



ZORGINKOOPBELEID MENZIS

POH SOMATIEK 2011



1. Inleiding

Sinds 1 januari 2011 is de financieringssysteem van de Praktijkondersteuner Somatiek (POH-S) gewijzigd. De huidige financiering via module (opslag per verzekerde patiënt en daarnaast declaratie van consulten en visites), wijzigt in financiering van alleen een opslag op het inschrijftarief per ingeschreven verzekerde: **het POH-S moduletarief**.

In deze notitie wordt de visie en het zorginkoopbeleid van Menzis in 2011 met betrekking tot de POH-S beschreven.

Deze overgang is voor Menzis aanleiding geweest om het zorginkoopbeleid rondom de POH-S aan te passen. Rond de jaarwisseling zijn in eerste instantie de afspraken van 2010 omgezet naar dezelfde afspraken voor 2011 en vertaald naar een nieuw module tarief. Hiervoor heeft u een inventarisatieformulier ontvangen en op basis van uw opgave een aangepast tarief.

Vanaf 1 april 2011 maakt Menzis afspraken rondom de POH-S passend in het nieuwe zorginkoopbeleid.

De functie POH-S heeft een duidelijke toegevoegde waarde en er is sprake van een brede inzet. De financiering van deze functie kent verschillende vormen. Het is belangrijk om deze vormen te onderscheiden en inzicht te hebben in de taken van de POH-S in relatie tot de wijze van financieren. Zo wordt de inzet van de POH-S voor de, door de huisarts via een zorggroep of centrum, gecontracteerde ketenzorg-DBC's: DM2, COPD en CVR, gefinancierd via de zorggroep of centrum. Het uitvoeren van projecten in het kader van het ontwikkelen en opzetten van gestructureerde zorgprogramma's worden vanuit M&I of GEZ-modules gefinancierd. Het beleid POH-S is zodanig opgesteld dat dubbele financiering voorkomen wordt.

De eis van een samenwerkingsverband van 3 huisartsen (3 normpraktijken) is losgelaten. Er kunnen nu individuele afspraken gemaakt worden. Menzis heeft ervoor gekozen om POH-S afspraken te maken met de individuele huisarts ter bevordering van taakdelegatie en kwaliteitsverbetering in de huisartspraktijken.

Het jaar 2011 wordt gezien als een overgangsjaar, waarin het nieuwe POH-S beleid met de huisartspraktijken wordt afgesproken en gecontracteerd. Voor 2012 wordt het zorginkoopbeleid opnieuw vastgesteld, mede op basis van de in 2011 opgedane ervaringen door Menzis en de huisartsen. Onderdeel hiervan is het beleid met betrekking tot de verpleegkundige en ondersteunende functies in de eerste lijn, zowel binnen de huisartspraktijken als de thuiszorg. Deze functies zijn momenteel volop in ontwikkeling en per regio verschillend. Deze ontwikkelingen zullen vertaald worden in het zorginkoopbeleid voor 2012.

2. Visie Menzis op de functie POH-S

2.1 Algemeen

In dit hoofdstuk wordt de visie van Menzis beschreven op het gehele taakgebied van de POH-S, onafhankelijk van de wijze van financiering (gefinancierd vanuit de POH-S module, de zorggroepen en centra (ketenzorg-DBC's), M&I of GEZ modules en losse M&I verrichtingen).

Menzis onderkent de cruciale rol die de POH-S nu en in de toekomst in de huisartspraktijk(en) kan vervullen door:

