



## Zorgovereenkomst Wijkverpleging 2019 plus

---

De ondergetekenden:

**A De Zorgverzekeraar:**

VGZ Zorgverzekeraar N.V.  
VGZ voor de Zorg N.V.  
IZA Zorgverzekeraar N.V.  
N.V. Zorgverzekeraar UMC  
N.V. Univé Zorg

Correspondentieadres:

VGZ  
Contractmanagement  
Postbus 445  
5600 AK EINDHOVEN

Verder aangeduid als  
'de Zorgverzekeraar'

En

**B De Zorgaanbieder:**

Naam instelling:  
AGB-code instelling:  
Adres:  
Postcode/Plaats:

KvK.nr.:  
IBAN:

Verder aangeduid als  
'de Zorgaanbieder';

Overwegende dat:

- de zorgverzekeraar in het kader van de in de Zorgverzekeringswet bedoelde wettelijke zorgplicht richting verzekerden is gehouden om in zorg in natura te voorzien door de inkoop van voldoende verantwoorde zorg;
- de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar zich ten doel stellen op een zinnige wijze te voorzien in deze behoefte aan zorg;
- de bij deze zorgovereenkomst behorende Aanbieder specifieke delen en addenda met daarin genoemde zorgkostenplafonds en tariefafspraken integrale onderdelen zijn van deze zorgovereenkomst;
- de Uniforme bepalingen Wijkverpleging ZN in zijn geheel zijn verwerkt in deze zorgovereenkomst en de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019;
- partijen per zorgsoort een zorgkostenplafond overeenkomen en dat alle zorg die de zorgaanbieder levert aan verzekerden van de zorgverzekeraar onder dat zorgkostenplafond valt;
- uitgangspunt is dat zorgaanbieder binnen het kader van deze zorgovereenkomst passende zorg biedt aan de verzekerden van de zorgverzekeraar en het zorgkostenplafond gespreid over het jaar inzet,



Komen overeen dat de contractuele relatie tussen partijen wordt beheerst door deze overeenkomst, bestaande uit:

- Algemeen deel (identiek voor Wijkverpleging, Eerstelijns Verblijf en Geriatrische Revalidatiezorg)
- Aanbieder specifiek deel Wijkverpleging
- Specifieke addenda indien van toepassing

Bijlagen:

- Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019  
Deze voorwaarden zijn meegestuurd met deze zorgovereenkomst en te raadplegen via: <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders>
- De inschrijving via Vecozo, indien en voor zover door de zorgverzekeraar geaccepteerd. De bepalingen in deze overeenkomst hebben voorrang boven bepalingen bij de inschrijving
- Inkoopbeleid Wijkverpleging 2019 / Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf en Geriatrische revalidatiezorg 2019 te raadplegen via <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders>
- Uniform declaratieprotocol Wijkverpleging en ELV, te raadplegen via <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders>
- Protocol Zorgbeëindiging te raadplegen via <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders>.

## Algemeen deel

### Artikel 1: Toepasselijkheid algemene voorwaarden

1. Op deze zorgovereenkomst zijn de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019 van toepassing. Deze voorwaarden zijn bij deze overeenkomst gevoegd.
2. Indien en voor zover de inhoud van de onderhavige zorgovereenkomst afwijkt van de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019, prevaleert deze zorgovereenkomst.
3. Eventueel door de zorgaanbieder gebruikte algemene voorwaarden zijn niet van toepassing op deze zorgovereenkomst.

### Artikel 2: Wlz en Wmo

1. De zorgaanbieder heeft beleid op het monitoren van de ontwikkeling van de zorgvraag van elke cliënt.
2. De zorgaanbieder monitort de zorgvraag van de cliënt cyclisch, stelt zo nodig de indicatie bij en heeft hierbij doorlopend aandacht voor een eventuele aanspraak vanuit een ander domein zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Wet langdurige zorg (Wlz). De zorgaanbieder gaat tijdig het gesprek aan met een cliënt indien te verwachten valt dat de zorgvraag zich ontwikkelt tot een vraag die voldoet aan de aanspraak Wlz. Indien de zorgvraag voldoet aan de aanspraak Wlz begeleidt de zorgaanbieder de verzekerde naar het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor de aanvraag van een indicatie voor langdurige zorg.
3. Indien een verzekerde op basis van toetsing door en indicatie van het CIZ voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria en daarmee recht heeft op zorg vanuit de Wlz, vervalt de aanspraak op zorg vanuit de Zorgverzekeringwet.
4. De zorgaanbieder respecteert de grenzen van de aanspraak en verwijst naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als deze op de verzekerde van toepassing is.

