling. In onze regio zullen wij een actieve rol pakken om tot invulling van deze systeemfunctie te komen. Buiten onze regio volgen wij de gemaakte afspraken door de preferente zorgverzekeraar op inhoud.

#### **1.2.6. Niet-cliëntgebonden wijkgerichte zorg**

Voor Eno geldt dat we de afspraken niet-cliëntgebonden wijkgerichte zorg, in onze regio, continueren in 2022. Op dit moment voeren wij een evaluatie uit gericht op deze activiteiten. De resultaten zijn nog niet volledig bekend. Zodra de resultaten van de evaluatie bekend zijn, informeren wij betrokkenen hierover. De resultaten hebben echter geen invloed op de financiering.

#### **1.2.7. Dementiezorg**

Dementie is een verzamelnaam voor aandoeningen die gekenmerkt worden door combinaties van meervoudige stoornissen in de verstandelijke vermogens (waaronder het geheugen), stemming en gedrag. De specifieke kenmerken van de verschillende combinaties worden bepaald door de aard, lokalisatie en ernst van de afwijkingen in de hersenen. Dementie is een chronische aandoening met grote gevolgen voor patiënten, hun families en de samenleving. Een steeds grotere groep mensen wordt de komende jaren geconfronteerd met dementie, terwijl de druk op de zorgkosten toeneemt. In Nederland hebben ruim 270.000 mensen dementie. In 2055 bereikt het aantal mensen met dementie een piek van ruim 690.000. Ruim 70 procent van de mensen met dementie woont momenteel thuis en wordt verzorgd door hun naaste familie en/of omgeving. Op dit moment is dementie niet te voorkomen of te genezen en moet men ermee 'leren leven'. Dat laatste geldt voor zowel de personen die dementie krijgen als voor hun naaste familie, vrienden en bekenden.

#### **Sociale benadering dementie**

Eno is van mening dat bij het leren leven met dementie het sociale domein een belangrijke rol speelt. De focus moet niet alleen liggen op de aandoening, maar ook op (het verbeteren van) de leefwereld van de persoon met dementie en diens omgeving. De sociale benadering van dementie geeft hier invulling aan. In de beeldvorming rondom dementie staat het

lijden, het geestelijk verval en het verlies van (cognitieve) vaardigheden centraal. Maar wie met mensen met dementie en hun naasten praat, leert dat juist de omgeving van grote invloed is op het welzijn. Het stigma, de identiteitsbeschadiging die met dementie gepaard gaat, is nog altijd groot. Het is daarom noodzakelijk dat de nadruk op het medische aspect van dementie verlegd wordt naar aandacht voor de behoeftes van mensen.

Eno heeft deelgenomen aan de pilot 'sociale benadering van dementie'. Deze pilot vond plaats in Raalte; een gemeente in onze regio Midden-IJssel. De eerste onderzoeksfase van deze social trial betrof een afgebakend oriënterend en etnografische verkenning in de gemeente Raalte om inzicht te krijgen in de leefwereld van betrokkenen. Het onderzoek bestond uit diepte-interviews, focusgroepen, informele gesprekken met mensen met dementie, naasten, buurtbewoners, winkeliers, vrijwilligers en professionals. Ook vonden er participerende observaties in de wijk, bij dagbesteding en het ontmoetingscentrum plaats en werd er zelfs een dagje meegelopen met casemanagers dementie en zorgmedewerkers.

Uit de scan kwam naar voren dat de verbondenheid van Raalte mooie kansen biedt om de draad van het gewone leven voor mensen met dementie en hun naasten weer op te pakken. Er worden drie oplosrichtingen voorgesteld die separaat, maar bij voorkeur gefaseerd tot een integrale aanpak kunnen leiden:

- Bewustwording;
- Verbinden;
- Aansluiten bij de leefwereld.

Eno werkt aan dit vervolgtraject mee. Er is inmiddels een projectgroep samengesteld en er hebben eerste denksessies plaatsgevonden. Op dit moment worden de resultaten van deze denksessies verwerkt in een projectplan voor de komende periode. Hierbij is het van belang dat de verdere uitwerking aansluit bij de Zorgstandaard Dementie, de Nationale dementiestrategie 2021-2023 en de regiovisie voor Midden-IJssel.

Het vervolgtraject richt zich op onze regio Midden-IJssel. Afhankelijk van de uitkomsten van het traject krijgen de resultaten mogelijk een plek in het landelijk inkoopbeleid van 2023. Op dit moment stimuleren wij zorgaanbieders aandacht te hebben voor de sociale benadering van dementie.

### **Integrale zorg**

Dementiezorg voldoet minimaal aan de Zorgstandaard Dementie. Ook verwachten wij van zorgaanbieders dat zij met de zorg zo goed mogelijk aansluiten op de thema's van de Nationale Dementiestrategie die het Ministerie van VWS recentelijk heeft gepresenteerd. Deze thema's geven invulling aan de drie hoofddambities: 'Dementie de wereld uit', 'Mensen met dementie tellen mee' en 'Steun op maat bij leven met Dementie'. Voor de strategie zijn vier doorsnijdende thema's geformuleerd die bij elk hoofdthema betrokken worden: innovatie, jonge mensen met dementie, internationaal en communicatie.

Eno vindt het belangrijk dat de dementiezorg integraal wordt geleverd. Generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet. Dit betekent dat iedere zorgaanbieder die met ons een overeenkomst aangaat voor het verlenen van wijkverpleging, ook de zorg aan kwetsbare ouderen met dementie moet kunnen leveren of organiseren

De ambitie van Eno, op langere termijn, is dat de uitkomsten van deze zorg inzichtelijk zijn voor het hele zorgpad. Deze uitkomsten kunnen dan worden ingezet om de kwaliteit van de dementiezorg te verbeteren voor de volledige keten. Ook voor de dementiezorg zijn er landelijk steeds meer partijen bezig met het ontwikkelen en het transparant maken van uitkomstindicatoren die inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg. De betrokkenheid van patiënten en ervaringsdeskundigen bij deze ontwikkeling moet geborgd te zijn. Eno wil de waarde van de dementiezorg vergroten door middel van:

- Het realiseren van goede ketenzorg door betere afstemming en samenwerking waarbinnen stepped-care<sup>11</sup> wordt gerealiseerd;
- De persoonsgerichtheid verbeteren door het stimuleren van persoonsgerichte zorg en de inzet van casemanagement;
- Afname van de kosten door (continue) kwaliteitsverbetering.

Bij een integrale benadering kan naast de wijkverpleegkundige, ook een huisarts, POH-er (praktijkondersteuner huisarts) en/of wijkteam bij casemanagement een rol spelen, mits bevoegd en bekwaam. Hierbij zijn duidelijke afspraken nodig wie bij de verzekerde de rol van casemanager invult en hoe de onderlinge afstemming van de ondersteuning vorm krijgt.



Wij verwachten van het dementienetwerk dat invulling wordt gegeven aan regionale afspraken gericht op ketenzorg dementie.

### **Ketenzorg Dementie**

Ketenzorg Dementie is een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders binnen een herkenbare regiefunctie wordt geleverd. Bij Ketenzorg Dementie staat het patiëntproces centraal, wat blijkt uit geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de zorg. Ketenzorg Dementie wordt in het hele land georganiseerd in regionale dementienetwerken of rechtstreeks bij zorgaanbieders die als regionaal samenwerkingsverband over de domeinen van Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) heen samenwerken. De preferente zorgverzekeraar neemt hierin de regie. Eno is betrokken bij de nadere invulling van de afspraken die hierover in landelijk verband worden gemaakt. Ook maakt de preferente zorgverzekeraar maatwerkafspraken over de eventuele bekostiging van dementienetwerken, al dan niet via de prestatie ketenzorg Dementie.

De dementienetwerken werken met meerjarenplannen. Het huidige meerjarenplan is specifiek gericht op de volgende onderwerpen:

- Hoe de keten bijdraagt aan de continuïteit van een voor de cliënt duidelijk en deskundig aanspreekpunt;
- Hoe de deskundigheid van de zorgprofessionals is gewaarborgd;
- Hoe ieder dementienetwerk een regionaal eenduidige wijze ontwikkelt van communicatie naar cliënten, mantelzorgers en verwijzers/huisartsen over de mogelijkheden van casemanagement dementie.

Landelijk wordt ingezet op een nieuwe beleidsplan per 2021.