- Overname van taken van de huisarts, met name de gestructureerde zorg voor chronische patiënten. Dit leidt tot taakdifferentiatie/taakdelegatie waardoor de beschikbaarheid van huisartsenzorg wordt vergroot.
- Bijdrage aan verdere professionalisering en kwaliteitsverbetering door het opzetten van zorgprogramma's, onderhouden van protocollen en ondersteunen van praktijkaccreditatie.
- Samenwerking met andere relevante disciplines, waaronder de paramedici, de thuiszorg/wijkverpleegkundige, de woonzorgcentra, de transferverpleegkundige van het ziekenhuis en deelname aan regulier multidisciplinair overleg in hometeams of zorgbegeleidingsteams.
- Vroegsignalering en onderkenning van andere klachten of beperkingen bij chronische patiënten, die al onder controle zijn bij de POH-S, of bij hun partners en zorg te dragen voor adequate follow-up (diagnosticering, behandeling en/of doorverwijzing)¹.
- Begeleiding en zorgcoördinatie van kwetsbare ouderen en patiënten met complexe problematiek. Nu de zorgvraag van steeds langer thuiswonende ouderen zal toenemen (door de vergrijzing en toename van chronische ziekten, multimorbiditeit, beperkingen en psychosociale problematiek). Deze rol vervult de POH-S in samenwerking met onder andere de POH-GGZ, de eerstelijnspsycholoog en de wijkverpleegkundige.

De oorspronkelijke focus van de POH-S op ketenzorg en gestructureerde/geprotocolleerde zorg aan chronische patiënten verbreedt zich naar samenhangende eerstelijnszorg in de wijk, het dorp of de stad om de komende zorgvraag in eigen omgeving aan te kunnen.

2.2 Takenpakket

De rol van de POH-S is primair het leveren van zorg op gestructureerde en geprotocolleerde wijze aan groepen patiënten in de huisartspraktijk en de afstemming/coördinatie van deze zorg, onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts.

De taken en verantwoordelijkheden van de POH-S waren oorspronkelijk gericht op vier resultaatgebieden: zorgverlening, educatie/ voorlichting/ coaching, beheer & organisatie en kwaliteitsverbetering. Door de functieverbreding naar samenhangende eerstelijnszorg is hieraan een nieuw resultaatgebied toegevoegd: samenwerking. Met deze samenwerking wordt bedoeld dat de POH-S een rol in de zorgcoördinatie en de schakelfunctie/liaisonfunctie richting onder andere de thuiszorg c.q. wijkverpleegkundige kan vervullen. Menzis onderschrijft het belang van samenhangende zorg in de eerste lijn en verwacht dat de POH-S samen met de huisarts en wijkverpleegkundige als tandem in de eerste lijn hier een belangrijke rol in kunnen vervullen. Naar verwachting zal deze tandemsamenwerking zich in de toekomst verder uitkristalliseren. De POH-S en de wijkverpleegkundige functies kennen een aantal overlappende taken. De betreffende taken kunnen door een POH-S uitgevoerd worden indien er geen verpleegkundige vanuit de thuiszorg zorg verleent bij de patiënt. Voorbeelden hiervan zijn: vroegsignalering bij (multi)morbiditeit of zorgbegeleiding na postoperatief ontslag uit het ziekenhuis bij (nog) onvoldoende redzaamheid van de patiënt en het systeem rondom de patiënt. Indien er wel thuiszorg wordt verleend, is het van belang dat er afstemming plaatsvindt over de betreffende taken. Door goede samenwerking worden overlap van zorg en afstemmingsproblemen voorkomen en de continuïteit geborgd. De invulling hiervan is afhankelijk van de lokale situatie.

¹ De huisartspraktijk is een belangrijke vindplaats van cliënten met complexe problematiek: 93-96% van de mensen met één of meer chronische ziekten of met matige of ernstige beperkingen bezoekt de huisarts en 39-53% heeft een consult of visite bij de POH-S.
Bron: Nivel: Zorg voor chronische zieken, 2010.

Activiteiten verdeeld naar resultaatgebieden

In de tabel hieronder zijn de vijf genoemde resultaatgebieden nader gespecificeerd. Door invulling te geven aan de resultaatgebieden zal de kwaliteit en beschikbaarheid van huisartsenzorg verbeteren. Activiteiten van POH-S kunnen binnen een of meerdere resultaatgebieden vallen, dit is afhankelijk van de keuze van de huisarts en zal gebaseerd zijn op de patiëntenpopulatie en het aanbod van zorg in de regio.

