



Veelgestelde vragen

Zorginkoopbeleid 2017 - Verpleging en Verzorging

Wijkverpleging en Medisch Specialistische Verpleging Thuis



Inhoudsopgave

De vragen en antwoorden zijn gerubriceerd in de volgende onderwerpen:

- [Strategische partners](#)
- [Doelmatige zorg](#)
- [Doelgroepen](#)
- [Financieel beleid](#)
 - [Benchmark](#)
 - [\(Integraal\) tarief](#)
 - [Budget en budgetafspraken](#)
- [PGB indicaties](#)
- [MSVT](#)
- [Intensieve Kindzorg](#)
- [Casemanagement Dementie \(inclusief ketenzorg\)](#)
- [Module Sociale infrastructuur](#)
- [Contractering](#)
- [Thematische aandachtspunten\(diversen\)](#)

Bijlage: Toelichting benchmark Wijkverpleging Menzis

De bezwaren die zijn ingediend zijn beschouwd als vraag en zijn als zodanig beantwoord.

Strategische partners

1. Menzis streeft ernaar om met haar strategische partners in elke (sub)regio een regionaal expertisenetwerk/-centrum te ontwikkelen.

Wie zijn die strategische partners en hoe kun je een strategische partner voor Menzis worden? Wordt in elke (sub)regio in Nederland een dergelijk centrum ontwikkeld? Welke rol of ondersteuning van Menzis is er in een regionaal expertisenetwerk? Wat is de definitie van een (sub)regio? Worden hier enkel de regio's in de kernwerkgebieden van Menzis bedoeld? Zijn de sub regio's al bepaald en zo ja, waar in Nederland?

Menzis verwacht van strategische zorgaanbieders dat zij samen met ons de leefkracht/zelfredzaamheid van de klant en zijn omgeving bevorderen met als doel hogere kwaliteit, doelmatiger inzet en continuïteit van zorg. Wij verwijzen u voor een uitgebreidere uitleg naar pagina 5 van de aanvulling inkoopbeleid versie 6 juli, 'plus' aanbieders.

De ontwikkeling van expertisecentra zal Menzis in eerste instantie daar ontwikkelen waar Menzis veel verzekeren heeft en preferente zorgverzekeraar is. De (sub)regio zijn vooral de kernwerkgebieden en eventuele al bestaande onderverdelingen in een benoemd kernwerkgebied (bv Oost-Achterhoek, en West-Achterhoek). Overigens met niet-plusaanbieders in onze kernwerkgebieden die interessante ideeën, innovaties of ontwikkelingen voor ogen hebben, zullen wij graag in gesprek gaan.

Doelmatige zorg

2. Wat zijn de kaders waar binnen de doelmatigheid wordt gemeten. Welke data van de afgelopen jaren worden gebruikt en wordt de zorgverlener hierover geïnformeerd? Wat zijn daarbij de doelstellingen voor 2017?

Om inzicht te krijgen in de doelmatigheid van zorgaanbieders is Menzis in 2016 begonnen met het ontwikkelen van een zorgkostenmodel. Dit model wordt gevuld met data vanuit de declaraties. Deze data worden gecorrigeerd voor onder andere leeftijd, geslacht, SES, aandoeningen en zorgduur.

Om het model aan te vullen is echter meer informatie nodig dan uit de huidige declaraties is te halen. Wij zullen daarom in 2017 gebruik gaan maken van de indeling van verzekerden in doelgroepen.

3. Er zullen in 2016 data- en monitoringgegevens ontwikkeld worden samen met belangrijke stakeholders. Welke gegevens worden in eerste instantie verzameld samen met welke stakeholders en wat zal hun invloed zijn over 2017 en daarna.

De declaratiegegevens 2015 zijn de basis voor de data. Hierbij wordt gekeken naar gemiddelde zorgkosten per klant, zorgduur in weken, gemiddeld aantal uur per week en gemiddeld tarief per uur. Deze data is gecorrigeerd op klant- en populatiekenmerken zoals leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, aandoeningen, SEK en zorgduur maar ook demografische druk, afstand tot huisarts, aantal ziekenhuizen, deel niet-westerse allochtonen en deel intramurale zorg. Samen met enkele zorgaanbieders in onze Kern Werkgebieden is gekeken of deze voorspellend kan zijn voor de zorgkosten. De benchmark wordt verder doorontwikkeld en mogelijk aangevuld met kwaliteitsgegevens over klanttevredenheid, kwaliteit van zorg en organisatie.

De benchmark zal gebruikt worden voor het inzichtelijk maken van praktijkvariatie, klantnavigatie en de afspraken over tarief en budget.

4. Menzis had in 2016 een indeling op kwaliteitscriteria die bepaalde of een aanbieder een voorkeuraanbieder betrof. In 2017 worden deze criteria volledig los gelaten en alleen gekeken naar de doelmatigheid. Waarom is er niet gekozen voor een mix van deze kwaliteit en doelmatigheid, ter weging van 3 klassen?

Kwaliteit is op dit moment een indicator die in onze ogen onvoldoende vergelijkbaar te maken is vanwege de niet uniforme wijze van kwaliteit-scores in het veld.

5. Intensievere controles t.b.v. rechtmatigheid van zorgkosten:

Hoe verhoudt dit zich tot het beperken van de administratieve lasten bij de zorgverlener en hoe wordt omgegaan met de mogelijke dubbeling vanuit de huidige en toekomstige controles op dit gebied door de accountants?

Zorgverzekeraars hebben de opdracht om rechtmatigheid van verzekerde zorg te monitoren en waar nodig te controleren. Dit kan op meerdere wijzen waaronder de formele en materiële controle. De controleverklaring van de accountant die bij de jaarverantwoording beschikbaar is, kan een aanleiding zijn tot diepere analyse van de rechtmatigheid van zorgkosten.

6. Menzis heeft door middel van haar kwaliteitseisen en het wijkgericht werken kwaliteit van zorg nadrukkelijk benoemd. Belangrijkste boodschap in het inkoopbeleid is echter doelmatigheid. Kwaliteit en doelmatigheid staan vaak op gespannen voet. Wat verwacht Menzis van haar zorgaanbieders?

Menzis heeft een verantwoordelijkheid voor de zorgplicht aan haar verzekerden. Zij koopt daarvoor zorg in die kwalitatief goed en betaalbaar is. Menzis is in staat om doelmatigheidsverschillen tussen zorgaanbieders in kaart te brengen. Dit zou zij graag willen aanvullen met indicatoren over kwaliteit die door het gehele veld worden onderschreven. Tevens zijn signalen uit het veld ook belangrijk: wij verwachten van professionele wijkverpleegkundigen ook een adequate inschatting of zorg noodzakelijk is bij klanten die opnieuw zorg aanvragen, bv na een recente zorg afbouw bij een collega aanbieder.

7. Hoe zien de verzekeraars de rol en positie van de gespecialiseerd verpleegkundigen (m.b.t. de chronische zorg) hierin?

Specialistische zorg vergt bevoegd en bekwaame zorgverleners die vaak maar beperkt in de regio beschikbaar zijn of hun ervaring kunnen bijhouden. Menzis wil de specialistische zorg voor haar verzekerden daarom koppelen aan de te ontwikkelen regionale expertise netwerken in de (sub)regio. Afspraken zullen op maat worden gemaakt met die zorgaanbieders die zich hiervoor inzetten (huidige 'plus' aanbieders en eventueel aansluitende zorgaanbieders) Menzis zal daarom met 'hoofdaanbieders' in gesprek gaan wat de meest passende oplossing is voor de lokale situatie.

Doelgroepen

8. Op blz. 4 van de aanvulling zorginkoopbeleid 2017 verpleging en verzorging staan de doelgroepen beschreven.
- A. Op blz. 26 van zorginkoopbeleid 2017 verpleging en verzorging staan eveneens doelgroepen genoemd. Welke van deze twee tabellen moeten wij als zorgaanbieder hanteren?
- B. Wat verstaat u onder 'kwetsbare oudere' in de doelgroepenomschrijving?
- C. Wat is het verschil tussen een klant in doelgroep 5 beschreven op blz. 4, en een klant die valt onder de module sociale infrastructuur (MSI)?
- D. Hoe verhoudt de MSI zich tot niet-Menzis verzekerden in een wijk/gemeente?
- E. In welke doelgroep valt een klant die niet chronisch ziek is, geen kwetsbare oudere is, maar naar verwachting langer dan 3 maanden zorg nodig heeft? Bijvoorbeeld een jong volwassene met een oncologische wond.
- F. Als een klant meerdere kenmerken/zwaartepunten in zijn/haar ziektebeeld vertoont, ofwel multimorbiditeit, in welke doelgroep valt hij/zij dan? En op welke wijze wordt rekening gehouden met de zwaarte van beide beperkingen?
- A: De doelgroepen in de aanvulling inkoopbeleid (versie 6 juli) zijn ten opzichte van de indeling in de versie van 1 april aangescherpt. De indeling in de aanvulling is leidend mits er uiterlijk 1 september 2016 geen aanpassingen komen n.a.v. van het traject zorgprofielen van de V&VN.
- B:- Kwetsbare ouderen;
- Krijgen in toenemende mate te maken met gevolgen van ouder worden
 - Zijn vaak minder mobiel
 - Zijn gevoeliger voor gezondheidsklachten
 - Zijn in toenemende mate afhankelijk van hulpmiddelen en hulp van anderen
 - Hebben een verhoogd risico op complexe zorgbehoeften
- C: Dit zouden dezelfde klanten kunnen zijn. Echter de module Sociale infrastructuur is bestemd voor de inrichting van de infrastructuur en niet voor de zorg aan verzekerden. Zorg aan verzekerden is altijd toewijsbare zorg.
- D: Het is onvermijdelijk dat de infrastructuur ook wordt ingericht voor niet-Menzis verzekerden. Zorgverzekeraars volgen elkaar niet automatisch. Hier kan wel een verzoek voor worden ingediend.
- E: Wij zouden die scharen onder doelgroep 3, chronische zorg langer dan 3 maanden met nadruk op somatische problematiek.
- F: Hierbij is maatwerk nodig en adviseren wij de hoofdoorzaak te nemen. Meestal is wel duidelijk of er sprake is van zorg vanwege psychische of somatische aandoeningen. Bij twijfels is overleg met Menzis mogelijk.
9. Het model van Menzis wordt aangevuld met de doelgroepen op pagina 4. Moeten wij hier als zorgaanbieder iets specifiek voor aanleveren of haalt u deze gegevens uit onze declaraties? Wat zijn de gevolgen voor aanbieder die vanaf 1 januari 2017 niet in staat zijn de gevraagde doelgroepen informatie op te leveren?
- Voor 2017 zal, indien wij een integraal tarief overeenkomen, via de declaratiestandaard mogelijk zijn om klanten per doelgroep aan te geven in de declaraties. Menzis zal deze gegevens daar dan