Eno is preferente zorgverzekeraar voor het dementienetwerk Deventer en omstreken. De deelname van de diverse actoren in de regionale dementieketen is vastgelegd in een convenant. Wij stellen geen specifieke aanvullende regionale eisen; wij committeren ons aan de landelijke richtlijnen en verwachten van het regionale netwerk ketenzorg een afgestemd meerjarenplan voor de regio. Daarin moeten de regionale en lokale afspraken duidelijk naar voren komen en ook de rol en visie van gemeenten op dementiezorg.

### **Casemanagement dementie**

De professional die het casemanagement uitvoert, is in veel gevallen een generalist. Een sociaal werker bijvoorbeeld, of een ouderenconsulent of wijkverpleegkundige. Deze professional heeft specifieke kennis van dementie en de mogelijkheden voor welzijn, welbevinden, behandeling, zorg en begeleiding daarbij. De professional stelt de persoon met dementie en zijn mantelzorger centraal. Wanneer het ziektebeeld te complex of te specifiek is, of als de bijkomende problemen de competenties van de generalist overstijgen, zorgt hij tijdig voor een opschaling naar een specialist van het regionale netwerk. Deze specialist kan worden gevraagd om advies, tijdelijke ondersteuning op de achtergrond of het overnemen van het casemanagement. Kortom, de specialist ondersteunt de generalist door mee te denken, mee te werken of mee te doen. De complexiteit is niet afhankelijk van de fase waarin iemand zich bevindt, maar van de organisatie rondom de aandoening, de kennis van de generalist en de mate van zelfmanagement. Daarbij kan de intensiteit van het casemanagement variëren per stadium, tussen personen en hun omstandigheden.

Ook in 2022 moeten de direct cliëntgebonden activiteiten van casemanagers dementie in de wijkverpleging als reguliere prestatie gedeclareerd worden. Wij zijn van mening dat de direct cliëntgebonden activiteiten van een casemanager onderdeel uitmaken van het wijkverpleegkundig handelen en daarmee onderdeel zijn van de integrale prestatie. Zij worden in het integrale tarief verwerkt. Alleen die partijen die zijn aangesloten bij een regionaal georganiseerde dementieketen komen voor deze afspraak in aanmerking.

#### **1.2.8. Palliatief-terminale zorg**

Palliatief-terminale zorg is zorg aan verzekerden met een infauste prognose waarvan een arts heeft vastgesteld dat de levensverwachting minder dan drie maanden bedraagt. Sinds enkele jaren is het niet meer nodig de terminaliteitsverklaring te gebruiken. Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat hij of zij de zorginzet en de conclusies van het overleg over het aanbreken van de laatste levensfase vastlegt in het zorgdossier. Dit moet zodanig vastgelegd worden dat deze voor de zorgverzekeraar opvraagbaar en navolgbaar is. Om de aanvraag van een Zvw-pgb voor zorg in de palliatief-terminale fase te onderbouwen, is overigens nog wel een terminaliteitsverklaring nodig.

Palliatief-terminale zorg richt zich op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven tijdens ziekte en sterven en voldoet minimaal aan het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg. Er is aandacht voor wensen en zorgvragen op fysiek, psychologisch,



sociaal en spiritueel vlak. Eno hanteert het uitgangspunt dat iedereen recht heeft om te sterven waar hij wil, met de zorg die daarvoor nodig is. Wel vinden wij het van belang dat zorg op verantwoorde wijze verleend wordt. Onder verantwoorde zorg verstaan wij zorg die van goed niveau is en die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht verleend wordt. De wijkverpleegkundige bepaalt daarbij in samenspraak met de patiënt, andere hulpverleners en eventueel netwerk de doelen, aard, omvang en duur van de zorg die de patiënt nodig heeft. Hierbij wordt rekening gehouden met de situatie van de patiënt, waaronder de zorgbehoefte van de patiënt, de (on)mogelijkheden van de inzet van mantelzorgers en de situatie in het huis. Afhankelijk van de situatie van de patiënt, kan het waken onderdeel zijn van de zorg mits de wijkverpleegkundige het waken indiceert vanuit een verpleegkundige of verzorgende noodzaak en dat heeft onderbouwd in het zorgplan. De momenten waarop de cliënt rust of slaapt en zorgverleners enkel aanwezig zijn zonder verpleegkundige of verzorgende noodzaak, kunnen niet worden geïndiceerd.

Een wijkverpleegkundige houdt binnen haar of zijn indicatiestelling altijd rekening met de context van een patiënt. Deze context is van groot belang wanneer een patiënt de keuze maakt in de thuissituatie te willen sterven. Wanneer een patiënt niet alleen kan zijn in de thuissituatie is het de verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige een goed (informeel) netwerk te organiseren rondom de patiënt voor het bieden van toezicht. Dit (informele) netwerk kan ingezet worden op momenten dat professionele zorg niet aanwezig kan zijn, omdat er op dat moment geen verzorgende of verpleegkundige handelingen uitgevoerd hoeven worden. In dit kader verwachten wij dan ook dat zorgaanbieders actief gebruikmaken van de inzet van informele zorg en Vrijwilligers Terminale Thuiszorg. Daarnaast vinden wij het een voorwaarde dat zorgaanbieders optimaal gebruikmaken van consultatievoorzieningen.

De patiënt kan er ook voor kiezen om in een verplaatste thuissituatie te sterven, bijvoorbeeld in een hospice. Ook als de patiënt in een hospice verblijft, is de aard, omvang en duur van de zorg in iedere situatie anders en wordt de geïndiceerde en geleverde wijkverpleegkundige zorg vergoed. Aanvullend stellen wij de volgende voorwaarden aan palliatief terminale zorg;

- De zorgaanbieder is voor palliatief-terminale zorg 24 uur per dag 7 dagen in de week beschikbaar;
- De zorgaanbieder heeft hiervoor een goede bereikbaarheid en adequate achterwachtregeling georganiseerd;
- De zorgaanbieder levert gemiddeld maximaal 12,6 uur zorg per etmaal per verzekerde over een periode van maximaal drie maanden.

### 1.2.9. Zorg aan kinderen

Medische kindzorg is zorg die door specifiek daarvoor toegeruste zorgaanbieders wordt geboden. Dit in tegenstelling tot reguliere verpleging aan kinderen, die door reguliere aanbieders geboden kan worden. Medische kindzorg omvat verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar, als deze zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Naast het kind en het gezin zijn ook de kinderverpleegkundige en de hoofdbehandelaar uit het ziekenhuis (meestal de kinderarts) betrokken bij de kinderverpleegkundige zorg die nodig is buiten het ziekenhuis.

De zorg in de verpleegkundige kinderdagverblijven (leeftijd 0-5 jaar) en in de kinderzorghuizen is zorg voor verzekerden tot 18 jaar met complexe, somatische problematiek of een lichamelijke handicap en bij wie sprake is van behoefte aan permanent toezicht en/of bij wie 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn. De zorg gaat gepaard met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Alle wijkverpleegkundige zorg aan kinderen valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) tenzij er sprake is van zorg die enkel gericht is op het opheffen van tekortkomingen in de algemene dagelijkse levensverrichtingen: dan valt die zorg onder de Jeugdwet. Het is mogelijk, dat een kind tegelijkertijd vanuit de Jeugdwet én vanuit de Zvw zorg krijgt.

De specifieke voorwaarden voor het leveren van Medische kindzorg zijn opgenomen in bijlage 3.

Onze overeenkomsten inzake zorg aan kinderen blijven ongewijzigd op één uitzondering na: waar we tot en met 2021 werkten met prestatiecode 1049 gaan we vanaf 2022 werken met de (integrale) prestatiecode 1038. We onderscheiden zoals voorheen drie contractvarianten: een contract Medische kindzorg voor de zorg aan kinderen thuis, een contract voor het verpleegkundig kinderdagverblijf en een contract voor het kinderzorghuis.

### 1.2.10. Regiefunctie complexe wondzorg

Kwalitatief hoogwaardige en doelmatige complexe wondzorg vereist een integrale samenwerking tussen professionals en de patiënt/verzekerde. De prestatie 'Regiefunctie Complexe Wondzorg' is een traject waarin de zorgaanbieder de patiënt voor één of meer complexe wonden begeleidt, adviseert en/of behandelt. Per patiënt kan de regiefunctie

complexe wondzorg eenmaal per twaalf maanden in rekening worden gebracht, ongeacht de inhoud of frequentie van de behandeling. Het traject omvat de volgende onderdelen:

- Het opstellen en zo nodig tussentijds bijstellen van een behandelplan;
- Het bespreken van het behandelplan met de patiënt;
- Kennisdeling en -verspreiding voor zorgprofessionals en met de patiënt;
- Advies over leefstijlverbetering aan de patiënt;
- Casemanagement en triage en afstemming met de medisch specialist en/of huisarts.