Resultaatgebieden	
Patiëntgebonden taken 80-85%	Zorgverlening aan doelgroepen waaronder: <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus Type II. • Astma/COPD. • CVR. • Zorg voor kwetsbare ouderen.
	Educatie/voorlichting/coaching <ul style="list-style-type: none"> • Voorlichting aan en coaching van individuele patiënten. • Voorlichting aan groepen van patiënten.
	Samenwerking gerelateerd aan zorgverlening Samenwerken met andere relevante disciplines in relatie tot casuïstiek, bijvoorbeeld paramedici en/of thuiszorg: <ul style="list-style-type: none"> • Afstemmen en coördineren van zorg en indien nodig doorverwijzen. • Deelnemen aan regulier multidisciplinair overleg in hometeams of zorgbegeleidingsteams.
Niet patiëntgebonden taken 15-20%	Beheer & organisatie <ul style="list-style-type: none"> • Beheer en organisatie van de eigen spreekuren en/of visites.
	Kwaliteitsverbetering <ul style="list-style-type: none"> • Opzetten en implementeren van zorgprogramma's. • Onderhoud en bijstellen van protocollen. • Ondersteunen van praktijkaccreditatie. • Scholing.

2.3 Functie- en opleidingsniveau

In de LHV Handreiking "Praktijkondersteuner Competentieprofiel en eindtermen 2010" wordt uitgegaan van HBO-niveau. Daarnaast wordt aangegeven dat in de toekomst de functienaam Praktijkondersteuner Somatiek vervangen zal worden door Praktijkverpleegkundige.

Menzis wil de inzet van praktijkverpleegkundigen (BIG geregistreerd, niveau 4 en 5, respectievelijk mbo-v en hbo-v met aanvullende opleiding) stimuleren mede gezien de functieverbreiding naar de bovengenoemde resultaatgebieden gezien de toenemende zorgzwaarte (multimorbiditeit en bijbehorende psychosociale problematiek) en behoefte aan zorgcoördinatie.

Instroom van doktersassistenten in de functie van POH-S blijft mogelijk, indien zij de opleiding tot POH-S bij een erkende hogeschool hebben afgerond. Verpleegkundigen die willen instromen kunnen wel als POH aan de slag tijdens het volgen van de opleiding.



Er worden twee functieniveaus onderscheiden²:

- Praktijkondersteuner A (schaal 6);
- Praktijkondersteuner B (schaal 7),

De basiscompetenties van de POH-S A en B zijn gelijk waarbij de POH-S B over aanvullende competenties beschikt. De Praktijkondersteuner B werkt planmatig en doelgericht vanuit een verpleegkundige visie en heeft de competenties om de taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot samenhangende eerstelijnszorg, het opzetten van zorgprogramma's en ondersteunen van praktijkaccreditatie.

De verwachting is dat het aanbod van samenhangende zorg in de eerstelijns verbetert als de POH functie wordt ingevuld door een POH-er met een verpleegkundige achtergrond, op HBO-competentieniveau. Om deze reden kiest Menzis ervoor om het in dienst nemen van een praktijkondersteuner competentieniveau B te stimuleren door een hoger moduletariaf afgestemd op het schaal- en salarisniveau te financieren.

Opmerking:

Binnen de POH-S B zijn gespecialiseerde verpleegkundigen bijvoorbeeld op het gebied van diabeteszorg en COPD. Gezien de aard van de aanvullende opleiding zullen deze POH-S B naar verwachting ingezet worden binnen de gecontracteerde ketendbc's. Hiervoor geldt het afgesproken uurtarief met de zorggroep.

2.4 Substitutie

Door het verruimen van het zorginkoopbeleid POH-S wil Menzis de taakdelegatie en kwaliteitsverbetering in de huisartspraktijken bevorderen. Door het vergroten van de capaciteit van de huisartsenzorg en verbetering van de kwaliteit zal het aantal verwijzingen naar de tweede lijn afnemen en zal er eerder sprake kunnen zijn van terugverwijzing.