uit halen. Indien wij onverhoopt geen overeenstemming bereiken over een integraal tarief zal de doelgroep-informatie apart aangeleverd moeten worden via een nog te ontwikkelen landelijk format.

10. Wat zijn de consequenties voor aanbieders die een weinig specifiek doelgroepenbeleid hebben en daardoor juist alle moeilijke cases opnemen? Kan Menzis aangeven op welke wijze met deze aanbieders rekening wordt gehouden?

Met de analyse van de uit te voeren doelgroepenregistratie in 2017 zou deze praktijkvariatie beter in beeld gebracht moeten kunnen worden.

11. Op welke wijze worden verzekerden ingedeeld in één van de doelgroepen? Wat verwacht Menzis hierbij van de zorgaanbieder?

Verzekerden worden door de wijkverpleegkundige bij de zorgbehoeftebepaling of evaluatie zorgplan beoordeeld op basis van klantkenmerken en verwachte zorgduur en in een doelgroep ingedeeld. Via de declaratiestandaard kan dit aangegeven worden bij de declaraties.

Benchmark

12. Op pagina 10 van de Aanvulling wordt aangegeven dat het nieuwe bekostigingsmodel de wijkverpleegkundige moet ondersteunen in het uitoefenen van haar professionele verantwoordelijkheid voor het bepalen en uitvoeren van de aanspraak Wijkverpleging. De professionele kijk van de wijkverpleegkundige, hiervoor is zij immers opgeleid, moet niet onder druk komen te staan van het bekostigingsmodel. Wat doet Menzis om ruimte voor professionele autonomie voor de wijkverpleegkundige te garanderen?
Menzis is van mening dat door het werken met een integraal tarief de administratieve lasten voor een wijkverpleegkundige drastisch worden verminderd. Hierdoor hoeft zij alleen de uren wijkverpleging die zij levert te registreren en geen uitsplitsing meer te maken hoe die uren onderverdeeld moeten worden tussen de verschillende prestaties. Hiermee kan de wijkverpleegkundige maatafspraken maken met de klant op basis van professionele inzichten.
13. Kunnen wij inzicht krijgen in de benchmark en de demografische gegevens die Menzis gebruikt? In de bijlage bij deze veelgestelde vragen, vindt u een toelichting op de benchmark.
14. Uitkomsten van de benchmark zijn bepalend voor het tarief en budgetplafonds. Er ontbreekt een transparante toelichting op de werking en onderbouwing van de benchmark. Enerzijds wordt de benchmark gebruikt als spiegelinformatie. Anderzijds wordt in de aanvulling aangegeven dat de benchmark ook wordt gebruikt voor indeling van de zorgaanbieders in doelmatigheidsklassen. De prominente plaatst in het zorginkoopbeleid lijkt niet te passen bij waarvoor de benchmark in overleg met de zorgaanbieders en Menzis bedoeld was. Graag ontvangen wij inzage in de werking en onderbouwing van de benchmark en een toelichting vanwaar Menzis gekozen heeft de benchmark zo prominent te koppelen aan het inkoopbeleid.
Menzis heeft een nadere toelichting geschreven op de benchmark. Deze is te vinden in de bijlage. In de ontwikkeling van het model zijn we niet op zoek naar de oorzaken van meer of minder kosten (het is geen studie naar causaal verband van verschillende indicatoren) – het model is ontwikkeld om onderscheid te kunnen maken tussen aanbieders en verschillen te honoreren in inkoopafspraken. Wij corrigeren de prestaties van aanbieders voor een aantal van invloed zijnde factoren. Het kan zijn dat in de toekomst aanvullende factoren van invloed zijn, reden waarom we de benchmark nog voorzichtig inzetten (met bandbreedte etc.).
15. Menzis geeft aan de geleverde zorg van aanbieders met elkaar te vergelijken en te corrigeren voor onder andere aandoeningen. Voor welke aandoeningen wordt gecorrigeerd, vallen hier palliatieve terminale cliënten onder?
De correctie vindt plaats op basis van de FKG's (farmaceutische kostengroepen = extramuraal medicijngebruik in het jaar t-1 (hier 2014)) en HKG 's (hulpmiddelen kosten groepen). Palliatief terminale cliënten is geen aandoening in termen van deze kostengroepen.

16. Menzis corrigeert ook op basis van demografische druk, afstand tot huisarts, aantal ziekenhuizen enz. In hoeverre zijn deze gegevens bij Menzis bekend voor de gemeenten die niet tot de kernwerkgebieden van Menzis behoren?
Deze gegevens komen uit de landelijke databases zoals CBS, Vektis en de ZorgkaartNederland.
17. In de benchmark wordt o.a. gekeken naar het gemiddeld tarief per uur. In 2015 kochten de verzekeraars nog in representatie in. Wij als zorgaanbieder hadden toen geen invloed op de door representant gehanteerde tarieven. Onze vraag is daarom hoe reëel het is om het gemiddelde tarief per uur mee te nemen in de benchmark?
Wij hebben voor de benchmark een standaard tarief gebruikt welke voor alle zorgaanbieders gelijk is gehouden om juist de aangegeven invloed van verschillende tarieven uit te sluiten.
18. Wat is de meetperiode voor het bepalen van doelmatigheid van een aanbieder?
De meting heeft plaatsgevonden over alle declaraties van het jaar 2015 en Q1 2016 welke compleet waren op 30 juni 2016.
19. Waarom is in de bepaling van de doelmatigheid niet de relatieve verbetering sinds 1-1-2015 een factor van belang?
Menzis heeft ervoor gekozen om in juni 2017 te kijken hoe de doelmatigheid zich ontwikkelt bij de gecontracteerde aanbieders. Aanbieders die zich positief ontwikkelen hebben de mogelijkheid om in een hogere categorie te komen en voor de hoogste categorie kunnen aanvullende afspraken worden gemaakt.
20. A: Is Menzis in gesprek met VWS om een “doelmatigheidsplafond” voor wijkverpleging af te spreken in de Zvw wijkverpleging?
B: Hoe voorkomt Menzis met het sturen op doelmatigheid dat aanbieders klanten selecteren aan de poort en zoveel mogelijk klanten met een kortdurende zorgvraag in zorg nemen? Kunt u dit toelichten.
C: Houd Menzis in haar doelmatigheid benchmark rekening met de groepen klanten (langdurend en kortdurend) die aanbieders in zorg hebben en de gevolgen hiervan voor hun doelmatigheid?"
A: Menzis is via ZN in gesprek met VWS over meerdere onderwerpen rondom de grenzen tussen Wlz en Zvw. Een 'doelmatigheidsgrens' is daar één van.
B: Dit kan Menzis op dit moment nog niet omdat er geen inzicht is in de doelgroepen die zorgaanbieders in zorg hebben. Met het invoeren van een doelgroepenregistratie in 2017 verwacht Menzis hier meer inzicht in te krijgen en hierop ook het (sturende) gesprek te kunnen voeren.
C: Menzis verwacht deze gegevens op korte termijn te kunnen toevoegen aan hun benchmark en dit nog mee te kunnen nemen in de analyse voor de afspraken 2017, zie ook de toelichting in de bijlage.
21. Menzis stelt alleen een meerjarenovereenkomst te willen sluiten met aanbieders in klasse I. Het meetmoment is juni 2017. Hebben zorgaanbieders uit klasse II en III nog de mogelijkheid om in

juni 2017 tot klasse I toe te treden? Dus: stelt Menzis haar klasseindeling nog bij? Zo niet, welke perspectieven zijn er op een duurzame overeenkomst met Menzis voor klasse II en III aanbieders? Ja, zorgaanbieders die zich in de 2e helft 2016 en 1e helft 2017 aantoonbaar weten te verbeteren kunnen mogelijk verschuiven in de doelmatigheidsklasse en daarmee ook andere afspraken maken.

22. Menzis heeft een klasseindeling gemaakt op basis van doelmatigheid. In hoeverre denkt Menzis met deze indeling ook de juiste aanbieders voor het brede palet aan zorg in de wijkverpleging te contracteren en daarmee de juiste prikkels in de sector te leggen? Kan Menzis hier haar overweging over toelichten?

Menzis verwacht in alle klassen zorgaanbieders te kunnen contracteren en daarmee ook een impuls te geven voor het gehele veld om praktijkvariatie in beeld te brengen en doelmatigheid in Nederland op een zo hoog mogelijk plan te brengen.