Eno blijft ook in 2022 afspraken maken over deze prestatie. Daarbij sluiten wij aan bij de kwaliteitsstandaard van de organisatie van de complexe wondzorg, met één uitzondering: wij vinden dat ook een hbo+-geschoolde professional (wondzorgconsulent) de functie van wondregisseur kan vervullen. De wondregisseur is in dat geval een hbo-opgeleide verpleegkundige met minimaal een van de volgende aanvullende opleidingen en/of werkervaring:

- post-hbo-opleiding tot decubitus- en wondconsulent (Rotterdam), of;
- een vergelijkbare opleiding ter beoordeling aan Eno, of;
- een verpleegkundig specialist met minimaal twee jaar werkervaring in de complexe wondzorg.

### 1.2.11. Innovatie

Eno staat open voor projecten en innovaties die bijdragen aan de speerpunten van zorginkoopbeleid. De afgelopen periode heeft laten zien dat innovatie en inzet van thuiszorgtechnologie goede mogelijkheden geeft om de zorgverlening in de wijkverpleging te verbeteren. Daarbij denken wij aan e-health-toepassingen, zoals beeldzorg, thuismonitoring en signalering. De inzet van dit soort toepassingen kan tegelijkertijd bijdragen aan de zelfredzaamheid van cliënten en aan arbeidsbesparende inzet van de soms schaarse professionals. Wij juichen innovatie en de inzet van dit soort vormen van thuiszorgtechnologie daarom van harte toe.

Voor 2022 maken wij hier graag afspraken over met zorgaanbieders. Wij zijn van plan de prestatie thuiszorgtechnologie toegankelijk te maken voor zowel bulk- als maatwerk-aanbieders. Als voorwaarde geldt dat thuiszorgtechnologie een gelijkwaardig alternatief moet zijn voor een regulier zorgmoment (rechtmatig en doelmatig). Wat betreft het maximaal aantal uren gaan wij uit van dat wat in de NZa-beleidsregel is opgenomen. Om voor de prestatie thuiszorgtechnologie in aanmerking te komen, dient de zorgaanbieder een businesscase op te stellen en bij ons aan te leveren.

Daarnaast wijzen wij zorgaanbieders nadrukkelijk op de Stimuleringsregeling EHealth Thuis (SET) die sinds 1 maart 2019 open staat en in ieder geval loopt tot en met 2021. Plannen in het kader van SET dienen ook door de zorgverzekeraar te worden ondertekend. Wij gaan ervan uit dat we alleen plannen van grote zorgaanbieders uit de regio Midden-IJssel toegestuurd krijgen.

Tenslotte willen de zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders komen tot een generiek benaderbare landelijke zorginfrastructuur voor zorgcommunicatie. Over ons beleid innovatie en digitalisering treft u op onze website alle informatie aan. Hier kunt u ook lezen welke criteria wij hanteren voor het beoordelen van projecten.

## 1.3. Minimale eisen aan zorgaanbieders

Voor de minimumeisen waaraan de zorgaanbieder moet voldoen, verwijzen wij naar de bestuursverklaring wijkverpleging 2022 (bijlage 1) en naar minimale kwaliteitscriteria weergegeven in bijlage 2 en 3.

## 1.4. Kwaliteit

Ten aanzien van de kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg vinden wij een aantal elementen van belang. Deze worden hieronder verder toegelicht.

### Minimale kwaliteitscriteria

De door ons gehanteerde minimale kwaliteitscriteria zijn in bijlage 2 en 3 opgenomen.

## Kwaliteitskader Wijkverpleging

De kwaliteit van wijkverpleegkundige zorg wordt primair door de beroepsgroep zelf gedefinieerd. De zorg moet dan ook voldoen aan de richtlijnen van de beroepsgroep. Een richtinggevend document hiervoor is het Kwaliteitskader Wijkverpleging. Hierin is beschreven wat elke verzekerde van wijkverpleging mag verwachten:

- De verzekerde krijgt zorg die aansluit bij wat hij of zij en haar naasten zelf kunnen;
- De verzekerde krijgt zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van leven;
- De verzekerde krijgt zorg van zorgverleners die hij of zij begrijpt en vertrouwt;
- De verzekerde krijgt zorg van zorgverleners die gekwalificeerd zijn;
- De verzekerde krijgt zorg van een vast en overzichtelijk team;
- De verzekerde krijgt zorg die veilig is;
- Met de verzekerde worden duidelijke, passende afspraken gemaakt die worden nagekomen;
- De verzekerde krijgt inzage in het zorgplan en het zorgdossier.

Daarnaast beschrijft het Kwaliteitskader ook aan welke professionele kwaliteitseisen en organisatorische randvoorwaarden de wijkverpleging moet voldoen. De zorg moet zich meer richten op resultaat in termen van kwaliteit van leven en zelfredzaamheid. Uitvloeisel van het Kwaliteitskader zijn uitkomstindicatoren om de kwaliteit van zorg te kunnen meten.

## PREM

Iedere thuiszorgorganisatie is verplicht om jaarlijks de PREM Wijkverpleging uit te voeren. Ook in 2022 wordt van zorgaanbieders verwacht dat zij de PREM invullen. De meetperiode loopt van 1 maart tot en met 31 december.

Sinds januari 2021 is er een nieuw handboek PREM Wijkverpleging beschikbaar. De afspraken in het handboek en de werkinstructie zijn voor drie jaar vastgelegd (tot en met 2023). Naast een nieuw handboek is er vanaf 2021 een werkinstructie beschikbaar met alle technische instructies over de meting. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij hier kennis van nemen.

De uitkomsten van de PREM zijn voor ons aanknopingspunten om het goede gesprek met de zorgaanbieder aan te gaan over kwaliteit van zorg. De uitkomsten van de PREM worden door Eno niet gebruikt in het kader van ranking. Wij vinden het belangrijk dat uitkomsten inzichtelijk zijn voor onze verzekerden, zodat zij een vergelijking kunnen maken tussen zorgaanbieders.

## 1.5. Passende zorg

Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij voortdurend zorgdragen voor gepaste zorg. Dat is zorg waarmee op verantwoorde en doelmatige wijze en tegen acceptabele kosten het mogelijk wordt gemaakt dat cliënten zo lang mogelijk goed thuis kunnen blijven wonen. De zorgaanbieder zorgt daarbij niet alleen voor de verzekerde, maar zorgt er ook voor dat de verzekerde voor zichzelf kan (blijven) zorgen en stimuleert hiermee de zelfredzaamheid en zelfstandigheid waar mogelijk. Dit begint bij de indicatiestelling en zet zich voort tijdens de zorgverlening aan de verzekerde. Bij de periodieke zorgplanbespreking evalueert de zorgaanbieder dit met de cliënt en stelt waar nodig bij.

De verleende zorg resulteert naast kwalitatieve in kwantitatieve uitkomstcriteria. Zoals aangegeven worden de kwalitatieve uitkomstcriteria niet gebruikt in de vorm van 'ranking' maar zijn het aanknopingspunten voor een gesprek met de zorgaanbieder over de kwaliteit van zorg.

Kwantitatieve uitkomstindicatoren geven onder meer inzicht in doelmatigheid. Net als voorgaande jaren toetsen wij hierop: doelmatigheid drukken wij uit in een gemiddeld aantal uren zorg per declarerende verzekerde per jaar. Daarnaast kijken wij in dit kader ook naar de gemiddelde kosten per unieke, consumerende verzekerde per jaar. Wij zien praktijkvariatie in de hoeveelheid zorg die wordt verleend. Dat roept de vraag op of alle zorg aansluit bij de behoefte van de verzekerde en of deze zorg ook het meest doelmatig is. Eno verkent de komende inkoopperiode samen met aanbieders de mogelijkheden om aansluiting bij patiëntbehoefte en doelmatigheid te verbeteren en waar nodig bij te sturen.