² Conform de Functiewaardering Huisartsenzorg – CAO 2010-2011

3 Contracteervoorwaarden voor opslag binnen de POH module

3.1 Afbakening inzet binnen de POH-S module

Menzis beoogt taakdelegatie en kwaliteitsverbetering binnen de huisartspraktijk te stimuleren en verdere inzet van POH-S mogelijk te maken. Afbakening van de inzet binnen de POH-S module is echter nodig om dubbele financiering te voorkomen.

A. Vorm van de financiering

De financiering van de inzet van de POH-S binnen deze regeling is uitsluitend via een opslag op het inschrijftarief. Daarnaast kunnen er geen (telefonische) consulten en/of visites, die door de POH-S zijn uitgevoerd, worden gedeclareerd. De daarvoor bestaande NZa-verrichtingencodes zijn per 1 januari 2011 vervallen.

De losse M&I verrichtingen uitgevoerd door de POH-S, die niet behoren tot de ketenzorgcontracten of de gestructureerde zorg aan DM2 en COPD patiënten³, kunnen als aparte M&I verrichting gedeclareerd worden. De tijd die de POH-S besteedt aan het doen van M&I verrichtingen wordt niet gefinancierd vanuit de POH-S module.

B. Wat wordt niet gefinancierd vanuit het module tarief?

Het POH-S moduletarief is niet bedoeld voor financiering van de inzet van de POH-S bij onderdelen van zorg, die op een andere manier wordt betaald, bijvoorbeeld:

1. de inzet van de POH-S voor de door de huisarts via zorggroep of centrum gecontracteerde ketenzorg-DBC's: DM2, COPD en CVR. Zie paragraaf 3.3 voor de afspraken;
2. de M&I modules bedoeld voor het ontwikkelen en opzetten van gestructureerde zorgprogramma's (projectgelden);
3. de Stoppen Met Rokenprogramma's, die gecontracteerd zijn door middel van de nieuwe NZa beleidsregel, die per 1-1-2011 is ingegaan⁴

C. Wat is de verdeling tussen patiënt- en niet patiëntgebonden taken?

De POH-S wordt binnen de module voor minimaal 80-85 % van de beschikbare formatie ingezet op zorgverlening, voorlichting, educatie, coaching en samenwerking, bij voorkeur op gestructureerde en geprotocolleerde wijze aan groepen van patiënten. Maximaal 15-20% van de totaal beschikbare formatie mag worden aangewend voor niet-patiëntgebonden taken, zoals:

- beheer en organisatie van de eigen spreekuren en/of visites en afstemming hierover met de huisarts,
- onderhoud en bijstellen van protocollen,
- Bij- en nascholing

Zie hiervoor ook de tabel in paragraaf 2.2

Opmerking:

Algemene managementtaken voor de praktijk vallen niet primair onder de resultaatsgebieden van de POH-S. Binnen de oude POH regeling was hier tot 50% van de inzet ruimte voor. In de de nieuwe regeling worden deze taken niet binnen de POH-S module gefinancierd.

Indien dit tot problemen leidt zal Menzis met de betreffende huisarts een afspraak maken over afbouw van het percentage in een overgangsperiode

D. Wat is de inzet van de POH-s in relatie tot de assistente?

³ De gestructureerde zorg aan Diabetes of COPD patiënten die nog niet gecontracteerd is als

ketenzorg-DBC, is wel onderdeel van de inzet binnen de POH-S module. Deze zorg kan daarom niet als M&I verrichting (codes 13029, 13030, 13031) worden gedeclareerd.

⁴ Het contracteren van SMR programma's kent een vertraagde start, het zorginkoopbeleid voor Stoppen met Roken is nog in ontwikkeling door het late uitkomen van de beleidsregel. Daarbij is geconstateerd dat momenteel weinig praktijken voldoen aan de voorwaarden van deze nieuwe beleidsregel. Tot het moment van contracteren van SMR programma's zullen in 2011 de Stoppen met Roken activiteiten uitgevoerd door de POH-S, binnen de module kunnen worden gefinancierd.