23. Menzis kan, zo gauw een zorgaanbieder te kennen geeft belangstelling te hebben voor een overeenkomst met Menzis, aangeven in welke klasse deze zorgaanbieder valt. Kunnen zorgaanbieders dit te kennen geven door zich in te schrijven of op een andere wijze? Door middel van inschrijving via de digitale tool laat u weten voor een contract in aanmerking te willen komen.

24. Kunt u aangeven in welke klasse wij ingedeeld zijn m.b.t. het budgetplafond? Graag ontvangen wij de bijbehorende onderbouwing
Wij zullen de klasse-indeling en toelichting hierop gezamenlijk met de tarief en budgetbrief versturen aan alle zorgaanbieders.

25. Menzis vindt het belangrijk om monitoring van zorgkosten transparant en eenduidig vorm te geven. Op welke wijze wil Menzis dit realiseren en wat betekent dit voor de administratieve belasting van de aanbieder?

Het zorgkostenmodel dat Menzis gebruikt leidt niet tot extra administratieve lasten voor zorgaanbieders. Menzis heeft een zorgkostenmonitor ontwikkeld op basis van landelijke databases en declaratiegegevens van zorgaanbieders. In de bijlage vindt u hierop een toelichting. Menzis vult deze zorgkosten monitor aan en wil in de toekomst deze gegevens digitaal beschikbaar stellen aan elke individuele zorgaanbieder.

26. Zorgaanbieders die aantoonbaar doelmatiger zijn, worden bekend gemaakt bij ons verzekerden. Vraag: Is hieruit af te leiden dat u ondervonden heeft dat uw verzekerden 'aantoonbaar doelmatig zijn' gebruiken als waarde-argument om een zorgaanbieder te kiezen?
In 2016 ontwikkelt u een zorgkostenmodel waarbij u ontvangen declaraties corrigeert met leeftijd, geslacht, SES, aandoeningen en zorgduur.
Vraag: Betekent dit zorgkostenmodel extra administratieve lasten voor de zorgaanbieder? Zo ja, waaruit bestaan die? Wilt u ons op een later moment informeren over de bruikbaarheid en toegevoegde waarde van dit zorgkostenmodel?

Het zorgkostenmodel dat Menzis gebruikt leidt niet tot extra administratieve lasten voor zorgaanbieders. Alle data die gebruikt worden kunnen uit landelijke databases en de declaraties voor Menzis verzekerden gehaald worden.

Menzis heeft als speerpunt om de praktijkvariatie en kwaliteit van de door haar ingekochte zorg beter zichtbaar te maken voor haar verzekerden zodat deze een bewuste keuze kunnen maken. Doelmatig omgaan met zorgkosten vinden wij een belangrijke waarde die wij aan onze klanten willen tonen.

(Integraal) tarief

27. Wanneer kan de brief budget en tarief verwacht worden?

Inmiddels zijn de declaratiegegevens van het eerste halfjaar 2016 beschikbaar en deze worden volledig buiten beschouwing gelaten. In 2016 hebben wij ons ingespannen om de doelmatigheid te verbeteren. Zo is uit een recent gesprek met een andere verzekeraar gebleken dat de doelmatigheid van ons met 5% is verbeterd t.o.v. 2015. Door de cijfers van 2015 te hanteren worden de inspanningen van ons niet beloond, wat grote gevolgen heeft voor zowel het tarief als budgetplafond 2017. Dit is voor ons onacceptabel.

Wij zien graag dat voor het berekenen van de doelmatigheid op z'n minst de declaratiecijfers van het eerste halfjaar 2016 worden betrokken en worden afgezet t.o.v. 2015.

Wij streven ernaar om medio september de budget en tariefbijlagen te verzenden zodat overleggen hierover in de maand september en oktober plaats kunnen vinden.

Het versturen van de budgetbrief staat gepland uiterlijk 15 oktober 2016. Door dit op een later tijdstip aan te bieden kan er gebruik gemaakt worden van de meest recente data Q1 2016.

28. Niet elke verzekeraar gaat een integraal tarief afspreken, wat extra administratieve druk voor ons als zorgaanbieder gaat opleveren. Is het mogelijk om aan de voorkant te opteren voor een gesplitst tarief?

Nee, Menzis contracteert een integraal tarief voor Verpleging en verzorging 2017

29. Op blz. 11 wordt aangegeven dat de hoogte van het integrale tarief en de mate van onderhandelbaarheid wordt bepaald op basis van de eigen benchmark die Menzis heeft ontwikkeld. Krijgen wij als zorgaanbieder inzicht in deze benchmark? Ontvangen wij als zorgaanbieder een vergelijkbare opstelling als de voorbeeldberekening van blz. 11?

Wij zullen de klasse-indeling en toelichting hierop gezamenlijk met de tarief en budgetbrief versturen aan alle zorgaanbieders. Deze toelichting is ook als bijlage bij deze veelgestelde vragen gevoegd.

30. Kan Menzis nu al aangeven welke percentages van het maximum NZA tarief 2017 voor de verschillende prestaties per klasse zij gaat hanteren? Kan Menzis tevens aangeven waarop deze zijn gebaseerd?

Nee, wij zullen de klasse-indeling, tariefpercentages gezamenlijk met de tarief en budgetbrief versturen aan alle zorgaanbieders

31. Op pagina 17 van de Aanvulling staat in de tabel dat Menzis in de periode van 15 juli tot 15 oktober gesprekken voert over het integrale tarief en maatwerkafspraken. Betekent dit dat er onderhandelingsruimte is voor het integrale tarief? Zo niet, wat beoogt Menzis dan met deze gesprekken?
Zowel het integrale tarief als aanvullende afspraken die Menzis wil maken, kunnen onderwerp zijn van deze gesprekken. Maar uitsluitend als regionale ontwikkelingen daartoe aanleiding geven.
32. Aangegeven wordt (blz., 10) dat het budget beschikbaar is voor alle zorg die in de wijkverpleging geleverd gaat worden, waaronder toewijsbare zorg, PGB, sociale infrastructuur enz. Het integrale tarief wordt per aanbieder bepaald op basis van zes verpleeg- en verzorgingsprestaties. Betekent dit dat het integrale tarief ook van toepassing is op de eerder genoemde activiteiten zoals PGB en de Module Sociale Infrastructuur, hoewel de kennis en expertise op deze twee gebieden uitsluitend door verpleegkundigen (met een specifiek niveau) uitgevoerd kunnen worden."
Nee, het integrale tarief zal alleen berekend worden op de individuele prestaties zoals benoemd in de aanvulling op pagina 10. Eventueel kunnen op zorgaanbieders niveau afspraken op maat gemaakt worden die aanvullend onderdeel gaan uitmaken van het integrale tarief.
33. Hoe verhouden de aanbieders zich per doelmatigheidsklasse qua tarief?
Wij zullen alleen de doelmatigheid van uw eigen organisatie in kaart brengen ten opzichte van het Menzis gemiddelde. U krijgt geen inzicht in de gegevens van andere zorgaanbieders. Dit is concurrentiegevoelige informatie.
34. U geeft aan dat we in 2017 gaan werken met een integraal tarief. Betekent dit dat wij in de indicatiestelling en registratie van zorg geen onderscheid meer hoeven te maken in de verschillende prestaties?
Ja, dat klopt
35. Op pagina 11 van de Aanvulling geeft u aan dat u op basis van de historische mix 2015 tot een integraal tarief komt voor 2017. 2015 is een overgangsjaar en daarom volgens ons niet representatief. Hoe kijkt Menzis hier tegenaan?
Naast geheel 2015 wordt ook Q1 2016 meegenomen.
36. Op welke wijze wordt het integrale tarief voor 2018 en eventuele meerjarenafspraken bepaald? In 2017 is namelijk geen historische mix inzichtelijk, omdat er niet meer op PV en VP afzonderlijk wordt gedeclareerd.
In 2018 is er geen informatie meer op basis van PV-VP mix maar op basis van de doelgroepenmix en wellicht de te ontwikkelen zorgprofielen. Deze informatie zal samen met de data die gedurende 2017 uit de declaraties worden genomen zoals zorgduur, zorguren en zorgkosten bepalend zijn voor de afspraken in 2018 en verder.

Budget en budgetafspraken

37. Wanneer kan de brief budget en tarief verwacht worden?

Wij streven ernaar om medio september maar uiterlijk 15 oktober 2016 de budget en tariefbijlagen te verzenden zodat overleggen hierover in de maand september en oktober plaats kunnen vinden.

38. Op blz. 12 wordt aangegeven dat het budgetplafond gebaseerd wordt op de omzetafspraken 2016. Wordt door Menzis rekening gehouden met de aanvullende afspraak voor 2016?

Ja, er wordt hierbij gebruik gemaakt van de meest recente afspraken rondom het budgetplafond die Menzis met haar zorgaanbieders maakt.

39. Wanneer onze omzetafpraak voor 2016 in totaal €100.000 is. Betekent dat het budgetplafond 2017 dan (er vanuit gaande dat wij cat. I aanbieder worden.) 103% van €100.000 = €103.000 wordt?

Ja, dat klopt.

40. Gedurende het contractjaar kunnen afspraken worden bijgesteld. Betekent dit wanneer een zorgaanbieder aan zijn budgetplafond is, deze kan worden opgehoogd?

41. Op welke wijze wil Menzis dat aanbieders vorm en inhoud geven aan het begrip 'keuzevrijheid van de klant' indien de aanbieder het budgetplafond heeft bereikt en op grond daarvan geen plek meer heeft voor nieuwe klanten.