### Artikel 3: Zorgverlening

De zorgaanbieder:

1. levert zorg aan verzekerden van de zorgverzekeraar;
2. levert zorg voor zover de patiënt daar redelijkerwijs op is aangewezen. De inhoud en omvang van de zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken



- van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten;
3. is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van zijn beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen.
  4. levert zorg die voldoet aan de eisen en voorwaarden zoals gesteld in de vigerende beleidsregels en tariefbeschikkingen van de NZa;
  5. levert zorg zoals beschreven in het zorgplan dat is vastgelegd in het patiëntendossier. Een zorgplan is een dynamische set van afspraken van de verzekerde met de zorgverlener(s) over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, interventies en resultaten in relatie tot de behoeften en situatie van de verzekerde. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming met de cliënt tot stand;
  6. erkent samen met de zorgverzekeraar een doelmatigheidsplicht. Dat wil zeggen dat de zorgaanbieder zich bij de verlening van zorg mede laat leiden door overwegingen van doelmatigheid, waaronder deze overeenkomst in ieder geval een afweging van de kosten en baten van de zorg verstaat. De zorgaanbieder verleent geen zorg die leidt tot onnodige kosten;
  7. neemt met de ondertekening van deze overeenkomst de verantwoordelijkheid op zich voor de continuïteit van zorg en de afgesproken prestaties. Derhalve worden op voorhand geen cliënten geweigerd, bijvoorbeeld op basis van zorgzwaarte of regionale kenmerken;
  8. werkt in het geval van capaciteitsproblemen samen met de andere zorgorganisaties in zijn regio om ervoor te zorgen dat alle zorgvragers adequaat bediend worden met in achtneming van relevante wet- en regelgeving waaronder de Wet marktordening gezondheidszorg en de Mededingingswet. De organisatie waar een verzekerde zich meldt zoekt, indien de zorg niet door de eigen organisatie geleverd kan worden, een geschikte andere gecontracteerde aanbieder die de zorg gaat leveren. Dit in nauw overleg met de cliënt;
  9. maakt samen met de verzekerde afspraken over de start van zorg binnen 2 weken of binnen 24 uur na de zorgvraag indien dit uit medisch oogpunt noodzakelijk is en treft de nodige maatregelen om de toegangs- en wachttijden voor verzekerden tot een minimum te beperken;
  10. heeft een aantoonbare samenwerkingsrelatie met in elk geval het sociaal domein, de eerste lijn c.q. de huisarts en het ziekenhuis in de regio waarin de zorgaanbieder actief is;
  11. streeft ernaar dat bij elke cliënt zo weinig mogelijk verschillende zorgverleners worden ingezet;
  12. streeft ernaar om contacten met de familie of vertegenwoordiger van de verzekerde zoveel mogelijk via dezelfde contactpersoon van de zorgaanbieder te laten verlopen;
  13. indien een zorgaanbieder zorg in rekening brengt bij de zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, dient de zorgaanbieder die de zorg feitelijk zal verlenen te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.

#### Artikel 4: Continuïteit van de zorg

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg 7x24-uur.
2. De zorgaanbieder zal aan de zorgverzekeraar alle feiten en omstandigheden melden die wijzen op zowel financiële als inhoudelijke risico's voor continuïteit of kwaliteit van de door de zorgaanbieder te verlenen zorg zodra deze zich voordoen.
3. Partijen treden in overleg als de zorgverzekeraar vragen heeft over de realisatiecijfers van de zorgaanbieder of over de mate waarin de continuïteit of kwaliteit van de zorgverlening is



gewaarborgd. Na een eerste verzoek van de zorgverzekeraar om relevante informatie, verstrekt de zorgaanbieder die informatie.