Inzet van de POH-S betreft huisartsenzorg die niet tot het takenpakket van de assistente behoort.

3.2 Moduletariaf

Per 1 januari 2011 wordt de POH-S gefinancierd door middel van een opslag op het inschrijftarief per ingeschreven verzekerde. Het betreft een vergoeding voor salariskosten, managementkosten en praktijkkosten. Het moduletariaf wordt berekend aan de hand van het totaal aantal toegekende uren inzet POH-S en het totaal aantal patiënten van de praktijk of het samenwerkingsverband. De norm van 0,33 FTE op een normpraktijk van 2350 patiënten blijft uitgangspunt.

In het 1^e kwartaal van 2011 is uitgegaan van een moduletariaf van € 9,58 per jaar gebaseerd op het 2010 tarief en is € 2,40 uitgekeerd voor 100% inzet van de POH-S of een bedrag naar rato van de POH-S inzet. Dit is gebaseerd op de opgave van de POH-S inzet door de praktijken op het inventarisatieformulier van december 2010.

Tarief bij (nieuwe) aanvragen binnen beleid 2011⁵

Voor het 2^e t/m 4^e kwartaal van 2011 heeft Menzis besloten dit moduletariaf te differentiëren en te indexeren. De differentiatie van de tarieven is gebaseerd op de functie- en schaalniveaus, conform de Functiewaardering Huisartsenzorg – CAO 2010-2011⁶ en een gemiddeld bedrag voor management door de huisarts voor de POH-S. Met het differentiëren van de tarieven doet Menzis recht aan de verschillen in functie- en opleidingsniveau.

- De kosten voor Praktijkondersteuner A – schaal 6 zijn gemiddeld € 73.529,-
Hier is rekening gehouden met een vergoeding van 5 uur management per week (een bedrag van € 16.875,-). De praktijkkosten zijn vastgesteld op € 11.622,-.
- De kosten voor Praktijkondersteuner B – schaal 7. zijn gemiddeld € 76.055,-
Hier is rekening gehouden met een vergoeding van 4 uur management per week (een bedrag van € 13.500,-). De praktijkkosten zijn vastgesteld op € 11.622,-.

Bovenstaande bedragen zijn per fulltime praktijkondersteuner

Het te declareren kwartaaltarief per praktijk komt als volgt tot stand:

Omvang formatie * kosten POH A of POH B gedeeld door aantal ingeschreven patiënten.

Een voorbeeld:

0,33 Fte * € 73.529,- = € 24.264,-

De praktijk heeft 2350 ingeschreven patiënten, dan is het tarief per jaar € 24.264/2350 = € 10,33

Het kwartaaltarief is dan € 2,58

De differentiatie gaat in per 1-4-2011 voor geaccordeerde aanvragen binnen het zorginkoopbeleid dat voor u ligt. Voorwaarde hiervoor is het overleggen van salarisinformatie. Het op basis van differentiatie berekende tarief geldt niet met terugwerkende kracht voor het 1^e kwartaal 2011.

3.3 Afspraken over de inzet in ketenzorg

Indien de POH-S ingezet wordt in gecontracteerde ketenzorg-DBC's: DM2, COPD en/of CVR, dan wordt deze inzet via de opbrengsten uit de DBC's gefinancierd.

Menzis heeft ervoor gekozen een verrekening via maatwerk met de zorggroep of centrum toe te passen. Voor de lopende ketenzorgcontracten (DM2 en COPD) tot 1 januari 2011, heeft deze verrekening al plaatsgevonden. Bij instroom vanaf 1 januari 2011, in gecontracteerde ketenzorg-DBC's: DM2, COPD en/of CVR is verrekening van toepassing. De inzet van de POH-S wordt vanaf dat moment vanuit de keten-dbc

⁵ Beschikbaar vanaf 1 april 2011.