## 1.6. Toegankelijkheid

Wij sluiten overeenkomsten met zorgaanbieders die aan onze minimale criteria voldoen (zie bijlagen 1, 2 en 3). Daarmee wordt een landelijk dekkend aanbod bewerkstelligd zodat er altijd gecontracteerde zorg in de nabijheid beschikbaar is.

Op deze wijze geven wij invulling aan onze zorgplicht. Ook is er in de meeste gevallen voldoende keuzevrijheid voor de verzekerde.

De huidige arbeidsmarkt laat ook zien dat er hier en daar tekorten ontstaan aan voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden. Dit is een zorgelijke ontwikkeling waar wij samen met de zorgaanbieders het gesprek over voeren. Immers, de discrepantie tussen vraag en aanbod dreigt steeds groter te worden wanneer het lastiger wordt om personeel te vinden en/of te behouden terwijl het aantal cliënten dat (langer) thuis zorg nodig maar toeneemt. Wij ondersteunen daarom initiatieven die een gunstig effect hebben op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden.

In dit kader zien wij ook dat het in sommige situaties of periodes lastig is om een cliënt tijdig van zorg te voorzien. Wij houden eventuele wachtlijsten/-tijden daarom nauwgezet in de gaten en vanzelfsprekend ondersteunen wij onze verzekerden met wachtlijstbemiddeling.

## 1.7. Vermindering administratieve lasten

Eno kent twee soorten overeenkomsten, een bulkovereenkomst en een maatwerkovereenkomst. De meeste zorgaanbieders hebben te maken met een bulkovereenkomst met geüniformeerde voorwaarden. De criteria voor een maatwerkovereenkomst zijn in hoofdstuk 1.8.1. uiteengezet. Daarnaast zetten wij, waar dat mogelijk is, in op meerjarenovereenkomsten en sluiten wij aan op de geüniformeerde contracteer- en declaratie standaarden die door VECOZO zijn opgesteld.

Vanzelfsprekend staan wij open voor andere, nieuwe initiatieven die kunnen bijdragen aan het verder verminderen van administratieve lasten.

## 1.8. Procedure zorginkoop

In dit hoofdstuk lichten wij een aantal belangrijke onderdelen van de zorginkoop verder toe, te weten de soorten overeenkomsten die wij hanteren voor 2022, omgang met nieuwe zorgaanbieders, beleid bijcontractering als er sprake is van een omzetplafond, beleid onderaanneming en de fasering van het inkoopproces.

### 1.8.1. Contractvormen/soorten overeenkomsten (bulk versus maatwerk)

Eno hecht aan keuzevrijheid voor haar verzekerden en streeft naar wat we noemen een 'brede' contractering. Zorgaanbieders die in 2021 een overeenkomst voor wijkverpleging met ons hebben gesloten, komen ook weer voor een overeenkomst in 2022 in aanmerking **op voorwaarde dat**:

- Ze niet onder de uitsluitingscriteria vallen (zie bijlage 1 bestuursverklaring wijkverpleging);
- Ze nog steeds voldoen aan de kwaliteitscriteria (zie bijlagen 1, 2 en 3);
- Er geen fraudeonderzoek, uitgevoerd door afdeling Speciale zaken van Eno, loopt of heeft plaatsgevonden. Als dit wel het geval is, gaat Eno eerst het gesprek met betreffende zorgaanbieder aan.

Daarnaast zijn zorgverzekeraars op grond van de Wet op het financieel toezicht (Wft) verplicht, voorafgaand aan het aangaan van een contract de integriteit van de zorgaanbieder te toetsen. Dit doen wij in het zogenaamde RIZ-portal. Als deze toetsing daar aanleiding toe geeft, nemen wij contact op met de zorgaanbieder. Tot slot toetsen wij voor de contractering in 2022 op de eis dat aan de AGB-code van de zorgaanbieder in VECOZO een AGB-code van een hbo-opgeleide verpleegkundige is gekoppeld.

Eno biedt voor de contractering twee verschillende contractvormen aan:

#### **Standaardovereenkomst**

In de standaardovereenkomst - die we aanbieden aan zorgaanbieders met een klein aantal van onze verzekerden in zorg - wordt in principe geen omzetplafond opgenomen. In de standaardovereenkomst maken we ook geen (nacalculeerbare) afspraken over doelmatigheid: er is dus alleen sprake van een prijsafpraak. Een uitzondering kan worden gemaakt voor ondoelmatig werkende nieuwe zorgaanbieders.

## Maatwerkovereenkomst

Kenmerkend voor de maatwerkovereenkomst is dat we in overleg en afstemming komen tot een afspraak die passend is bij de situatie. Er is bij maatwerkovereenkomsten vrijwel altijd sprake van een vorm van opbrengstverrekening. Dat kan zijn in de vorm van een afspraak over doelmatigheid, via een omzetplafond of een staffelafpraak. Eventuele meerjarige en/of experimentele afspraken behoren bij een maatwerkovereenkomst tot de mogelijkheden. We onderzoeken de mogelijkheid om een agenda op te stellen die verder gaat dan financiën en op basis van vertrouwen tot innovatieve uitkomstindicatoren te komen, in lijn met gedeelde ambities. Eno neemt zelf het initiatief tot het maken van dit soort afspraken. Voor een maatwerkovereenkomst komen partijen in aanmerking die:

- In de regio Midden-IJssel werken en daarbij een aanmerkelijk zorgvolume hebben, dan wel;
- Partijen die landelijk opereren en daarbij of een aanmerkelijk marktaandeel bedienen, met een significant volume én lokaal een voorname (keten- of regie-)rol vervullen bij de totstandkoming van de zorginzet.

Eno biedt in beginsel alleen een overeenkomst aan zorgaanbieders aan die integrale wijkverpleging leveren. Deze voorwaarde behouden wij ook in 2022 voor zorgaanbieders buiten de regio Midden-IJssel. Om de toegankelijkheid van de zorg te kunnen blijven waarborgen in de regio Midden-IJssel overwegen wij vanaf 2022 onder voorwaarden ook overeenkomsten aan te gaan met zorgaanbieders die zich richten op een specifiek onderdeel van wijkverpleging.

Tenslotte: wij bieden individueel werkende zzp'ers geen losse overeenkomst (meer) aan. We verwijzen naar platforms die het declaratieverkeer voor en met zzp'ers kunnen regelen en die daarnaast een toets op kwaliteit, doelmatigheid en rechtmatigheid kunnen doen.

### 1.8.2. Nieuwe zorgaanbieders

Eno streeft ernaar de omvang van niet-gecontracteerde zorg terug te brengen. Dat is ook een van de afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging. Nieuwe zorgaanbieders kunnen zich het gehele jaar door bij ons melden wanneer zij in aanmerking willen komen voor een contract. Uiteraard moeten deze nieuw te contracteren zorgaanbieders aan alle gestelde inkoopvoorwaarden voldoen. Wij gaan geen overeenkomsten aan met terugwerkende kracht. Voor aanvullende informatie verwijzen wij naar ons beleid Nieuwe Aanbieders (bijlage 4)

### 1.8.3. Omzetplafonds en beleid bijcontractering

In de maatwerkovereenkomsten leggen wij afspraken vast over een omzetplafond. Een voor wijkverpleging op te nemen omzetplafond moet in samenhang worden gezien met eventueel overeen te komen omzetplafonds voor Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg. Voor betreffende zorgaanbieder met een maatwerkovereenkomst geldt één omzetplafond voor de gezamenlijke zorgsoorten Wijkverpleging, Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg.

Uiterlijk 1 september 2022 kan een zorgaanbieder aangeven of er voor het lopende kalenderjaar een overschrijding van het omzetplafond wordt verwacht. Als er sprake is van een gebeurtenis waarbij een zorgaanbieder gedwongen is redelijkerwijs meer zorgvolume te realiseren dan waar vooraf op gerekend werd, kan een verhoging van het omzetplafond worden afgesproken. Bij de beoordeling hiervan houden wij onder andere rekening met de volgende punten:

- Het moment van melden van de (verwachte) overproductie;
- De productie en prognoses van eerdere jaren;
- De verzekerden mutaties in relatie tot collectiviteiten;
- De consequenties voor de zorgverlening aan onze verzekerden;
- De situatie in de regio (zijn er zorgaanbieders met onderproductie).