Indien door het in rekening brengen van tarieven het budget wordt overschreden, blijft de zorgaanbieder verplicht om zorg aan de verzekerden te verlenen (doorleverplicht). De zorgaanbieder, die verwacht het budget te gaan overschrijden, deelt dit aan de zorgverzekeraar mee wanneer 70% van het budget is bereikt. In dat geval zal op basis van inzet op zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met zorgaanbod in de regio de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overleg plegen en beoordelen of additioneel budget wordt toegekend.

42. Welke verantwoordelijkheid pakt en voelt Menzis bij aanbieders die jaar in jaar uit geleverde zorg niet vergoed heeft gekregen en daarmee inteert op het vermogen?

Menzis heeft een verantwoordelijkheid voor de zorgplicht aan haar verzekerden. Zij koopt daarvoor zorg in die kwalitatief goed en betaalbaar is. Zorgaanbieders die daaraan kunnen voldoen kunnen rekenen op overleg met Menzis.

43. Op welke wijze wil Menzis dat aanbieders vorm en inhoud geven aan het begrip 'goed werkgeverschap'. Een rol die aanbieders eveneens dienen te vervullen.

Hierover heeft Menzis geen uitspraken gedaan in ons inkoopdocument, maar we kunnen ons voorstellen dat dit een speerpunt is van de werkgevers en dat ziekteverzuim, openstaande vacatures en medewerkerstevredenheid hierin belangrijke parameters zijn.

44. Hoe kijkt Menzis aan tegen de tegenovergestelde ontwikkeling waarbij de tarieven voor de geleverde zorg jaar naar jaar worden bijgesteld en de lonen jaar naar jaar stijgen?

Menzis verwacht dat het verzamelen van steeds specifiekere data dit beter in kaart zal brengen en daardoor ook meer in balans zal komen. . We streven naar beloning op maatprestatie.

45. Kunt u aangeven welke situaties een aanleiding kunnen vormen de afspraken bij te stellen? Aanvullend hierop de vraag met welke bijstellingen rekening mee dient te worden gehouden. Zoals in het inkoopbeleid wordt beschreven gaat het hier om het verschuiven van de aanbieder naar een lagere of hogere klasse inclusief de bijbehorende afspraken. Dit gaat dan om aanpassing van tarief en budgetplafond.

46. Het budgetplafond 2017 is gebaseerd op de omzetafpraak 2016. In 2017 vinden autonome stijgingen van de kosten plaats. Waarom worden deze niet meegenomen bij de bepaling van het budgetplafond 2017?

Menzis gebruikt de door haar ontwikkelde benchmark om de tarieven en budgetplafonds voor 2017 te bepalen. Hierbij wordt als basis gebruik gemaakt van de geïndexeerde tarieven van de NZa.

47. Menzis zal op regionaal niveau gebruik maken van de beleidsregel 'beloning op maat'. Wil Menzis deze maatafspraken alleen maken in haar kernwerkgebieden of kan iedere zorgaanbieder hiervoor in aanmerking komen?

Een beloning op maat afspraak met Menzis zal vooral daar interessant zijn waar Menzis veel verzekerden heeft en daarom zal Menzis in gesprek gaan met zorgaanbieders in haar Kern Werkgebieden.

PGB indicaties

48. Op blz. 13 van de aanvulling zorginkoopbeleid 2017 verpleging en verzorging staat dat over het doen van PGB indicaties met enkele zorgaanbieders afspraken gemaakt worden. Wij overwegen als zorgaanbieder om in aanmerking te komen voor deze afspraken.
- A. Op welke wijze kunnen wij kenbaar maken dat wij hiervoor in aanmerking willen komen?
- B. Wat zijn de voorwaarden die hieraan verbonden zijn?
- C. Wordt het budget PBG-indicaties toegevoegd aan het budgetplafond verpleging en verzorging? Of betreft dit een addendum bovenop dit budgetplafond?
- A: U kunt dit verzoek kenbaar maken aan uw inkoper in de regio.
- B: De voorwaarde is een overeenkomst wijkverpleging 2017 en de toezegging dat indien een PGB houder zich tot u wendt met de vraag om een indicatiestelling dat deze binnen 2 werkdagen in behandeling wordt genomen.
- C: Ja, Indien er een afspraak wordt gemaakt over het doen van PGB indicaties zal dit aan het budgetplafond worden toegevoegd.

Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT)

49. MSVT laag complex wordt in 2017 onderdeel van het contract verpleging en verzorging.
- A. Op welke manier wordt het budgetplafond MSVT laag complex berekend?
 - B. Wordt het budgetplafond MSVT laag complex toegevoegd aan het budgetplafond verpleging en verzorging?
 - C. Wordt het budgetplafond MSVT laag complex separaat weergegeven in het contract verpleging en verzorging?
 - D. Zijn er substitutiemogelijkheden tussen MSVT laag complex en wijkverpleging?
- Aangezien het (landelijke) makro kader MSVT voor 2017 nog onderdeel uitmaakt van het makro kader Medisch specialistische zorg, zal het budget laag én hoog MSVT nog apart worden afgesproken en gemonitord.
- Hierdoor zijn er (helaas) nog geen substitutiemogelijkheden tussen wijkverpleging en laag complex MSVT
50. Er is de afgelopen periode veel te doen geweest over de administratieve lasten voor thuiszorgaanbieders voor MSVT. De specialist is verantwoordelijk voor de indicatie die maakt dat de MSVT rechtmatig geleverd kan worden. Het ziekenhuis/specialist heeft echter geen belang bij een rechtmatige indicatie. Zorgaanbieders worden door de verzekeraar op de rechtmatigheid afgerekend.
- De beleidsregel biedt mogelijkheden het administratieve proces te vereenvoudigen. Zo zou het helpen als de specialist alleen het uitvoeringsverzoek (van belang in het kader van de wet BIG) aanlevert en de wijk/specialistisch verpleegkundige zelf de indicatie kan stellen.
- Is Menzis hierover in ZN verband in gesprek? Zijn verzekeraars bereidt deze aanpassing in het administratieve proces te doen? Is Menzis bereidt deze aanpassing in het administratieve proces te doen?
- Wij kunnen alleen reageren namens Menzis en wij zien (nog) geen aanleiding om dit in ZN verband te bespreken. Hoe andere zorgverzekeraars handelen, kunt u bij hen navragen. Menzis past het proces niet aan. De medisch specialist is eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg, Daarom geldt ook in 2017 het volgende proces:
- 1. Het transferbureau stelt het behandelplan schriftelijk vast naar aanleiding van de indicatiestelling in een uitvoeringsverzoek en stelt de normtijden voor de zorg vast. Aanpassing van het behandelplan, inclusief onderbouwing hiervan, geschiedt schriftelijk. De thuiszorginstelling controleert het indicatieformulier en/of het uitvoeringsverzoek op volledigheid.
 - 2. De thuiszorginstelling dient een eventueel verlengingsverzoek MSVT in bij de behandelend medisch specialist via het transferbureau van het ziekenhuis.
51. Mogen zorgverleners niveau 3 in 2017 MSVT laag complex leveren?
- Conform ons beleid niet. Wij verwachten dat dit uitgevoerd wordt door een verpleegkundige niveau 4 of 5.

52. Aanvragen van hoog complexe MSVT zorg komen vanuit ziekenhuizen door het hele land. Op blz. 28 van het inkoopdocument staat dat er werkafspraken met deze ziekenhuizen (buiten het werkgebied) zijn gemaakt. Ook al dragen deze afspraken bij aan de kwaliteit van MSVT, dit lijkt in de praktijk geen reële en uitvoerbare eis. Waarom is een MSVT uitvoeringsverzoek niet voldoende?

De inkoopvoorwaarde over werkafspraken zijn dezelfde als die ook in 2016 bij de contratering MSVT Menzis worden gehanteerd. Dit zou betekenen dat er ook nu al niet aan de inkoopvoorwaarden kan worden voldaan. Werkafspraken met ziekenhuizen op afstand kan hier ook gezien worden als het hebben van een contactpersoon voor telefonisch overleg of het toesturen van protocollen.

53. Waarom vergoedt Menzis niet de autonome kostenstijging bij de MSVT?

Menzis is momenteel bezig met de analyse en aanpassing van budgetten MSVT 2016. De budgetten MSVT 2017 zullen op deze ontwikkelingen aangepast worden.

Intensieve Kindzorg

54. Wij bieden zorg aan kinderen tot 18 jaar. Dit is onzes inziens geen zorg die valt onder de IKZ, het gaat niet om ernstige medische problemen en/of beperkingen en die doelgroepen die u aangeeft in bijlage C van het inkoopbeleid. Voorbeelden zijn:

- tijdelijke zorg aan kinderen die verwezen worden vanuit kinderartsen met longproblemen, waarbij de gespecialiseerd longverpleegkundige huisbezoek doet in de thuissituatie en adviezen geeft op preventie gebaseerd.

- tijdelijk spoelen van een bestaande blaasfistel bij afwezigheid of ter ontlasting van de ouder.

Klopt onze aanname dat dit type zorgverlening niet onder de IKZ valt, maar onder de wijkverpleging toewijsbare zorg?

De casuïstiek die u aangeeft valt onder de Verpleging. Verpleging valt altijd onder de Zorgverzekeringswet ongeacht de leeftijd van de verzekerde. Persoonlijke verzorging valt onder de jeugdwet tenzij het onderdeel uitmaakt van de IKZ of de DBC (bv specifieke nazorg behorende bij de DBC).

Casemanagement Dementie

55. Begrijpen wij goed dat iedere zorgaanbieder vanaf 2017 casemanagement dementie mag leveren en daarmee binnen het integraal tarief valt?