Artikel 5: Vroegtijdige zorgbeëindiging (zie ook protocol zorgbeëindiging)

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het maken van afspraken met andere veldpartijen om vroegtijdig en proactief te kunnen handelen in geval van cliëntsituaties die mogelijk leiden tot zorgbeëindiging.
2. In geval van een voorgenomen beëindiging van zorg stelt de zorgaanbieder de verzekerde en afdeling Zorgadvies en –bemiddeling van de zorgverzekeraar ([zorgbemiddeling@vgz.nl](mailto:zorgbemiddeling@vgz.nl)) daarvan tijdig, schriftelijk en beargumenteerd op de hoogte, met inachtneming van de privacyregelgeving.
3. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de zorglevering aan de verzekerde totdat er een passende oplossing is gevonden en beëindigt de zorgverlening pas na melding en toestemming van de zorgverzekeraar. Beide partijen onthouden zich van het actief zoeken van publiciteit over voorgaande.

Artikel 6: Kwaliteitsmeting

1. Met de Bestuurlijke afspraken Kwaliteitsinformatie Wijkverpleging is een voor de sector geldend kwaliteitskader ontwikkeld. Hierin zijn indicatoren opgenomen voor het meten van klanttevredenheid. De zorgaanbieder hanteert dit kwaliteitskader.
2. De zorgaanbieder maakt de gemeten kwaliteitsgegevens openbaar door aanlevering aan het Zorginstituut Nederland.

Artikel 7: Informatievoorziening aan de zorgverzekeraar

1. Op verzoek van de zorgverzekeraar geeft de zorgaanbieder nader inzicht in de financiële vermogenspositie (inclusief solvabiliteit, rentabiliteit, liquiditeit) en bedrijfsvoering van de eigen onderneming, de in groepsverband verbonden ondernemingen en de door de zorgaanbieder gecontracteerde onderlinge dienstverlener(s).
2. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar vooraf schriftelijk over een voorgenomen verandering in de juridische structuur, in het bestuur of wanneer er sprake is van een voorgenomen fusie of overname of anderszins belangrijke wijziging die relevant kan zijn voor de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar behoudt zich bij fusies/overnames het recht voor om de overeenkomst te beëindigen.

Artikel 8: Zorgkostenplafond

1. Partijen komen een zorgkostenplafond overeen zoals vermeld in de aanbieder specifieke delen van deze overeenkomst. Dit zorgkostenplafond vormt het maximum van de som van de declaraties die de zorgverzekeraar in enig jaar aan de zorgaanbieder vergoedt voor de in dat jaar geleverde zorg



- onder deze overeenkomst. Het voorgaande geldt voor verzekerden met een natura-polis en verzekerden met een restitutie-polis.
2. De kosten die voor militairen en gedetineerden worden gedeclareerd, vallen niet onder het zorgkostenplafond en worden apart afgerekend.
  3. Bij het vaststellen of het maximum van het zorgkostenplafond is bereikt worden de kosten van zorg, verleend door een andere instelling dan die van de zorgaanbieder meegenomen, indien:
    - a. de activa, passiva, baten en lasten van de instelling worden opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening van de zorgaanbieder dan wel beide zijn opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening van een derde partij, en
    - b. de andere zorgaanbieder dan wel de derde partij met de zorgverzekeraar geen zorgkostenplafond is overeengekomen.
  4. Het is de zorgaanbieder niet toegestaan voor dezelfde zorg als waarvoor hij bij zorgverzekeraar is gecontracteerd bij een niet gecontracteerde aanbieder van deze zorg als onderaannemer op te treden.
  5. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar:
    - zodra 70% van het zorgkostenplafond - zoals per zorgsoort beschreven in het Aanbieder specifieke deel van deze overeenkomst - in het eerste half jaar is bereikt, en;
    - uiterlijk 1 september 2019 indien hij verwacht dat dat zorgkostenplafond zal worden overschreden. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder treden dan met elkaar in overleg over de maatregelen die nodig zijn om deze overschrijding te voorkomen of de gevolgen daarvan te beperken.
  6. Afspraken m.b.t. het zorgkostenplafond zijn gebaseerd op het aantal verzekerden op het moment van contracteren. Afhankelijk van de toe- of afname van het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar in de leeftijdscategorie van 71 jaar en ouder tussen het moment van contracteren en 31 januari 2019, heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid het zorgkostenplafond eenzijdig te herzien zonder dat hiervoor vooraf overeenstemming nodig is met de zorgaanbieder.
  7. De zorgverzekeraar neemt contact op met de zorgaanbieder om de prognose te bespreken als de zorgverzekeraar verwacht dat de realisatie van zorgkosten bij de zorgaanbieder in de loop van 2019 op jaarbasis meer dan 10% achterblijft bij het overeengekomen zorgkostenplafond. Indien nodig kan de zorgverzekeraar, nadat de zorgaanbieder is gehoord, het overeengekomen zorgkostenplafond tussentijds eenzijdig neerwaarts aanpassen.
  8. Als de declaraties het zorgkostenplafond overschrijden en betaling toch door de zorgverzekeraar is voldaan, doet de zorgverzekeraar een verzoek tot terugbetaling. Partijen komen overeen dat de zorgaanbieder het bedrag van de terugbetaling z.s.m. na het eerste verzoek terugbetaalt aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan de vordering ook verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder verschuldigd is. Verrekening is niet gebonden aan een termijn.
  9. Bij eventuele tussentijdse beëindiging van deze overeenkomst stelt de zorgverzekeraar het zorgkostenplafond naar tijdsevenredigheid nader vast. Hierbij wordt geen rekening gehouden met declaratiefluctuaties in tijd. Het zorgkostenplafond wordt vastgesteld aan de hand van het aantal maanden dat de overeenkomst geldig was.