Als het omzetplafond wordt overschreven, blijft altijd de verplichting voor de zorgaanbieder bestaan om de zorg aan verzekerden die op dat moment al in zorg zijn te blijven leveren. Voor nieuwe verzekerden geldt dat de zorgaanbieder de zorg ergens anders in de regio organiseert, zo nodig in samenspraak met de zorgbemiddelaars van Eno. Wij beschouwen elke aanvraag als maatwerk. Ons streven is om het proces zo zorgvuldig mogelijk te laten verlopen. Als de aanvraag volledig is en voldoet aan bovenstaande criteria streven wij ernaar om aan de aanvraag binnen vier weken af te handelen.

#### 1.8.4. Beleid onderaanneming

Wanneer u een overeenkomst heeft met Eno en u wilt voor een deel van de zorgverlening een onderaannemer inschakelen, dan heeft u vooraf goedkeuring van ons nodig. Ook gelden voor onderaannemerschap een aantal richtlijnen:

- U levert zelf tenminste 65 procent van de verwachte gecontracteerde zorg. Een onderaannemer kan daardoor maximaal 35 procent van de verwachte gecontracteerde zorg leveren;
- Het inschakelen van zelfstandigen zonder personeel (zzp'ers) bij het uitvoeren van de overeenkomst zien we als onderaanneming. De zzp'er beschikt in dit geval over een overeenkomst waaruit blijkt dat de opdrachtgever geen loonheffing hoeft in te houden en te betalen.

Voor wat betreft de goedkeuring doorloopt u een aantal stappen:

- Maak allereerst aantoonbare afspraken met de onderaannemer om de kwaliteit te borgen. Ook borgt u dat de onderaannemer zelf de afgesproken activiteiten uitvoert en hiervoor geen hulp inschakelt van derden. Deze afspraken legt u vast in een overeenkomst. U zorgt ervoor dat deze overeenkomst wordt nageleefd en ziet hier periodiek op toe.
- Stuur vervolgens uw verzoek via ons [contactformulier](#) op onze website [www.eno.nl](http://www.eno.nl) met in ieder geval onderstaande gegevens van de onderaannemer:
  - Naam
  - Nummer Kamer van Koophandel
  - Adresgegevens
  - BIG-registratienummer (indien van toepassing)

#### 1.8.5. Tijdenpad contractering

Als uitgangspunt bij het inkoopproces volgen wij de bepalingen van de Good Contracting Practices van de Nederlandse Zorgautoriteit. Wij doen uiterlijk 20 september 2021 een contractvoorstel voor de Wijkverpleging 2022. Voor de verzekeren is het van groot belang om tijdig inzicht te hebben in welke zorgaanbieders voor 2022 gecontracteerd zijn. Wij streven er daarom naar het contracteerproces 2022 af te ronden voor 1 november 2021.

De volgende planning geldt voor inkoopproces Wijkverpleging 2022.

| Fase   | Uiterste datum/Periode |
|--|------------------------|
| Publicatie zorginkoopbeleid 2022 op hoofdlijnen op <a href="https://www.eno.nl/zorgaanbieders/wijkverpleging">https://www.eno.nl/zorgaanbieders/wijkverpleging</a>   | 1 april 2021           |
| Publicatie aanvullend zorginkoopbeleid (indien van toepassing)   | 1 juli 2021            |
| Inkoopgesprekken (indien van toepassing)   | september/oktober 2021 |
| Uiterlijk aanbidding van de overeenkomst 2022 (voor zorgaanbieders die geen meerjarenovereenkomst met ons hebben). De zorgaanbieder heeft 6 weken de tijd om deze te bestuderen en te ondertekenen. Daarna vervalt ons aanbod. | 20 september 2021      |
| Uiterlijk retourontvangst getekende overeenkomst van zorgaanbieder   | 1 november 2021        |
| Publicatie gecontracteerd zorgaanbod op de diverse labelwebsites van Eno via de 'Zorgzoeker'   | 12 november 2021       |
| Administratieve verwerking van de afspraken  | 31 december 2021       |

### 1.9. Praktische zaken

#### Zorgbeleid en zorginkoop

Wilt u een contract met Eno? Of wilt u weten welk beleid Eno hanteert bij de inkoop van zorg? Stel al uw vragen hierover via ons [contactformulier](#) of via telefoonnummer (0570) 68 74 65. Ook wijzigingen van contractgerelateerde gegevens kunt u via het contactformulier doorgeven. Wilt u een wijziging van uw bankrekeningnummer doorgeven? Gebruik daarvoor [het wijzigingsformulier IBAN](#).



## Declareren

Voor algemene informatie over declaratieverwerkingen kunt u per e-mail contact opnemen via [declaratie@eno.nl](mailto:declaratie@eno.nl). Of bel naar (0570) 68 74 46.

## Machtigingen

Voor algemene informatie over machtigingen kunt u per e-mail contact opnemen via [toestemming@eno.nl](mailto:toestemming@eno.nl). Stuur aanvragen voor een machtiging naar:

Eno  
Afdeling Declaratie  
Antwoordnummer 30  
7400 VB Deventer

## Zorginhoud

Heeft u als zorgaanbieder een vraag over vergoedingen of over de inhoudelijke voorwaarden van een van onze labels? Neemt u dan contact met ons op via ons [contactformulier](#) of (0570) 68 74 65.

## AGB-code

Wilt u een AGB-code aanvragen of wijzigingen doorgeven? Gaat u dan naar [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl).

## 1.10. Overzicht wijzigingen ten opzichte van 2021

Ten opzichte van 2021 is er in het beleid 2022 sprake van de volgende wijzigingen:

- De positie van de Leidraad herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging is verstevigd. Er wordt aangegeven waar cliënten, hun omgeving, wijkverpleegkundigen, zorgaanbieders of zorgprofessionals in iedere wijk op moeten kunnen rekenen;
- De uitgangspunten voor de doorvertaling van de OVA 2022 staan benoemd;
- Vanaf 2022 gaat in de sector gewerkt worden met een breed toegankelijk nieuw experiment met bekostiging op basis van cliëntprofielen. Daarnaast worden nieuwe prestaties voor systeemfuncties binnen de wijkverpleging geïntroduceerd. Deze prestaties zijn gericht op het stimuleren van samenwerking en coördinatie van zorg. Op dit moment is er op landelijk niveau nog veel onduidelijkheid over de exacte invulling van het experiment. Wij houden de ontwikkelingen gericht op de nieuwe bekostiging nauwlettend in de gaten en publiceren wanneer nodig aanvullend beleid op 1 juli 2021;
- Wij zien nog steeds de nodige variatie in de praktijk van indicatiestelling. Daarom gaan wij in de regio Midden-IJssel korte lijnen creëren met wijkverpleegkundigen en bijeenkomsten organiseren gericht op indicatiestelling. Tevens overwegen wij de expertise te bundelen voor de pgb-indicatiestelling bijvoorbeeld door met bepaalde zorgaanbieders afspraken te maken over een vaste groep wijkverpleegkundigen die indiceert;
- Tot en met 2021 hebben wij onplanbare wijkverpleegkundige zorg ingekocht via de prestatie regionale beschikbaarheidsfunctie of via een opslag op het integraal tarief. Vanaf 2022 is, als onderdeel van de nieuwe bekostiging, naar alle waarschijnlijkheid de systeemfunctie onplanbare zorg beschikbaar. Wij zijn van plan aan te sluiten bij deze ontwikkeling. In de regio Midden-IJssel zullen wij een actieve rol pakken om tot invulling van deze systeemfunctie te komen. Buiten de regio Midden-IJssel volgen wij de gemaakte afspraken door de preferente zorgverzekeraar op inhoud;
- Wij verwachten dat zorgaanbieders van wijkverpleging zich committeren aan de nieuwe dementiestrategie die onlangs door het ministerie van VWS gepubliceerd is;
- Onze overeenkomsten over zorg aan kinderen blijven ongewijzigd op één uitzondering na: waar we tot en met 2021 werkten met prestatiecode 1049 gaan we vanaf 2022 werken met de (integrale) prestatiecode 1038;
- Wat betreft de regiefunctie complexe wondzorg; wij vinden dat niet alleen een verpleegkundig specialist, maar ook een hbo+-geschoolde professional (wondzorgconsulent), onder bepaalde voorwaarden, de functie van wondregisseur kan vervullen;
- Sinds januari 2021 is er een nieuw handboek PREM Wijkverpleging beschikbaar. Naast een nieuw handboek is er vanaf 2021 een werkinstructie beschikbaar met alle technische instructies over de meting. Wij verwachten van zorgaanbieders dat zij hier kennis van nemen;
- De huidige arbeidsmarkt laat zien dat er hier en daar tekorten ontstaan aan voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden. Dit is een zorgelijke ontwikkeling waar wij samen met de zorgaanbieders



het gesprek over voeren. Wij ondersteunen daarom initiatieven die een gunstig effect hebben op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden;