Menzis beschouwt het casemanagement Dementie als integraal onderdeel van de werkzaamheden van een bevoegd en bekwame wijkverpleegkundige. Daarom verwacht Menzis al sinds 2015 dat iedere zorgaanbieder met een contract wijkverpleging casemanagement kan leveren of organiseren. Dit betekent dat casemanagement in het integraal tarief zal vallen.

56. Kunt U mij uitleggen hoe je in 2017 in aanmerking komt voor een overeenkomst met ketenzorg dementie? Hoe wordt de ketenzorg dementie in 2017 ingekocht? Wordt het beleid gecontinueerd? Valt dit dan ook onder de integrale prestatie of komt dit er nog apart bovenop?

Ketenzorg Dementie is vanaf 2017 een aparte prestatie binnen de beleidsregel Verpleging en Verzorging. Menzis wil de ketenzorg waaronder die van Dementie koppelen aan de te ontwikkelen regionale expertise netwerken in de (sub)regio. Afspraken voor deze prestatie zullen op maat worden gemaakt met die zorgaanbieders die zich hiervoor inzetten (huidige 'plus' aanbieders en eventueel aansluitende zorgaanbieders) Menzis zal daarom met de huidige hoofdaannemers keten Dementie binnen het KWG van Menzis in gesprek gaan wat de meest passende oplossing is voor de lokale situatie. Buiten KWG willen wij op verzoek kijken naar aansluiting bij de lokale ontwikkeling.

57. Afgelopen jaren hebben we als portefeuillehouder ketenzorg dementie de contractering voor casemanagement dementie voor de hele regio gedaan. Is het de bedoeling dat we dat nu weer voor de hele regio doen of moeten de organisaties dat voor zichzelf doen?

* Op welke wijze vergoed Menzis de meerprijs van specialistisch casemanagement?

Maakt Menzis hiervoor van de nieuwe prestatie gebruik? Zo nee, waarom niet en op welke manier gaat Menzis de meerkosten betalen?

* Wij zijn voor 2016 geen plusaanbieder, maar nemen wel deel aan verschillende ketens waaronder dementiezorg. Graag zouden wij daarom in 2017 wel in aanmerking komen voor beloning op maat voor Ketenzorg dementie. Is dit mogelijk en hoe kunnen wij ons hiervoor inschrijven?

Menzis maakt onderscheid in casemanagement en keten Dementie. M.b.t. casemanagement verwacht Menzis dat iedere gecontracteerde zorgaanbieder dit kan leveren of organiseren eventueel in onderlinge dienstverlening met andere zorgaanbieders.

Ketenzorg Dementie is vanaf 2017 een aparte prestatie binnen de beleidsregel Verpleging en Verzorging. Menzis wil de ketenzorg waaronder die van Dementie koppelen aan de te ontwikkelen regionale expertise netwerken in de (sub)regio. Afspraken voor deze prestatie zullen op maat worden gemaakt met die zorgaanbieders die zich hiervoor inzetten (huidige 'plus' aanbieders en eventueel aansluitende zorgaanbieders) Menzis zal daarom met de huidige hoofdaannemers keten Dementie in gesprek gaan wat de meest passende oplossing is voor de lokale situatie.

58. Menzis beschrijft de meerwaarde van gespecialiseerde ondersteuning als aanvulling op de generalistische verpleegkundige zorg. De financiering van een casemanager dementie lijkt hiermee geregeld. Ook andere gespecialiseerde verpleegkundigen hebben een duidelijke toegevoegde waarde door hun specialistische kennis. Hoe geeft Menzis de financiering van de regierol bij complexe specialistische zorg vorm en inhoud?

Specialistische zorg vergt bevoegd en bekwaame zorgverleners die vaak maar beperkt in de regio beschikbaar zijn of hun ervaring kunnen bijhouden. Menzis wil de specialistische zorg voor haar verzekerden daarom koppelen aan de te ontwikkelen regionale expertise netwerken in de (sub)regio. Afspraken zullen op maat worden gemaakt met die zorgaanbieders die zich hiervoor inzetten (huidige 'plus' aanbieders en eventueel aansluitende zorgaanbieders) Menzis zal daarom met 'hoofdaanbieders' in gesprek gaan wat de meest passende oplossing is voor de lokale situatie.

59. Wat moet in het zorgplan worden vastgelegd als er alleen een inventarisatiegesprek met doorverwijzing door een casemanager heeft plaatsgevonden?

Het feit dat er een inventarisatiegesprek met doorverwijzing door een casemanager heeft plaatsgevonden. Wij kunnen ons voorstellen dat u hierbij gebruik maakt van een standaard zorgplan van 1 A4tje met de noodzakelijke gegevens als NAW, BSN, verzekerde nummer etc. van de verzekerde, samenvatting van de analyse en oplossingen, en de melding van actie en uren met naam zorgverlener.

60. Wat verwacht Menzis van de zorgaanbieder t.a.v. het Deltaplan Dementie?

In het actieplan van het Deltaplan Dementie is aangegeven dat de (zorg) vraag van de klant uitgangspunt blijft voor de inzet van de dementiezorg welke is vastgelegd in de huidige zorgstandaard.

Menzis beschouwt het casemanagement Dementie als integraal onderdeel van de werkzaamheden van een bevoegd en bekwaame wijkverpleegkundige. Daarom verwacht Menzis al sinds 2015 dat iedere zorgaanbieder met een contract wijkverpleging casemanagement kan leveren of organiseren.

Module Sociale infrastructuur

61. Op blz. 8 van de aanvulling zorginkoopbeleid 2017 verpleging en verzorging wordt geschreven over de MSI. Om hiervoor in aanmerking te komen moeten wij het format MSI invullen. Welke criteria worden gehanteerd om wel of niet voor MSI gecontracteerd te worden?
De inkoopvoorwaarden vindt u in bijlage 1 van de Aanvulling inkoopbeleid 2016 versie 6 juli 2016.
62. Op blz. 9 van de aanvulling zorginkoopbeleid 2017 verpleging en verzorging wordt geschreven over de module sociale infrastructuur (MSI). Hoeveel aanbieders worden per gemeente gecontracteerd voor de MSI?
Het maximaal aantal zorgaanbieders zal in overleg met de betreffende gemeente bepaald worden maar zal aansluiten op de huidige, lokale situatie. Dit kan verschillen per gemeente. Meestal zijn dit 1-3 zorgaanbieders.
63. Op blz. 9 van de aanvulling zorginkoopbeleid 2017 verpleging en verzorging wordt geschreven over de gemiddelde zorgconsumptie per verzekerde. Op blz. 5 en bij 5c in de bijlage van dit document staat dat de aanbieders het verloop van de zorgconsumptie financieel inzichtelijk maken en ze maken duidelijk of hierin verschuivingen hebben plaatsgevonden ten behoeve van de inzet maatschappelijke ondersteuning uit het sociale domein.
A. Op welke wijze dient de zorgaanbieder dit inzichtelijk te maken?
En hoe verhoudt dit zich tot de verantwoordelijkheid van de gemeente, waar wordt aangegeven dat het momenteel nog lastig zal zijn om dit financieel inzichtelijk te maken?
Hierbij zal niet alleen gekeken worden naar de zorgconsumptie bij de verpleging en verzorging maar ook bv die van huisartsenzorg, gebruik van ondersteuning via de Wmo en /of gebruik van de Wlz.
De verwachting is dat door een actieve bijdrage van de wijkverpleegkundige in het sociale domein er een verschuiving te zien zal zijn in de kostenontwikkeling van zowel Wmo voorzieningen als Zvw. Uiteindelijk is het streven om de klant zo zelfredzaam mogelijk te maken met gebruik van voorliggende (maat)voorzieningen eventueel aangevuld met zorg. Verschuivingen of het uitblijven daarvan, kan verschillende oorzaken hebben en kunnen liggen op zowel sociaal (inzet gemeente) als Zvw (inzet wijkverpleegkundige, huisarts etc.) domein, Wlz (24 uren toezicht). Het ontwikkelen van de juiste data en indicatoren is hiervoor in 2017 belangrijk. Wij zullen dit oppakken met de gemeenten en betreffende zorgaanbieders waarmee wij de MSI afspreken. Dit geeft input voor aanscherping van beleid en afspraken tussen gemeente, zorgaanbieders en verzekeraar in 2018 en verder.
64. Op blz. 3 wordt aangegeven dat de gecontracteerde zorgaanbieders voldoende ruimte, tijd en prioriteit bieden aan de wijkverpleegkundige om de niet toewijsbare zorg uit te voeren. Ons inziens geldt deze voorwaarde voor alle betrokken actoren in de wijk (wijkteam, POH, huisarts, etc.). Kunt u ervoor zorgen dat deze voorwaarden ook gelden voor de overige betrokken actoren? De inzet van deze module Sociale infrastructuur via de wijkverpleging is een eerste aanzet om de effectiviteit van de 1e lijn verder te versterken. Ervaringen met deze module moeten uitmonden in

afgestemde voorwaarden en afspraken over de inzet van alle actoren in de 1e lijn en de inzet van de gemeente.

65. Op blz. 3 staat dat de wijkverpleegkundige een brede blik moet hebben op het sociale en medische domein. Wat verstaat u hieronder?

De brede blik van de wijkverpleegkundige betekent dat wij van haar verwachten dat ze verder kijkt dan alleen het medisch of sociale domein maar ook aansluiting zoekt bij bv kerk of andere sociale structuren in de wijk. Zij heeft kennis van de sociale kaart en/of vrijwilligers- en professionele samenwerkingsverbanden in de wijk of buurt.