⁶ De bedragen zijn gebaseerd op de middelste trede van de betreffende schaal.



financiering vergoedt. Deze verrekening kan voor een huisarts aanleiding zijn om te kiezen uitbreiding van de formatie en daarmee de POH-S in te zetten op andere resultaatgebieden. Hiervoor dient een aanvraag uitbreiding POH-S ingediend te worden.

Deelname aan nieuwe ketens

Indien een huisarts in 2011 via een zorggroep of centrum met Menzis een nieuw ketenzorgcontract aangaat, waar tot dan toe financiering via de POH-S module werd voorzien, vindt er een herberekening van het moduletarief plaats. Daarvoor is een berekeningsmethode ontwikkeld. Die methode gaat uit van de afspraak die met de zorggroep of centrum gemaakt is over POH-S inzet in de ketenzorg en die via de ketenzorg-DBC's gefinancierd wordt. Er wordt een kortingspercentage berekend dat op de POH-S afspraak van de bij de zorggroep of centrum betrokken huisartsen in mindering wordt gebracht. Het vastgestelde percentage wordt individueel aangepast indien via de zorggroep voldoende beargumenteerd wordt dat het aantal geïnccludeerde patiënten substantieel afwijkt van het gemiddelde aantal geïnccludeerde patiënten van de zorggroep of centrum.

3.4 Afspraken over meer POH-S inzet dan de norm

Menzis wil verdere taakdelegatie mogelijk maken en is bereid uitbreiding van POH-S inzet boven de norm van 0,33 FTE op een normpraktijk van 2350 patiënten te financieren binnen de POH-S module. Menzis ziet deze verhoging van de kosten van huisartsenzorg als een investering ten gunste van de kwaliteit, doelmatigheid en beschikbaarheid van huisartsenzorg en de samenhangende eerstelijnszorg.

Deze ontwikkeling stimuleert Menzis door enkele voorwaarden aan de uitbreiding te verbinden:

- de extra inzet is bedoeld voor gestructureerde en geprotocolleerde zorg aan groepen van patiënten. Bijvoorbeeld de zorg voor kwetsbare ouderen (multimorbiditeit met evt. psychosociale problematiek), die (nog) niet gefinancierd kan worden vanuit een keten-DBC;
- de extra inzet wordt uitgevoerd door een BIG geregistreerde POH (indien er sprake is van het aantrekken van poh – nieuw dienstverband);
- de huisartsenpraktijk of het samenwerkingsverband moet aangesloten zijn bij een zorggroep of centrum en in 2011 minimaal aan één ketenzorg-DBC (zie paragraaf 3.3);
- de huisartsenpraktijk of het samenwerkingsverband heeft samenwerkingsafspraken en regulier overleg met andere disciplines, tenminste de thuiszorg/wijkverpleegkundige, ter verbetering/optimalisatie van de coördinatie & afstemming van de integrale zorg van de cliënten uit de praktijk.

De extra inzet gefinancierd binnen de POH-S module is nadrukkelijk niet bedoeld voor het ontwikkelen en implementeren van zorgprogramma's, zoals ouderenzorg of een dementieketen. Hiervoor kan een M&I of GEZ module worden aangevraagd, die bedoeld is voor de financiering van de initiële kosten en organisatiekosten voor de opzet van het zorgprogramma. Indien de inzet voor de module wordt geleverd binnen bestaande POH-S formatie (en dus een tijdelijke taakverschuiving voor de POH-S) dan wordt deze inzet niet meegenomen in de begroting van de M&I module. Zie hiervoor de informatie over de M&I en GEZ-modules op de website www.menzis.nl/huisarts.

De aanvraag voor uitbreiding van POH-S inzet ten opzichte van uw huidig gefinancierde formatie binnen de POH-S regeling, kan worden aangegeven op het aanvraagformulier POH-S 2011 en zal door Menzis apart worden beoordeeld.