#### Artikel 9: Declaratie

1. De zorgaanbieder declareert conform de uniforme declaratieparagraaf.
2. Declaraties kunnen alleen worden ingediend onder de AGB-code van de zorgaanbieder, zoals vermeld in deze zorgovereenkomst. Het is niet toegestaan onder een andere AGB-code ( verder ) te declareren.
3. Voor verleende zorg gelden de tarieven die zorgaanbieder en de zorgverzekeraar in deze overeenkomst en de eventueel bijbehorende addenda maken. Deze tarieven gelden voor alle bij de



zorgverzekeraar gedeclareerde kosten. Ook voor militairen en gedetineerden worden deze tarieven gehanteerd.

4. De zorgaanbieder declareert de op grond van deze overeenkomst verleende zorg uitsluitend bij de zorgverzekeraar.
5. Declaraties vinden alleen plaats op basis van daadwerkelijk geleverde zorg.
6. Als de zorgaanbieder een declaratie wil intrekken of wijzigen, dient deze daartoe een creditregel aan te leveren via Vecozo, conform de bepalingen van Vektis en de actuele declaratiestandaard.

#### Artikel 10: Niet-nakoming

1. Indien de zorgaanbieder tekortschiet in de nakoming van één of meer verplichtingen uit deze overeenkomst (en bijbehorende documenten), dan stelt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder in gebreke. Als nakoming van de betreffende verplichting blijvend onmogelijk is, is de zorgaanbieder onmiddellijk in verzuim.
2. De ingebrekestelling gebeurt schriftelijk, waarbij de zorgverzekeraar de zorgaanbieder een redelijk termijn gunt om alsnog de verplichtingen na te komen. Deze termijn heeft het karakter van een fatale termijn.
3. In geval van niet nakoming van de verplichtingen uit deze overeenkomst, behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor de overeenkomst te ontbinden, voor zover de zorgaanbieder in verzuim is.
4. Onverminderd het bepaalde in lid 3 heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om, indien vast is komen te staan dat de zorgaanbieder de afspraken in deze overeenkomst niet nakomt, maatregelen te nemen.
5. Onverminderd het bepaalde in de leden 3 en 4 is de zorgaanbieder indien deze toerekenbaar tekortschiet in het nakomen van één of meer verplichtingen uit deze overeenkomst, aansprakelijk voor vergoeding van de door de zorgverzekeraar, respectievelijk door verzekerden, geleden en te lijden schade. Van de zorgverzekeraar mag verwacht worden dat deze alles onderneemt wat van haar gevegd kan worden om de schade te beperken. Dit doet niet af aan de plicht van de zorgaanbieder om de zorg naar behoren uit te voeren.