66. Hoe verhoudt het uitwisselen van informatie tussen betrokken actoren op klantniveau zich tot de privacywet?"

De privacy van klanten is nog een onderwerp van discussie ook op landelijk niveau. Het onderwerp staat benoemd in de samenwerkingsagenda tussen Zn en VNG.

67. Uitwerking Module Sociale Infrastructuur, Pagina 4

Onder Outcome wordt gesproken over gemiddelde zorgconsumptie per cliënt die afneemt, als gevolg van de effectieve afweging tussen medisch en sociale zorg.

Wordt in de Outcome ook verwerkt dat er socio-demografische ontwikkelingen zijn die een tegengestelde kracht zijn voor het afnemen van de zorgconsumptie en dat de zorgvraag mede beïnvloed wordt door het al dan niet aanwezig zijn van een sterke sociale ondersteuningsstructuur en goede/voldoende Wmo-ondersteuning?

Juist die gegevens zijn van belang om een juiste inschatting te maken van de effectiviteit van de sociale infrastructuur. Ook de inzet van gemeenten op het Wmo domein zijn daarvan van invloed en dus belangrijk om mee te nemen in de analyses.

68. Hoe wordt wijkgericht werken bekostigd?

Via een beloning op maat afspraak

69. Op blz. 8 van de aanvulling zorginkoopbeleid 2017 verpleging en verzorging staat dat de MSI bekostigd wordt vanuit een beloning op maat. De mogelijkheid om een prestatie 'beloning op maat' af te spreken, zoals opgenomen in de beleidsregel 'Verpleging en Verzorging', gaat uit van een prestatie die op patiëntniveau moet worden gedeclareerd. Hoe verhoudt zich dit tot de regionale benadering die u hanteert in de module sociale infrastructuur? U schrijft immers zelf op pagina 8 dat deze kosten immers niet op voorhand zijn toe te rekenen aan de individuele burgers.

* Kan de zorgaanbieder de MSI alleen op klantniveau declareren?

* Betekent dit dat alle klanten in zorg met verpleging en verzorging op hun factuur "beloning op maat" zien staan, terwijl deze cliënten hiervan vaak geen gebruik maken?

Het bedrag wat afgesproken wordt om dit mogelijk te maken, zal moeten worden omgeslagen in een beloning op maat afspraak verdeeld over alle te verwachten verzekerden, de beleidsregel geeft hiervoor geen andere mogelijkheid. Dit kan voor het contract met Menzis alleen voor Menzis verzekerden.

De NZa heeft hier in hun circulaire CI-16-21c op de beleidsregels 2017 een toelichting gegeven en erkent dat in geval van wijkgericht werken dit niet 1-op-1 toe te rekenen is aan de individuele verzekerde.

De beloning op maat zal worden verwerkt in het af te spreken integrale tarief. De verzekerde krijgt op de factuur alleen het aantal uur wijkverpleging te zien die aan hem geleverd is met het integrale tarief wat met u is afgesproken.

70. Er wordt gesproken over 'convenantgemeenten' en 'alleen zorgaanbieders in de convenantgebieden' komen in aanmerking voor het aanvragen van de module sociale infrastructuur.

Hoe verhoudt zich deze groep zorgaanbieders tot de zgn. ""Plus"" aanbieders uit de kernregio's (Zorginkoopbeleid Verpleging Verzorging d.d. 1 april 2016 pg. 5) en de regionale geriatrische expertisenetwerken. Moet hieruit worden geconcludeerd dat feitelijk de bestaande zorgaanbieders in de genoemde convenantgebieden de enige aanvrager zullen en kunnen zijn voor de Module Sociale Infrastructuur?

Menzis heeft in haar Kern Werkgebieden nauwe samenwerking met enkele gemeenten. De module Sociale infrastructuur is in principe met deze convenantgemeenten afgestemd en ontwikkeld en ook vooral bedoeld om in de KWG-regio's (Groningen, Twente, Achterhoek, Arnhem) te gebruiken. Bestaande samenwerkingsverbanden zullen bij goed functioneren voortgezet kunnen worden, maar daar waar dit niet het geval is, of gemeenten erg ontevreden zijn, kunnen, zullen we kijken naar alternatieven. Landelijk zijn zorgverzekeraars in gesprek in hoeverre deze afspraken kunnen worden gedeeld met andere gemeenten en of regio's.

71. In de rest van Nederland zal Menzis aansluiten op de afspraken die met gemeenten door de preferente zorgverzekeraar rondom sociale infrastructuur gemaakt zijn.

* Is de module feitelijk alleen bedoeld voor alleen de zorgaanbieders in de convenantgebieden?

* Betekent dit dat voor elke regio/gemeente in Nederland door de zorgverzekeraars onderling een preferente zorgverzekeraar is benoemd? Zo ja, betekent dat er dan sprake is van een min of meer landelijke dekking, waardoor eerdere inspanningen rond de sociale infrastructuur gewaarborgd zijn? Kan gesteld worden dat de preferente zorgverzekeraar in een specifieke regio of gemeente de inkoop verzorgt van activiteiten zoals omschreven onder de Module Sociale Infrastructuur? Hoe kan een zorgaanbieder de interesse kenbaar maken voor activiteiten in de sociale infrastructuur buiten de door u genoemde 'convenantgemeenten'?

* Kan hieruit worden afgeleid dat in elke gemeente/regio sprake is van minimaal 1 preferente zorgverzekeraar, zodat in elke gemeente/regio aanbod zal zijn van activiteiten als omschreven onder de Module Sociale Infrastructuur? Mag worden aangenomen dat ook de inhoud/omvang van de activiteiten als omschreven onder de Module Sociale Infrastructuur door de zorgverzekeraars onderling is afgestemd?

De Module Sociale infrastructuur is een specifieke module van Menzis die door haar in de markt is gezet. Deze module is in nauwe samenwerking met een beperkt aantal gemeenten ontwikkeld en vooral bedoeld voor die gemeenten/regio's binnen de KWG van Menzis. Menzis heeft geen landelijke afspraken met alle gemeenten in Nederland. Menzis zal ook niet met alle gemeenten in gesprek gaan maar pleit ervoor dat binnen elke (WMO)regio de preferente zorgverzekeraar

soortgelijke afspraken maakt met zorgaanbieders en gemeenten. Het landelijke overleg hierover vindt nog plaats. ZN en VNG hebben het initiatief genomen voor een landelijke samenwerkingsagenda. De module Sociale infrastructuur van Menzis is daar ingebracht. Overigens is het zo dat elke zorgverzekeraar voor haar eigen verzekerden zelf zal willen bepalen of en hoe zij bij de afspraken van de preferente zorgverzekeraar wil aansluiten.

72. Menzis sluit met betrekking tot sociale infrastructuur aan op de afspraken die met gemeenten door de preferente zorgverzekeraar zijn gemaakt. Welke stappen dient een zorgaanbieder te ondernemen om uiteindelijk een “volg”-afpraak te maken? Is 5 september tevens de deadline hiervoor?

U kunt nadat de afspraken zijn gemaakt met uw preferente zorgverzekeraar hiervoor contact opnemen met Menzis via wijkverpleging@menzis.nl. Hiervoor geldt de deadline van 1 januari 2017.

Contractering

73. Is de zorgaanbieder verplicht om nieuwe klanten in zorg te nemen op het moment dat het budgetplafond al bereikt is? Of geldt de doorleverplicht alleen voor bestaande klanten?
- * Op blz. 12 van de aanvulling zorginkoopbeleid 2017 verpleging en verzorging staat dat gedurende het contractjaar afspraken kunnen worden bijgesteld. Welke afspraken kunnen worden bijgesteld gedurende het jaar en aan welke voorwaarden en criteria dient te worden voldaan om de afspraak daadwerkelijk bij te stellen?
- * In hoeverre kan Menzis garanderen dat als klanten kiezen voor de aanbieder dat zorglevering volgens 'goed koopmansgebruik' ook daadwerkelijk wordt gefinancierd.
- Indien door het in rekening brengen van tarieven het budget wordt overschreden, blijft de zorgaanbieder verplicht om zorg aan de verzekerden te verlenen (doorleverplicht). De zorgaanbieder, die verwacht het budget te gaan overschrijden, deelt dit aan de zorgverzekeraar mee wanneer 70% van het budget is bereikt. In dat geval zal op basis van inzet op zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met zorgaanbod in de regio de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overleg plegen en beoordelen of additioneel budget wordt toegekend. Hierbij zal gekeken worden naar de performance van de zorgaanbieders en gebruikt hier ook de benchmark voor. Goed koopmansgebruik behelst ook en wederzijds nakomen van afspraken en Menzis hecht hierin aan een goede relatie met haar zorgaanbieders.
74. Uiterlijk 15 oktober is de verzending bijlage Budget en Tarief. Wordt hiermee bedoeld dat Menzis aan de zorgaanbieder uiterlijk de bijlage toestuurt of dat zorgaanbieders de bijlage uiterlijk moeten retourneren aan Menzis?
- Hier mee wordt bedoeld dat wij dit uiterlijk die datum toesturen. NB: deze wordt alleen toegestuurd indien er voor die datum via de digitale tool ingeschreven is en daarmee kenbaar gemaakt is aan Menzis dat er belangstelling is voor een contract 2017
75. Uiterlijk 15 oktober wordt de bijlage Budget en Tarief verzonden. Dit is slechts 2 weken vóór de deadline van het retourneren van de overeenkomst. Waarom heeft Menzis de keuze gemaakt voor dit late tijdstip? Klopt de veronderstelling dat een zorgaanbieder voor het eerst (uiterlijk) medio oktober het aangeboden tarief kent?
- Wij streven ernaar om medio september de budget en tariefbijlagen te verzenden zodat overleggen hierover in de maand september en oktober plaats kunnen vinden.
76. Is het mogelijk om ruim voor 15 oktober een voorbeeld overeenkomst te publiceren, zodat wij voor inschrijving beschikken over de voorwaarden uit deze overeenkomst?
- Indien u uw digitale inschrijving doorloopt krijgt u de concept overeenkomst in te zien voordat u kunt ondertekenen. De ondertekening moet uiterlijk 1 november 2016 gereed zijn om op Zorgvinder het gecontracteerde aanbod 2017 aan de verzekerden kenbaar te maken.