- Eno biedt in beginsel alleen een overeenkomst aan zorgaanbieders aan die integrale wijkverpleging leveren. Deze voorwaarde behouden wij ook in 2022 voor zorgaanbieders buiten de regio Midden-IJssel. Om de toegankelijkheid van de zorg te kunnen blijven waarborgen in de regio Midden-IJssel overwegen wij vanaf 2022 onder voorwaarden ook overeenkomsten aan te gaan met zorgaanbieders die zich richten op een specifiek onderdeel van wijkverpleging;
- Het beleid nieuwe zorgaanbieders is aangepast:
  - Naast een geanonimiseerd voorbeeld van een zorgplan vragen wij nu ook een geanonimiseerd voorbeeld van een anamnese op;
  - Daarnaast is de volgende bepaling toegevoegd aan het beleid: wanneer het zorgplan niet akkoord wordt bevonden door de afdeling verpleegkundig advies van Eno kan de zorgaanbieder de eerstvolgende twaalf maanden geen nieuwe aanvraag voor een contract bij Eno indienen. Dit geldt ook voor een negatief advies vanuit de afdeling Speciale zaken van Eno. Wanneer administratieve informatie ontbreekt, wordt de zorgaanbieder eenmaal in de gelegenheid gesteld deze informatie alsnog aan te leveren.
- In de maatwerkovereenkomsten leggen wij afspraken vast over een omzetplafond. Een voor wijkverpleging op te nemen omzetplafond moet in samenhang worden gezien met eventueel overeen te komen omzetplafonds voor Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg. Voor betreffende zorgaanbieder met een maatwerkovereenkomst geldt één omzetplafond voor de gezamenlijke verstrekkingen Wijkverpleging, Eerstelijnsverblijf en Geriatrische Revalidatiezorg;
- In tegenstelling tot voorgaande jaren is in 2022 de procedure 'bijcontracteren' vermeld in het inkoopbeleid;
- Wij zijn van plan de prestatie thuiszorgtechnologie toegankelijk te maken voor zowel bulk- als maatwerk-aanbieders. Als voorwaarde geldt dat thuiszorgtechnologie een gelijkwaardig alternatief moet zijn voor een regulier zorgmoment (rechtmatig en doelmatig). Wat betreft het maximaal aantal uren gaan wij uit van hetgeen in de NZa-beleidsregel is opgenomen;
- Wij hebben het beleid ten aanzien van onderaanneming aangepast. Wanneer u een overeenkomst heeft met Eno en u wilt voor een deel van de zorgverlening een onderaannemer inschakelen, dan heeft u vooraf goedkeuring van ons nodig.

# Bijlage 1 bij zorginkoopbeleid 2022

## Verpleging en verzorging - Wijkverpleging

### Bestuursverklaring

#### A. Eisen

De zorgaanbieder verklaart hierbij gedurende de looptijd van de overeenkomst verpleging en verzorging 2022, te voldoen aan de volgende (geschiktheids-)eisen en verklaart eveneens aan die eisen te blijven voldoen. De zorgaanbieder verklaart tevens te voldoen en zich te houden aan de geldende wet- en (lagere) regelgeving, waaronder de Wtza, de NZa-beleidsregels en de afspraken en regels zoals beschreven in de overeenkomst inclusief bijbehorende addenda.

- De zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel;
- De zorgaanbieder beschikt over een formeel vereiste toelating voor de levering van wijkverpleging zoals verzekerd in de Zorgverzekeringswet en voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist;
- De zorgaanbieder voldoet aan de voor de zorgaanbieders geldende openbare jaarverantwoordingsplicht;
- De zorgaanbieder voldoet aan de Regeling AO/IC, tenzij dit op grond van wet- en regelgeving niet langer is vereist;
- De zorgaanbieder heeft aantoonbaar de Zorgbrede Governancecode ingevoerd, tenzij dit op grond van de werkingssfeer zoals vermeld in de Zorgbrede Governancecode niet van toepassing is;
- De zorgaanbieder beschikt over een gedegen bedrijfsadministratie die strekt tot de tijdige levering van gegevens aan de zorgverzekeraar binnen de door de zorgverzekeraar aangegeven termijn;
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegd privacybeleid;
- De zorgaanbieder beschikt over een eigen vastgelegde klachtenregeling;
- De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis) of heeft deze aantoonbaar per 1 januari 2021 afgesloten. De zorgaanbieder beschikt over een recente accountantsverklaring waarin wordt aangetoond dat de aanbieder een financieel gezonde organisatie is.

#### B. Uitsluitingsgronden

De zorgaanbieder verklaart dat de volgende uitsluitingsgronden niet van toepassing zijn:

- Er is jegens deze zorgaanbieder of haar bestuurder bij een onherroepelijk vonnis of arrest een veroordeling uitgesproken op grond van artikel 140, 177, 178, 225, 226, 227, 227a, 227b of 323a, 328ter, tweede lid, 416, 417, 417bis, 420bis, 420ter of 420quater van het Wetboek van Strafrecht;
- De zorgaanbieder verkeert in staat van faillissement of van liquidatie, haar werkzaamheden zijn gestaakt, jegens de zorgaanbieder geldt een surseance van betaling of een akkoord of zij verkeert in een andere vergelijkbare toestand ingevolge een soortgelijke procedure die voorkomt in de op haar van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- Voor de zorgaanbieder is faillissement of liquidatie aangevraagd of tegen haar is een procedure aanhangig gemaakt van surseance van betaling of akkoord, of een andere soortgelijke procedure die voorkomt in van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de EU;
- Op de zorgaanbieder is een rechterlijke uitspraak met kracht van gewijsde volgens de op haar van toepassing zijnde wet- of regelgeving van een lidstaat van de Europese Unie gedaan, waarbij een delict is vastgesteld dat in strijd is met haar beroepsgedragsregels;
- De zorgaanbieder heeft in de uitoefening van haar beroep een ernstige fout begaan, vastgesteld op een grond die Eno aannemelijk kan maken;

- De zorgaanbieder heeft niet aan haar verplichtingen voldaan ten aanzien van de betaling van de sociale zekerheidsbijdragen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar zij is gevestigd of van Nederland;
- De zorgaanbieder heeft niet aan haar verplichtingen heeft voldaan ten aanzien van de betaling van haar belastingen overeenkomstig de wettelijke bepalingen van het land waar zij is gevestigd of van Nederland;
- De zorgaanbieder heeft zich ernstig schuldig gemaakt aan valse verklaringen bij het verstrekken van de inlichtingen die voor de overeenkomst (kunnen) worden verlangd, of heeft de voor de overeenkomst relevante inlichtingen niet verstrekt.

Als gedurende de looptijd van de overeenkomst blijkt dat één of meer van de uitsluitingsgronden wel op de zorgverlener van toepassing zijn, heeft Eno het recht de overeenkomst met onmiddellijke ingang op te zeggen.