3.5 Verdere voorwaarden

Contractanten

De POH-S module kan gecontracteerd worden door contractanten die een Menzis-overeenkomst huisartsgeneeskundige zorg 2011 hebben ondertekend:

1. Individuele huisartsen.

De individuele huisarts, die in aanmerking wil komen voor de POH-S module, heeft minimaal 2350 patiënten (= normpraktijk). Bij een praktijkgrootte met minder dan 2350 patiënten werkt de huisarts aantoonbaar samen met collega-huisartsen aan kwaliteitsverbetering en geprotocolleerde zorg of geeft aan hoe deze samenwerking te bereiken, binnen welke termijn.



2. Een samenwerkingsverband van huisartsen.

Eén huisarts is namens het samenwerkingsverband de contactpersoon voor Menzis.

3. Een gezondheidscentrum met huisartsen in loondienst.

Werkgeverschap

De POH-S is in dienst van de huisartspraktijk(en), het samenwerkingsverband, het gezondheidscentrum of gedetacheerd vanuit een organisatie. De POH-S wordt aangesteld conform een ondertekende arbeidsovereenkomst of detacheringovereenkomst, waarin het functie- en schaalniveau is vastgelegd.

Bij een samenwerkingsverband is in een samenwerkingsovereenkomst vastgelegd:

- hoe de uren van de POH-S verdeeld worden over de deelnemende huisartsen;
- welke taken de POH-S uitvoert voor de deelnemende huisartsen; en
- hoe het formele werkgeverschap en de functionele aansturing zijn geregeld.

Uitval of wijziging formatie POH-S

Indien de POH-S tijdelijk of blijvend geen werkzaamheden meer uitoefent over een periode van minimaal 3 maanden (wegens ziekte, zwangerschap, uitdiensttreding of overlijden) zorgt de contractant voor vervanging of opvolging. Indien dit leidt tot wijziging in de formatie dat meldt de huisarts de verandering bij Menzis. Over de periode dat de contractant geen of slechts gedeeltelijke vervanging of opvolging realiseert, wordt het modulerief gecorrigeerd op basis van de werkelijk ingezette formatie.

Opleidingsniveau en nascholing

De POH-S heeft een erkende HBO-opleiding of volgt een erkende (HBO) opleiding tot POH-S, volgens de vastgestelde competenties en eindtermen. Daarnaast heeft de POH-S bij voorkeur een verpleegkundige achtergrond (BIG geregistreerd). Instroom van doktersassistenten in de functie van POH-S blijft mogelijk, indien zij de opleiding tot POH-S bij een erkende hogeschool hebben afgerond, maar dit heeft niet de voorkeur. De POH-S volgt periodieke nascholing aansluitend bij zijn of haar zorginhoudelijke taken en inzet op het gebied van kwaliteitsverbetering.

Praktijk

De POH-S heeft de beschikking over een voldoende geoutilleerde praktijkruimte.

In de praktijk wordt gebruik gemaakt van een HIS waarin onder andere geregistreerd wordt op basis van de ICPC codering.

3.6 Verantwoording

Iedere contractant is verplicht inhoudelijke en financiële verantwoording af te leggen door middel van het Jaarverslag POH-S. Dit jaarverslag heeft betrekking over een loopjaar, vanaf de start van de POH-afspraken en wordt ingediend samen met een salarisstrook van POH-S's van december 2011 of een volgens format opgestelde verklaring van de accountant. De verantwoording wordt afgelegd over de totale inzet POH-S, die met het modulerief wordt gefinancierd.

Uitgangspunt bij de verantwoording is het aanleveren van relevante informatie met zo min mogelijk administratieve lasten. Het format Jaarverslag POH-S is in de loop van 2011 te downloaden via www.menzis.nl/huisarts. Het jaarverslag geeft de stand van zaken weer ten opzichte van de aanvraag waarin de huisarts de doelen en activiteiten aangegeven heeft. Hiermee beantwoordt het jaarverslag de vraag: Hebben we de doelen behaald en zo niet waarom en wat moeten de doelen voor het daaropvolgende jaar zijn?