77. In het contractaanbod wijkverpleging 2017 staan de tarieven niet vermeld. Graag willen wij deze vooraf zien, alvorens met de overeenkomst akkoord te kunnen gaan. Wij ontvangen graag nadere informatie hierover.

Om te weten voor wie wij een budget- en tariefberekening 2017 moeten uitvoeren baseren wij ons op de aanmeldingen via de digitale inschrijving. Zo gauw u zich hebt ingeschreven kunnen wij dit berekenen. De klasse-indeling, tariefpercentages en toelichting zullen hierop gezamenlijk met de tarief en budgetbrief versturen aan alle zorgaanbieders

78. Wat bedoeld Menzis concreet met 'de zorgaanbieder moet zijn inschrijving gestand doen gedurende 120 dagen na de uiterste dag van indiening van de inschrijving?

Daarmee bedoelen wij dat de inschrijving die gedaan wordt een geldigheidsduur heeft van 120 dagen.

79. In de tabel staat dat Menzis in de periode van 15 juli tot 15 oktober gesprekken voert over het integrale tarief en maatwerkafspraken. Moeten wij dit lezen als zijnde dat onderhandeld kan worden over het integrale tarief. Zo niet, wat is dan het doelstelling van deze gesprekken?

Ja, maar uitsluitend als regionale ontwikkelingen daartoe aanleiding geven.

80. Volgens de eisen moeten we als nieuwe zorgaanbieder statuten meesturen. Wij zijn een V.O.F. en hebben geen statuten. Hoe moeten we die insturen?

De statuten zijn een gevolg van de selectie-eis dat er voldaan moet worden aan de Zorgbrede Governance Code (geschiktheidseis 7) zover van toepassing.

Hierin wordt aangegeven hoe het toezicht in een organisatie is vormgegeven. De Governance code is vooral geschreven voor rechtspersonen.

Een V.O.F. kent geen verplichte Raad van Toezicht, Raad van Commissarissen of statuten. Het is mogelijk dat een VOF op vrijwillige basis iets van toezicht regelt.

Wel gaan we ervan uit dat een organisatie werkt in de geest van de Zorgbrede Governance code en dat u aangeeft hoe u dit heeft ingeregeld.

81. Wij bestaan uit een top stichting met Bv's. Iedere juridische entiteit (BV) schrijft separaat in voor een contract wijkverpleging.

Klopt het dat deze werkwijze in 2017 nog steeds toegepast kan worden?

Ja, dat klopt.

82. Graag willen wij weten welke consequenties het postcode gebied heeft voor onze zorgplicht. Wij zien steeds meer cliënten die niet in het gecontracteerde postcode gebied wonen en een beroep doen op onze expertise. Hoe gaat de verzekeraar hier mee om?

Menzis sluit geen contracten voor specifieke postcodegebieden. Zorgaanbieders moeten wel aangeven in welke postcodegebieden zij actief zijn om zo de klanten goed te kunnen verwijzen bij vragen.

83. Wij willen als niet gecontracteerde zorgaanbieder meedoen met de aanbesteding Wijkverpleging 2017. Bij de inschrijving stuiten wij op een onduidelijkheid in het document 'Format aanmelding

nieuwe zorgaanbieder 2017'. Er staat onder kopje 'Beschrijving van het bedrijfsplan waarin is opgenomen', punt 2: 'bewijsvoering dat aan alle inkoopvoorwaarden wordt voldaan (documenten, website, kopieën contracten)'.

Ik zou graag als zorgaanbieder meer duidelijkheid willen hebben over welke documenten wij als bewijsvoering (dat aan alle inkoopvoorwaarden wordt voldaan) moeten opleveren.

Menzis heeft in haar bijlagen meerdere inkoopvoorwaarden genoemd waar de zorgaanbieder aan moet voldoen bij inschrijving. Om te kunnen aantonen dat u aan deze selectie-eisen voldoet kunt u gebruik maken van afspraken, contracten, overzichten van dienstlijsten etc. die op de betreffende selectie-eis van toepassing is.

Bij sommige eisen is het duidelijk hoe u dit moet aantonen bv door toesturen van bestaande documenten of website (eis 4, 5, 6, 8, 10, 11, 15). Voor andere eisen zult u het één en ander moeten beschrijven in uw bedrijfsplan en waar nodig aanvullende stukken meesturen. Dit kunnen kopieën van diploma's, arbeidsovereenkomsten, dienstlijsten of samenwerkingsafspraken zijn, afhankelijk van hoe u de selectie-eis in de praktijk heeft ingevuld.

Thematische aandachtspunten (diversen)

84. Klopt het dat er in het document niets is opgenomen van het wel/niet gebruiken van de experimenteer-regel?

Op pagina 10 van de Aanvulling vindt u: “De stap naar de mogelijkheid van een integraal tarief per zorgaanbieder die nu gemaakt wordt, sluit goed aan bij de door Menzis gemaakte afspraken rondom prestatiebeloning, populatie gebonden bekostiging via experimentafspraken en shared savings. De NZa maakt dit met de beleidsregel ‘Experiment bekostiging verpleging en verzorging (BR/REG-17610-01)’ mogelijk”, waarin Menzis verwijst naar de mogelijkheden om gebruik te maken van deze regel voor het integraal tarief en de beweging die Menzis al heeft gemaakt in alternatieve vormen van bekostiging.

85. Hanteert Menzis een volgebeleid op de preferente zorgverzekeraar met betrekking tot de beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg of complexe wondzorg? Zo nee, welk beleid hanteert Menzis?

Tot op heden heeft Menzis de beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg niet apart gecontracteerd en maakt het onderdeel uit van het reguliere budget.

86. Op blz. 10 van het zorginkoopbeleid 2017 verpleging en verzorging wordt geschreven dat Menzis het gebruik van Elektronische Cliëntendossiers (ECD) stimuleert. Voorgaande jaren werd het als een verplichting meegenomen. Als zorgaanbieder hebben we hier ruim in geïnvesteerd. Op welke wijze stimuleert Menzis het gebruik van het ECD? Wij zien geen stimulans terug voor deze investering in bijvoorbeeld het tarief.

Het gebruik van een ECD heeft inderdaad geen rechtstreekse beloning. Implementatie van het ECD zal zich vertalen in optimale kwaliteit en doelmatigheid en daarmee leiden tot een goede benchmark wat weer leidt tot positieve uitkomsten.

87. Om het project Transmurale Zorgbrug te kunnen uitrollen is het nodig dat de wijkverpleegkundige een eerste bezoek al in het ziekenhuis aflegt. Nu kan dat niet omdat deze uren niet gefinancierd worden.

Is Menzis bereid om aanvullende financiering in te zetten t.b.v. het project Transmurale Zorgbrug?

Menzis verwacht dat een goede overdracht van zorg en de inspanning die daarvoor geleverd wordt om tijdig de zorgbehoefte in kaart te brengen zich vertaalt in een doelmatige inzet van zorgduur en zorgkosten in het verdere zorgtraject. De start van de zorgbehoefte bepaling (indicatie) is niet gebonden aan de verblijfplaats van de klant. De tijd die daarvoor gebruikt wordt kan gewoon gedeclareerd worden.

88. Wij gaan ervan uit dat, net als in 2016, het hebben van een overeenkomst voor verpleging en verzorging voldoende is voor het declareren van een extra vergoeding voor het leveren van farmaceutische telezorg (conform de beleidsregel Verpleging en Verzorging 2017 zoals recent gepubliceerd door de NZa). Klopt dat?

Nee, Menzis vergoedt deze conform de geldende beleidsregel maar maakt hiervoor een

aparte afspraak met de betreffende zorgaanbieder.

89. Op welke wijze en met welke financiële ondersteuning stimuleert Menzis de drie genoemde speerpunten op pagina 12?

Over deze onderwerpen wordt regionaal met verschillende zorgaanbieders in eerste en tweede lijn gesproken en waar nodig aanvullende afspraken gemaakt.

90. Op blz. 10 van het inkoopdocument staat dat vormen van beeldschermzorg nog niet de verwachte resultaten opleveren. Welke resultaten verwacht Menzis? En hoe heeft Menzis er voor gezorgd dat deze resultaten wel meetbaar en objectiveerbaar zijn?

91. Zijn er mogelijkheden om in aanmerking te komen voor innovatiebudgetten?

Wij hebben tot op heden nog geen positieve businesscase kunnen vinden die geleid heeft tot landelijk beleid rondom beeldschermzorg. Dit neemt niet weg dat er lokale initiatieven zijn waar wij bij betrokken zijn en die wellicht tot beleid kunnen leiden of waarvoor maatwerkafspraken gemaakt kunnen worden.

92. Wat verstaat Menzis onder leefkracht?

Leefkracht is datgene wat een klant ervaart. Wij als Menzis hebben de ambitie om met ons aanbod de leefkracht van mensen te verhogen/versterken. Dat kan in de preventieve zin maar ook als mensen al in zorg zijn kun je nog steeds werken aan je leefkracht.

93. Op welke wijze worden aanbieders geacht resultaten m.b.t. vergroten leefkracht, mondzorg, ondersteuning mantelzorg en eHealth inzichtelijk te maken?