#### Artikel 11: Duur en einde van deze overeenkomst

1. Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2019 en eindigt op 31 december 2019.
2. In geval van beëindiging van de overeenkomst of beëindiging van de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder, werkt de zorgaanbieder mee aan de continuïteit van de zorgverlening aan de verzekerden. De zorgaanbieder werkt mee aan een zorgvuldige overdracht van verzekerden aan een andere, gecontracteerde, zorgaanbieder naar keuze van verzekerde en doet dit in overleg en na akkoord van de zorgverzekeraar.



---

## Aanbieder specifiek deel Wijkverpleging 2019 plus

---

### Artikel 1. Prestatie

De zorgaanbieder levert wijkverpleging; verpleging en verzorging aan verzekerden van de zorgverzekeraar voor zover zij op deze zorg zijn aangewezen en zich tot de zorgaanbieder hebben gewend. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden als omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering zoals deze per 1 januari 2019 luidt.

### Artikel 2. Pluscontract

Dit plus contract wordt aangeboden op basis van de volgende parameters:

- De uitkomst van de doelmatigheidsbenchmark door de verzekeraar gemeten van 1 april 2017 t/m 31 maart 2018 gebaseerd op 3 indicatoren:
  1. gemiddeld aantal maanden wijkverpleging per cliënt (doorlooptijd);
  2. gemiddelde kosten van de geleverde wijkverpleging per cliënt per jaar;
  3. gemiddeld aantal uren wijkverpleging per cliënt per jaar.
- De inzet door de zorgaanbieder op structurele deskundigheidsbevordering.
- De inzet door de zorgaanbieder op vernieuwende technologie.
- NPS score zoals bekend bij het Zorginstituut
- De zorgaanbieder heeft naar aanleiding van de bovenstaande parameters voldoende punten behaald.
- De zorgverzekeraar zal elk jaar opnieuw bekijken of en voor welk contract de Zorgaanbieder in aanmerking komt.

Voorwaarden bij dit Pluscontract:

- Basis voor zorgkostenplafond 2019 is het gerealiseerde deel van het zorgkostenplafond 2018. Het gerealiseerd zorgkostenplafond 2018 betekent: indien de omzet hoger of gelijk is aan het overeengekomen zorgkostenplafond, is de basis het overeengekomen zorgkostenplafond 2018. Indien de omzet lager is, geldt als basis de gerealiseerde omzet van de zorgaanbieder;
- Dit Pluscontract voorziet in mogelijke groei. De eerste keer bij het vaststellen van het initiële plafond en de tweede keer gedurende het jaar, tot het maximum van de beschikbare middelen. Dit is afhankelijk van de groei in het aantal cliënten en de gemiddelde inzet van uren per cliënt;
- Indien door het in rekening brengen van prestaties de zorgaanbieder het zorgkostenplafond dreigt te overschrijden, blijft de zorgaanbieder verplicht om zorg aan verzekerden van zorgverzekeraar te verlenen. De zorgaanbieder geeft instroomgarantie ten aanzien van nieuwe cliënten en is verplicht om ook na het bereiken van het zorgkostenplafond de zorg te continueren (doorleverplicht) zowel aan nieuwe cliënten als aan cliënten die reeds in zorg zijn;
- Aanbidders met een Plus-contract kunnen experimenten op bekostiging afspreken (binnen het zorgkostenplafond van de individuele zorgaanbieder) in lijn met nieuwe bekostiging wijkverpleging.

### Artikel 3. Voorwaarden voor zorgverlening

De zorgaanbieder:

1. biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 1 van dit Aanbieder specifiek deel;
2. werkt volgens het normenkader van de V&VN en het kwaliteitskader wijkverpleging of palliatieve zorg;
3. houdt zich bij het leveren van gespecialiseerde verpleging in opdracht van een medisch specialist aan de meest recente landelijke factsheet "Wijzigingen in de verpleegkundige zorg thuis naar aanleiding van intrekken beleidsregel MSVT 2018";
4. staat garant voor levering van zorg in de postcodegebieden waarvoor de zorgaanbieder zich bij de inschrijving heeft opgegeven. Daarbij verwachten we van de zorgaanbieder een proactieve houding om eventuele knelpunten m.b.t. de zorglevering in deze gebieden inzichtelijk te hebben. De



zorgaanbieder verandert het overeengekomen werkgebied niet zonder instemming van de zorgverzekeraar. Het geldende postcodeformat wordt gebruikt voor ontsluiting van de informatie voor verzekerden op de website van de zorgverzekeraar. Deze informatie wordt tevens gebruikt voor zorgadvies en bemiddeling.