# Bijlage 2 bij zorginkoopbeleid 2022

## Verpleging en verzorging - Wijkverpleging

### Minimale kwaliteitscriteria

Wij verwachten dat de zorgaanbieder aan onderstaande algemene kwaliteitscriteria voldoet:

- De zorgaanbieder borgt kwaliteit doordat ze beschikt over een (inter)nationaal erkend kwaliteitssysteem dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit);
- Indien de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst wegens achterblijvende kwaliteit een maatregel van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd krijgt opgelegd zullen partijen in overleg treden over een verbeterplan waarmee de geconstateerde kwaliteitsproblemen zullen worden opgelost;
- De zorgaanbieder werkt met een verpleegkundig classificatiesysteem zoals OMAHA of NANDA, NIC, NOC, ICIDH, RAI of een vergelijkbaar systeem met als doel inzet, inhoud en resultaat van zorg te ordenen en te standaardiseren;
- De zorgaanbieder draagt zorg voor een duidelijke informatievoorziening via de eigen website. Minimaal wordt actuele informatie opgenomen over:
  - de bereikbaarheid van de zorgaanbieder;
  - de toegang tot de zorg via zorgbehoeftebepaling door de wijkverpleegkundige;
  - het gegeven dat voor geïndiceerde wijkverpleging geen eigen risico en/of eigen bijdrage verschuldigd is;
  - het werkgebied van de zorgaanbieder.
- De zorgaanbieder heeft in de periode 2018-2021 een klanttevredenheidsonderzoek gehouden en heeft in overleg met de cliëntenraad verbeterpunten die voortkomen uit het onderzoek aantoonbaar en actief ter hand genomen. De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2021 valt onder verpleging en verzorging;
- De zorgaanbieder heeft op peildatum 1 januari 2022 de uitkomsten van het klanttevredenheidsonderzoek op haar website gepubliceerd.). De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2021 valt onder verpleging en verzorging;
- De zorgaanbieder heeft gedurende de hele looptijd van de zorgovereenkomst voldoende BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundigen in loondienst om de indicatiestelling te kunnen uitvoeren en de zorg te kunnen coördineren;
- De zorgaanbieder zet voor het leveren van de zorg de minimaal vereiste deskundigheidsniveaus in conform de richtlijnen die getoetst worden door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd;
- De zorgaanbieder heeft de richtlijn 'Veilige principes in de medicatieketen' in haar organisatie geïmplementeerd;
- De zorgaanbieder werkt zichtbaar en actief met de risicosignalering zorgproblemen zijnde huidletsel, voedingstoestand, incontinentie, valpreventie, depressie en medicatiegebruik. Dit uit zich in-, waar relevant en ter beoordeling aan de zorgaanbieder,- ingevulde risicoanalyses en de opvolging daarvan in het dossier van de verzekerde;
- De zorgaanbieder spant zich maximaal in om het aantal in te zetten medewerkers bij één verzekerde zoveel mogelijk te verminderen en hanteert als uitgangspunt dat de planning hierin niet leidend is en dat zoveel mogelijk vanuit de wens van de verzekerde wordt gewerkt;
- De zorgaanbieder werkt samen met andere relevante partijen voor het realiseren van een sluitend zorgaanbod. De zorgaanbieder participeert daartoe actief in het sociale netwerk in haar werkgebied;
- De zorgaanbieder mag niet meer dan 35 procent van haar productie door middel van onderlinge dienstverlening laten uitvoeren.

# Bijlage 3 bij zorginkoopbeleid 2022

## Verpleging en verzorging - Wijkverpleging

### Minimale kwaliteitscriteria Medische kindzorg

Voorwaarden voor het leveren van Medische kindzorg:

- De zorgaanbieder werkt volgens uitgangspunten van het 'Handvest Kind & Zorg' om de rechten van het kind en het gezin waar het kind toe behoort te bewaken;
- De zorgaanbieder werkt volgens de vier fasen van het Medische kindzorgsysteem en deze fasen zijn verwerkt in haar werkwijze;
- De zorg voor het kind wordt op maat verleend, beweegt flexibel mee met de continu veranderende zorgvraag en wordt regelmatig geëvalueerd. Concreet krijgt dit vorm door de mogelijkheid om het zorgplan op elk moment bij te stellen. De zorgaanbieder doet dit in overleg met het kind en het gezin zodra daar aanleiding toe is. Het kind en het gezin worden actief gestimuleerd hier aan bij te dragen. Veranderingen in het zorgplan komen in afstemming met de kinderarts tot stand;
- De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat elk ziek kind, maar ook het gezin van het kind, gedurende het hele zorgtraject actief wordt gewezen op informatie ten aanzien van het organisatie- en indicatieproces van de zorg. Informatievoorziening, door middel van het inzichtelijk maken van een zorgdossier, richt zich op het kind en het gezin waarin specifieke aandacht is voor de vier kinderleefdomeinen;
- De zorgaanbieder heeft niet enkel en alleen aandacht voor het medisch technische aspect. maar ook voor de ontwikkeling en het sociale domein en de veiligheid van het kind. De zorgaanbieder hoeft deze zorg niet zelf te leveren, maar heeft wel een signalerende functie ten aanzien van de ontwikkeling en het sociale domein en de veiligheid van het kind. Er moet naar passende ondersteuning worden verwezen of deze moet worden ingeschakeld indien nodig;
- De zorgaanbieder borgt de veiligheid van het kind door:
  - te werken met de geldende meldcode kindermishandeling en/of huiselijk geweld;
  - te werken met gestandaardiseerde protocollen voor de uitvoering van medisch technische handelingen bij kinderen;
  - het waarborgen van de privacy van het kind, zowel in gegevensuitwisseling als medisch technisch handelen;
  - te werken met erkende meetinstrumenten voor kinderen voor het meten van pijn en angst.
- De zorgaanbieder werkt waar nodig samen met andere disciplines. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden door een gezamenlijk zorgplan en/of een multidisciplinair overleg. Er wordt ook buiten het medische domein aansluiting gezocht met voor het kind relevante disciplines, met name met de partners die de zorg aan het kind in de thuissituatie leveren;
- De zorgaanbieder voert eenmaal per twee jaar een klanttevredenheidsonderzoek uit waarbij uitkomsten en ondernomen acties worden gepubliceerd op de website van de organisatie;
- De zorgaanbieder levert desgevraagd informatie aan waarmee de zorgverzekeraar kwaliteit kunnen toetsen en benchmarken;
- De zorg wordt altijd uitgevoerd door een kinderverpleegkundige. Onder kinderverpleegkundige wordt verstaan: een verpleegkundige niveau 4 of 5 met kinderaantekening of een verpleegkundige die ingeschreven staat voor de opleiding tot extramurale kinderverpleegkundige en reeds (werk)ervaring heeft in de omgang met zieke kinderen;
- De zorg start nadat in gezamenlijkheid door de zorgaanbieder, de kinderarts/medisch specialist en het gezin is vastgesteld dat deze in de thuissituatie op verantwoorde wijze kan worden geboden;
- De kinderverpleegkundige stelt een zorgplan op waarover tussen zorgaanbieder en het kind en/of diens naasten overeenstemming is en dat door beide partijen ondertekend is. De kinderarts/medisch specialist ondertekent het medische deel van het zorgplan;
- De zorgaanbieder biedt de zorg op de gewenste locatie (thuis, school etc.).

# Bijlage 4 bij zorginkoopbeleid 2022

## Verpleging en verzorging - Wijkverpleging

### Beleid 2022 met betrekking tot contractering van voorheen niet-gecontracteerde zorgaanbieders

De zorgaanbieder dient de volgende bescheiden te overleggen:

- Een ondertekende kopie van de Bestuursverklaring;
- Een kopie van de inschrijving bij de Kamer van Koophandel, niet ouder dan twaalf maanden;
- De AGB-code waar de zorgaanbieder mee wil gaan werken (AGB-code contractant = AGB-code uitvoerder = AGB-code declarant). Aan de AGB-code van de zorgaanbieder is in het AGB-register minimaal één AGB-code van een hbo-verpleegkundige gekoppeld;
- Een Verklaring omtrent het gedrag voor Rechtspersonen (VOG-RP) of voor eenmanszaken een Verklaring omtrent het gedrag voor natuurlijke personen (VOG-NP);
- Een formatieplaatsenplan (FPP): een overzicht van het aantal gekwalificeerde uitvoerend medewerkers inclusief het opleidingsniveau van die medewerkers. Minimaal dient u te beschikken over een hbo-opgeleide verpleegkundige in loondienst voor het stellen van de indicaties en het coördineren van zorg;
- De naam, de (persoonlijke) AGB-code en het BIG registratienummer van de hbo-opgeleide verpleegkundige in loondienst;
- Een (geanonimiseerd) voorbeeld van een zorgplan van een cliënt die bij u in zorg is. Het zorgplan dient te bevatten: de verpleegkundige diagnose, een beknopte beschrijving van de beperkingen van het cliëntsysteem, de in te zetten zorg en de duur en omvang van die zorg. Ook ontvangen wij graag een (geanonimiseerd) voorbeeld van een anamnese;
- Een opgave van contactgegevens zijnde naam, adres, telefoonnummer en e-mailadres van de medewerker met wie wij in het kader van de contractering eventueel contact kunnen opnemen.

Wij vragen u bovengenoemde stukken volledig en digitaal aan te leveren via onze cryptsharepagina (<https://bestanden.eno.nl>), u kunt daarbij het volgende e-mailadres gebruiken: [contractbeheer@eno.nl](mailto:contractbeheer@eno.nl). Onvolledige inschrijvingen kunnen we niet in behandeling nemen.