Op dit moment zijn er onvoldoende resultaatsindicatoren om dit op prestatieniveau inzichtelijk te maken. Wij gaan graag met het veld in gesprek om hiervoor kwaliteitsindicatoren op te stellen en hoe aanbieders (zorg)acties ondernemen op deze punten.

94. De zorgaanbieder doet minimaal 2-jaarlijks onderzoek naar klantervaringen van minimaal 25% van het aantal die bij haar in zorg zijn en heeft de meest actuele resultaten afgezet tegen het landelijk gemiddelde, continu openbaar beschikbaar voor de klant en Menzis op zijn website. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de CQi, Zorgkaart Nederland of de NPS score.

Menzis hanteert eisen die strikter zijn dan de huidige eisen aan de CQ. Vooral het afzetten tegen landelijke gevalideerde cijfers is een eis die feitelijk niet uitvoerbaar is.

Is Menzis bereid af te zien van deze eis of deze eis aan te passen? Zo nee waarom niet?

Uit onze consultaties met stakeholders is gebleken dat zorgaanbieders nog wisselend met klanttevredenheidsmetingen omgaan. Sommige zorgaanbieders gebruiken de CQi nog steeds en willen die ook graag blijven gebruiken, anderen zijn overgegaan op een ander meetinstrument.

Menzis geeft aan de zorgaanbieder met deze contractvoorwaarde de ruimte om zelf een meetinstrument te kiezen. Wat voor ons belangrijk is dat de resultaten voor de verzekerde voldoende informatie geven om een juiste indruk te krijgen van de klanttevredenheid over de organisatie. Daarom leggen wij de nadruk op de vergelijkbaarheid van resultaten, het openbaar maken van resultaten en een minimale uitvraag om de resultaten ook enig gewicht te kunnen geven.

95. Openbaar maken van klantervaringen. Wat zijn de eisen die Menzis stelt aan de wijze waarop deze informatie openbaar gemaakt wordt?

De uitkomsten/resultaten van een klanttevredenheidsonderzoek moeten herkenbaar en eenvoudig te vinden zijn voor verzekerden op de website van de zorgaanbieder. Hierbij moet duidelijk de vergelijking met landelijke cijfers genoemd worden. Dit kan bv door gebruik maken van Zorgkaart Nederland met een verwijzing naar alle thuiszorginstellingen in Nederland (of in uw eigen regio) maar ook door publiceren van de CQi resultaten met daarbij de gemiddelde scores van de branche.

Belangrijk hierin is dat de verzekerde inzicht krijgt in de klanttevredenheid over de zorgaanbieder en zelf een bewuste keuze kan maken voor die zorgaanbieder.

96. Gebruik van zelfredzaamheidsinstrumenten. Welke eisen stelt Menzis aan het gebruik van zelfredzaamheidsinstrumenten door aanbieders? Zelfredzaamheid is de kern van het classificatiesysteem Omaha. Valt een dergelijk systeem onder de categorie 'zelfredzaamheidsinstrument'?

Op dit moment zijn er meerdere zelfredzaamheidsinstrumenten beschikbaar die allemaal net een andere perspectief of nadruk hebben. Het gaat erom dat in kaart gebracht wordt dat er bewust een keus gemaakt wordt uit de mogelijkheden van de klant ook voor informele zorg en dat de eigen regie van de klant bevorderd wordt. Bij juiste en volledig gebruik van Omaha is dat een mogelijkheid.

97. Inzet van voldoende bevoegde en bekwame MBO en HBO verpleegkundigen en verzorgenden (minimaal niveau 3)

Betekent dit dat er überhaupt geen zorgverleners met een opleiding lager van niveau 3 ingezet mogen worden in de wijkverpleging?

De functie van zorghulp en helpende is gericht op het helpen en ondersteunen van klant én collega's in de zorg. In de wijkverpleging zal dit minder voorkomen omdat men hier vaak alleen is met de klant.

De wijkverpleegkundige werkt binnen een team met uiteenlopende deskundigheidsniveaus, van helpende tot (wijk)verpleegkundigen. Vaak wordt een laag deskundigheidsniveau ingezet. Dit vraagt van de wijkverpleegkundige, die meestal het team aanstuurt, extra inspanningen om de kwaliteit van de verleende zorg te bewaken (Expertisegebied Wijkverpleegkundige ZonMw).

98. Wat is beleid van Menzis t.a.v. indiceren door inservice opgeleide verpleegkundigen niveau 4 met aanvullende MGZ, verpleegkundigen die nog de HBO opleiding volgen of dit middels een leerplek of stageplek doen?

Wij volgen de normen van de beroepsvereniging V&VN die voorschrijft dat indicatie door een HBO of masteropgeleide verpleegkundige niveau 5 wordt uitgevoerd. Indien in het verleden een verbeterplan is afgesproken met de verzekeraar dan gelden die afspraken voor die specifieke zorgaanbieder. Er worden geen nieuwe verbeterplannen afgesproken. Gediplomeerde inservice opgeleide verpleegkundige niveau 4 met aanvullende MGZ staat gelijk aan niveau 5 binnen de wijkverpleging en mag ook indiceren.

99. Verzoek om naast het Kwaliteitsregister V&V ook het KIWA keurmerk te accepteren als aantoonbaar kwaliteitsregistratiesysteem.

Menzis wil al enkele jaren op deze wijze deskundigheid en expertise borgen en implementeren. Vooral door deze eis weten we dat het kwaliteitsdenken en doen een positieve wending heeft gegeven. Er dient dus te worden voldaan aan de gestelde voorwaarden. Het Kwaliteitsregister V&V is een objectief en transparant inkoopcriterium voor professionele deskundigheid. Bij de KIWA wordt gevraagd om een zelfverklaring, dat zien wij niet als voldoende objectief en transparant.

100. Wat wordt er bedoeld met 'aanwijzing' van de IGZ?

De inspectie gebruikt verschillende middelen om zorgverleners te stimuleren de zorg te verbeteren. Dat kan gaan om een stimuleren of verbeterverzoek. Maar er zijn ook 'zwaardere' maatregelen zoals aanwijzing, verscherpt toezicht of zelfs intrekking van de vergunning. Bij een zwaardere maatregel krijgt een zorgaanbieder de tijd om zich te verbeteren. Als bij inschrijving de maatregel niet is opgeheven vindt Menzis dit voldoende reden om geen contract 2017 met deze zorgaanbieder aan te gaan.

101. Graag verduidelijking van de zin 'Er wordt geen zorg gedeclareerd die ook door een andere geleverd kan worden'. Zorg kan altijd door een ander geleverd worden.

Het gaat hier om zorg die bv behoort bij de gebruikelijke zorg die door ouders, kinderen, de oppas geleverd wordt en dus niet behoort tot verzekerde zorg in de zorgverzekeringswet. Daarnaast gaat het om zorg die valt onder de Wmo/Wlz en verwachten wij dat u tijdig doorverwijst naar de Wlz indien dat aan de orde is.

102. Kunt u een voorbeeld geven waar het risico op dubbele zorg declareren hoog is?

In die gevallen waar zorg (onbedoeld) dubbel wordt gedeclareerd en niet wordt gecorrigeerd, waar dezelfde zorg zowel vanuit PGB als Zorg In Natura wordt gedeclareerd of zowel in de Wlz als Zvw (DBC/huisartsenzorg).

103. Bij ketenoverleg vindt er steeds vaker een overleg plaats met meerdere zorgaanbieders. Stelt u dat dan slecht één partij dit mag declareren?

Een zekere mate van overleg over de verzekerde met andere hulpverleners is onderdeel van de verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en meegenomen in de tarifiering. Wij gaan ervan uit dat dit niet extra gedeclareerd wordt en dus niet dubbel gebeurt.

104. Menzis stelt de wijkverpleegkundige verantwoordelijk voor een financieel effect in de samenhangende zorg. Is de wijkverpleegkundige in staat om samen met het wijkteam/-netwerk een effectieve afweging te maken tussen medisch en sociale zorg/ondersteuning. De samenhangende zorg ligt onzes inziens niet alleen in de beïnvloedingssfeer van de wijkverpleegkundige. Dit heeft ook te maken met de toegankelijkheid van WMO en het CIZ voor de juiste legitimatie van de zorg. Gemeenten en zorgkantoor spelen daarin eveneens een belangrijke rol. Is Menzis het met ons eens dat de individuele wijkverpleegkundige onmogelijk

kan worden aferekend op het uitvoeringsbeleid van WMO en CIZ of de persoonlijke overwegingen van de betreffende individuele cliënt? (vraag hangt ook samen met uitvoeringseis 2: Er wordt geen dubbele zorg gedeclareerd of zorg die ook door een ander geleverd moet/kan worden, of behoort tot een ander (voorliggend) domein (welzijn, Wmo, Wlz)).

Wij verwachten van wijkverpleegkundigen dat zij kennis hebben van de (on)mogelijkheden in Wmo en Wlz en daar samen met de klant een weloverwogen keuze in maken of hen hierin op de juiste wijze en professioneel begeleiden. Ook met de achtergrond van doelmatige, verantwoorde en kwalitatief goede verpleging en verzorging thuis. Als zorg en of ondersteuning niet of onvoldoende aanwezig is, of 24 uren toezicht noodzakelijk is heeft de wijkverpleegkundige een signalerende rol om knelpunten aan te kaarten bij/via haar werkgever, gemeente of Wlz aanbieder/zorgkantoor.

Wij rekenen een wijkverpleegkundige niet af of het uitvoeringsbeleid van Wmo en CIZ maar verwachten van haar wel rekenschap te kunnen afgeven voor de keuzes die gemaakt zijn.