5. stelt de wijkverpleegkundige in staat wijkgerichte taken uit te voeren. Het beschikbare budget voor wijkgerichte taken is in het tarief verwerkt;
6. voldoet aan de voorwaarden voor de levering van specifieke vormen van zorg, zoals vermeld in het Inkoopbeleid Wijkverpleging 2018 en zoals door de aanbieder bevestigd in de inschrijving via Vecozo.

#### Artikel 4. \_\_\_\_\_ Zorgplan

1. De indicatie staat beschreven in het zorgplan dat in overleg met de cliënt is opgesteld door een bekwame en hiervoor bevoegde verpleegkundige niveau 5.
2. De verpleegkundige beoordeelt tot welke van de 7 doelgroepen een verzekerde behoort en legt dit vast in het zorgplan. Hierbij geldt dat de dominante doelgroep leidend is.
3. De verpleegkundige maakt met de verzekerde afspraken over het moment (tijdstip en dag) en de aard, omvang en inhoud (soort) van de geboden zorg, plus de plaats waar de zorg wordt geleverd. Deze afspraken staan vastgelegd in het zorgplan.
4. Het zorgplan voldoet aan de vigerende Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging van de V&VN.
5. Het zorgplan voldoet daarnaast aan de volgende proceseisen:
  - a. de verpleegkundige stelt op basis van de intake, voor aanvang van de zorg, samen met de verzekerde een zorgplan op. Dit plan is binnen 5 werkdagen na aanvang van de zorg volledig ingevuld;
  - b. een zorgplan wordt in overleg met de verzekerde opgesteld;
  - c. de verzekerde heeft altijd recht op inzage in het zorgplan;
  - d. het zorgplan is een dynamisch geheel; als de aard en/of de omvang van de te leveren zorg verandert ten opzichte van de afspraken in het zorgplan, dan past de zorgaanbieder het zorgplan in overleg met de verzekerde en/of diens vertegenwoordiger aan;
  - e. het zorgplan vraagt om evaluatie. Bij een structurele veranderende zorgvraag is dat binnen 2 weken na de verandering;
  - f. het zorgplan gaat uit van maximale totale realisatie; dat wil zeggen dat de in het plan genoemde zorg maximaal gemiddeld over de zorgperiode wordt verleend.
6. Indien van toepassing legt het zorgplan vast hoe nazorg, einde zorg en zorgoverdracht worden geregeld. Hieruit moet tenminste blijken op welke termijn deze afspraken worden gemaakt en welke afspraken er met de verzekerde zijn gemaakt, in het bijzonder bij ontslag uit zorg en bij verzekerden die niet of slechts gedeeltelijk in staat zijn tot het voeren van eigen regie. Ook bij overdracht van zorg maakt het zorgplan duidelijk of de zorgaanbieder of de verzekerde zelf de nazorg regelt.

#### Artikel 5. \_\_\_\_\_ Specifieke vormen van zorg

Uw organisatie wordt gecontracteerd voor de volgende vormen van zorg. U voldoet aan de eisen zoals gesteld in het inkoopplan en zoals door u aangegeven bij de inschrijving in Vecozo.





Vorm van zorg	Afgesloten	Prestatiecodes en tarief
<b>Generalistische wijkverpleging</b>	[placeholder]	Prestatiecodes en integraal tarief zie artikel 7
Palliatief terminale zorg (PTZ)	[placeholder]	
Casemanagement dementie	[placeholder]	
Onplanbare / oproepbare Zorg	[placeholder]	
Zorg voor kinderen met een intensieve zorgvraag	[placeholder]	
Gespecialiseerde verpleging	[placeholder]	
Farmaceutische telezorg en beeldschermcommunicatie	[placeholder]	

#### Artikel 6. Zorgkostenplafond 2019 en productieafpraak

Het zorgkostenplafond voor verpleging en verzorging 2019 is inclusief alle vormen van zorg zoals vermeld in artikel 5. Indien specifiek overeengekomen levert u gemiddeld het overeen gekomen aantal uur zorg per maand voor het overeengekomen aantal cliënten per maand.