4. Aanvraagprocedure

Indienen van een (nieuwe) aanvraag

Indien u een nieuwe aanvraag wilt doen of uw huidige afspraken wilt wijzigen binnen het zorginkoopbeleid POH-S 2011, kunt u een aanvraag voor de POH-S module indienen met behulp van het aanvraagformulier POH-S 2011.

Dit aanvraagformulier is te verkrijgen via de ROS in uw werkgebied. De ROS adviseur ondersteunt u op uw verzoek bij het invullen van het aanvraagformulier. Het aanvraagformulier kan ook gedownload worden via www.menzis.nl/huisarts.

De definitieve en door Menzis goedgekeurde aanvraag moet volledig ingevuld en ondertekend zijn en voorzien van:

- kopieën van de ondertekende arbeidsovereenkomst(en) of detacheringsovereenkomst(en) en de salarisstrook/salarisstroken van december 2010 of
- een verklaring van de salarisadministratie en/of een getekend kopie van het salarisdeel van de vastgestelde jaarrekening of
- een accountantsverklaring van waaruit blijkt wat de totale formatie POH-S en de salariskosten zijn in de huisartspraktijk(en) of het gezondheidscentrum is op 1-1-2011.

Indien de POH-S op het moment van de aanvraag nog niet is aangesteld dan kan bovenstaande aangeleverd worden bij indiensttreding.

Indien de aanvraag onvolledig is, dan kunnen wij deze helaas niet in behandeling nemen.

Bij een aanvraag voor POH-S inzet binnen het zorginkoopbeleid 2011 ontvangt u binnen 4 weken een toekenning van het POH-S moduletarief in de vorm van een overeenkomst. U ontvangt dan gelijk het berekende tarief en de verrichtingencode waarmee u kunt declareren.

Ondersteuning bij contractering

Menzis vindt het van belang dat zorgaanbieders ondersteuning kunnen krijgen bij een aanvraag van POH-S formatie om te voorkomen dat administratie en bureaucratie ten koste gaan van de zorg. Hiervoor kunt u contact opnemen met de ROS in uw regio. Bij nieuwe aanvragen is betrokkenheid van een ROS adviseur een vereiste. Bij uitbreiding van de POH-S formatie is dit geen vereiste maar wij adviseren u dringend om gebruik te maken van deze mogelijkheid. De vraag voor uitbreiding vraagt een heroverweging van inzet en doelen van uw POH-S en het invullen totale formulier.

Menzis heeft met de ROS'en: ELANN, Roset, Caranscoop en Stichting OOGG afspraken gemaakt over ondersteuning bij het aanvragen van de POH-S module.

Hiervoor kunt u contact opnemen met:

ELANN	dhr. Marcel van Keulen	T. (050) 366 64 43	M.van.Keulen@elann.nl
Caranscoop	mevr. Elly van Geffen-Martens	T. (055) 505 86 10	evangeffen@caranscoop.nl
Roset	mevr. Yvette Bulthuis	T. (074) 249 85 85	y.bulthuis@roset-twente.nl
St. OOGG	mevr. Renate Jansink	T. (0488) 417400	r.jansink@oogg.nl

Voor vragen- of opmerkingen over dit POH-S zorginkoopbeleid 2011, kunt u contact opnemen met de contractmanager van uw regio.

Tevens kunt u met uw vragen terecht op www.menzis.nl/huisarts of stel u vragen via e-mail aan huisarts@menzis.nl.



5. Ten slotte

Met het zorginkoopbeleid Menzis POH-S 2011 geeft Menzis verder invulling aan de versterking van de eerste lijn. Om dit te stimuleren zijn er een aantal voorwaarden/ beperkingen in het beleid opgenomen. Wij zijn ons ervan bewust dat dit algemene beleid niet voor alle individuele situaties duidelijkheid geeft over de mogelijkheden.

Indien uw situatie beperkt afwijkt van de geschetste vereisten adviseren wij u om contact op te nemen met uw contractmanager. Samen kan worden onderzocht naar oplossingen of een overgangsafspraak binnen het kader van het zorginkoopbeleid.