Wanneer het zorgplan niet akkoord wordt bevonden door de afdeling verpleegkundig advies van Eno kan de zorgaanbieder de eerstvolgende twaalf maanden geen nieuwe aanvraag voor een contract bij Eno indienen. Dit geldt ook voor een negatief advies vanuit de afdeling Speciale zaken van Eno. Wanneer administratieve informatie ontbreekt wordt de zorgaanbieder eenmaal in de gelegenheid gesteld deze informatie alsnog aan te leveren. Als de aangeleverde informatie vragen oproept, kan de zorgaanbieder worden uitgenodigd voor een gesprek.

Tot slot aandacht voor de volgende – niet onderhandelbare - aspecten en voorwaarden:

- De zorgaanbieder die voor het eerst start heeft zich gemeld bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en daarnaast tevens de 'Checklist Alles Op Orde' van de IGJ doorgelopen;
- De zorgaanbieder heeft niet eerder een overeenkomst voor wijkverpleging met een andere zorgverzekeraar gehad die op initiatief van de zorgverzekeraar is ontbonden;
- De zorgaanbieder kan voldoen aan de kwaliteitscriteria zoals opgenomen in de bijlage;
- De zorgverzekeraar controleert altijd of de zorgaanbieder niet gemeld staat bij afdelingen materiële controle en fraudemeldpunten van (zorg)verzekeraars en of er geen actueel onderzoek gaande is in verband met vermoedens van het leveren van onrechtmatige zorg of van fraude. Als dit wel het geval is, wordt de inschrijving terzijde gelegd en komt de zorgaanbieder niet voor een overeenkomst in aanmerking;
- De aanwezigheid van de koppeling tussen de AGB-code van de instelling en de AGB-code van de hbo-verpleegkundige wordt getoetst. Is deze koppeling er niet dan komt geen contract tot stand;

- De zorgaanbieder levert de zorg grotendeels met medewerkers van de eigen organisatie: er wordt tot een maximum van 35 procent gebruik gemaakt van onderlinge dienstverlening. Daarnaast is het personeel in dienst van de contractpartij: niet toegestaan is het zorgverlenend personeel onder te brengen in een aparte B.V.;
- Het contract wordt uitsluitend via het Zorginkoopportaal van VECOZO gesloten: nieuwe zorgaanbieders dienen derhalve te beschikken over de juiste VECOZO certificaten;
- Met nieuwe zorgaanbieders wordt een afspraak gemaakt voor een marktconform integraal tarief;
- Eno kan besluiten om in geval van een nieuwe zorgaanbieder een omzetplafond (inclusief doorleverplicht voor zittende cliënten) af te spreken;
- De ingangsdatum van de zorgovereenkomst is de eerste van de maand volgend op de goedkeuring van de inschrijving. Er worden géén zorgovereenkomsten met terugwerkende kracht aangegaan om complexe trajecten met creditering van eerder aangeleverde declaraties te voorkomen;
- Onderdeel van de zorgovereenkomst is de verplichting tot het via de declaratie aanleveren van doelgroepen volgens de daartoe landelijk gemaakte afspraken;
- De zorgaanbieder zal gedurende het eerste jaar van het contract actief worden gemonitord op doelmatigheid van zorgverlening.

## Kwaliteitscriteria

### Algemeen

1. De zorgaanbieder borgt kwaliteit doordat ze beschikt over een (inter)nationaal erkend kwaliteitssysteem dat gepaard gaat met onafhankelijke toetsing (externe audit);
2. Als de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst wegens achterblijvende kwaliteit een maatregel van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd krijgt opgelegd zullen partijen in overleg treden over een verbeterplan waarmee de geconstateerde kwaliteitsproblemen zullen worden opgelost;
3. De zorgaanbieder werkt met een verpleegkundig classificatiesysteem zoals OMAHA of NANDA, NIC, NOC, ICIDH, RAI of een vergelijkbaar systeem met als doel inzet, inhoud en resultaat van zorg te ordenen en te standaardiseren;
4. De zorgaanbieder draagt zorg voor een duidelijke informatievoorziening via de eigen website. Minimaal wordt actuele informatie opgenomen over:
  - a. de bereikbaarheid van de zorgaanbieder;
  - b. de toegang tot de zorg via zorgbehoeftebepaling door de wijkverpleegkundige;
  - c. het gegeven dat voor geïndiceerde wijkverpleging geen eigen risico en/of eigen bijdrage verschuldigd is;
  - d. het werkgebied van de zorgaanbieder.
5. De zorgaanbieder heeft in de periode 2018-2021 een klanttevredenheidsonderzoek gehouden en heeft in overleg met de cliëntenraad verbeterpunten voortkomende uit het onderzoek aantoonbaar en actief ter hand genomen. De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2021 valt onder verpleging en verzorging;
6. De zorgaanbieder heeft op peildatum 1 januari 2022 de uitkomsten van het klanttevredenheidsonderzoek op haar website gepubliceerd. De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2021 valt onder verpleging en verzorging;
7. De zorgaanbieder heeft gedurende de hele looptijd van de zorgovereenkomst voldoende BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundigen in loondienst om de indicatiestelling te kunnen uitvoeren en de zorg te kunnen coördineren;
8. De zorgaanbieder zet voor het leveren van de zorg de minimaal vereiste deskundigheidsniveaus in conform de richtlijnen die getoetst worden door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd;
9. De zorgaanbieder heeft de richtlijn 'Veilige principes in de medicatieketen' in haar organisatie geïmplementeerd;
10. De zorgaanbieder werkt zichtbaar en actief met de risicosignalering zorgproblemen zijnde huidletsel, voedingstoestand, incontinentie, valpreventie, depressie en medicatiegebruik zich uitende in, waar relevant en ter beoordeling aan de zorgaanbieder, ingevulde risicoanalyses en de opvolging daarvan in het dossier van de verzekerde;
11. De zorgaanbieder spant zich maximaal in om het aantal in te zetten medewerkers bij één verzekerde zoveel mogelijk te verminderen en hanteert als uitgangspunt dat de planning hierin niet leidend is en dat zoveel mogelijk vanuit de wens van de verzekerde wordt gewerkt;
12. De zorgaanbieder werkt samen met andere relevante partijen ten behoeve van het realiseren van een sluitend zorgaanbod. De zorgaanbieder participeert daartoe actief in het sociale netwerk in haar werkgebied.



### **Voorwaarden voor het leveren van palliatief-terminale zorg**

1. De zorgaanbieder heeft het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg in de organisatie geïmplementeerd;
2. De zorgaanbieder is voor palliatief-terminale zorg 24 uur per dag 7 dagen in de week beschikbaar;
3. De zorgaanbieder heeft hiervoor een goede bereikbaarheid en adequate achterwachtregeling georganiseerd;
4. De zorgaanbieder maakt actief gebruik van de inzet van informele zorg en Vrijwilligers Terminale Thuiszorg bij 24-uurs toezicht, hetgeen aantoonbaar is opgenomen in het zorgplan;
5. De zorgaanbieder maakt optimaal gebruik van consultatievoorzieningen;
6. De zorgaanbieder levert gemiddeld maximaal 12,6 uur zorg per etmaal per verzekerde over een periode van maximaal drie maanden;
7. Afhankelijk van de situatie van de patiënt, kan het waken onderdeel zijn van de zorg mits de wijkverpleegkundige het waken indiceert vanuit een verpleegkundige of verzorgende noodzaak en dat heeft onderbouwd in het zorgplan. De momenten waarop de cliënt rust of slaapt en zorgverleners enkel aanwezig zijn zonder verpleegkundige of verzorgende noodzaak, kunnen niet worden geïndiceerd.

### **Voorwaarden voor het leveren van individueel casemanagement dementie**

1. De zorgaanbieder neemt deel aan een regionale dementieketen die over de domeinen van Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning en Wet langdurige zorg heen is georganiseerd;
2. De deelname van de diverse actoren in de regionale dementieketen is vastgelegd in een convenant, dat op verzoek van de zorgverzekeraars kan worden overlegd.

### **Voorwaarde voor het leveren van farmaceutische telezorg**

In het zorgplan van de betrokken verzekerde is vastgelegd dat verzekerde is aangewezen op hulp bij inname van medicijnen en kiest voor farmaceutische telezorg.