<u>Zorgkostenplafond</u>	€	placeholder
<u>Cliënten / maand</u>	aantal	placeholder
<u>Uren zorg / maand</u>	aantal	placeholder

#### Artikel 7. Tarief 2019

De NZa beleidsregel "Experiment bekostiging verpleging en verzorging" biedt de ruimte om één integraal uurtarief overeen te komen. Partijen spreken deze experimentele prestatie wijkverpleging af waarbij ook de relevante bepalingen uit de vigerende beleidsregel "Verpleging en verzorging" van toepassing zijn.

De zorgaanbieder levert de informatie over de landelijk vastgestelde doelgroepen aan via de declaratiestandaard

#### **Prestaties en tarieven 2019**

Code	Te declareren onder de volgende doelgroepen:	Tarief per 5 minuten	Tarief per uur
1004	Gespecialiseerde verpleging	[placeholder]	[placeholder]
1008	Indicatiestelling en evaluatie voor PGB	[placeholder]	[placeholder]
1017	Persoonlijke verzorging beeldschermcommunicatie	[placeholder]	[placeholder]
1018	Verpleging beeldschermcommunicatie	[placeholder]	[placeholder]
1019	Persoonlijke verzorging farmaceutische telezorg	[placeholder]	[placeholder]
1032	Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en verpleegkundige-MTH zorg (op verzoek van huisarts/specialist)	[placeholder]	[placeholder]
1033	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden	[placeholder]	[placeholder]
1034	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	[placeholder]	[placeholder]
1035	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	[placeholder]	[placeholder]



1036	Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben	[placeholder]	[placeholder]
1037	Zorg aan terminale cliënten (palliatief terminale zorg)	[placeholder]	[placeholder]
1038	Intensieve kindzorg (medische kindzorg)	[placeholder]	[placeholder]

Let op : Het declareren van de zorg gaat in eenheden van 5 minuten

#### Artikel 8. Declaratie

1. Declaraties worden ingediend conform de uniforme declaratieparagraaf versie 1.0.
2. Het is niet mogelijk declaraties in te dienen voor prestaties waarvoor geen tarief is afgesproken.
3. Een geleverde prestatie mag voor een verzekerde slechts 1 maal per zorgperiode gedeclareerd worden. Een zorgperiode is een aaneengesloten aantal dagen waarop zorg is geleverd aan een verzekerde. Het is niet toegestaan om over een reeds gedeclareerde zorgperiode later losse dagen van zorglevering te declareren.
4. M.b.t. beeldzorg kan er naast de bekostiging van de directe zorgcontacttijd via de afgesproken prestatie ook een vergoeding worden gedeclareerd voor geïndiceerde zorg die op afstand wordt geleverd middels beeldschermcommunicatie. Dit betreft per cliënt maximaal 240 minuten per maand. De inzet van beeldzorg dient er tevens voor om doelmatiger zorg te kunnen leveren. Het dient er niet toe te leiden dat het gemiddeld aantal uren zorg hierdoor toeneemt.
5. M.b.t. farmaceutische telezorg kan er naast de bekostiging van de directe zorgcontacttijd via de afgesproken prestatie ook een vergoeding worden gedeclareerd voor de inzet van farmaceutische telezorg. Dit betreft per cliënt maximaal 150 minuten per maand. De inzet van farmaceutische telezorg dient er tevens voor om doelmatiger zorg te kunnen leveren, Het dient er niet toe te leiden dat het gemiddeld aantal uren zorg hierdoor toeneemt.

Aldus overeengekomen tussen partijen  
Opgemaakt te Eindhoven, d.d. [contractdatum]

Ondergetekende verklaart hierbij de zorgaanbieder rechtsgeldig te vertegenwoordigen.

De zorgverzekeraar

De zorgaanbieder

Hans / Annemieke  
Directeur / Manager  
Zorginkoop

Naam en Vecozo Certificaat nummer  
Datum en tijd