



Bijlage Specifieke bepalingen Zorgovereenkomst Wijkverpleging 2024 Standaard/Cliëntvolgend

Artikel 1: Zorgverlening

De zorgaanbieder

1. levert de zorg als bedoeld in artikel 2 (prestatie) van de zorgovereenkomst aan verzekerden van de zorgverzekeraar voor zover de verzekerde 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;
2. informeert de verzekerde voor aanvang van de zorg indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen of een gedeeltelijk recht op vergoeding heeft op grond van zijn zorgverzekering zoals gedefinieerd in de Zorgverzekeringswet of indien een voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is;
3. is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van zijn beroepsgroep;
4. levert zorg die voldoet aan de eisen en voorwaarden zoals gesteld in de vigerende beleidsregels, nadere regels en tarief- en prestatiebeschikkingen 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 zelfredzaamheid. 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 verzekerde tot stand;
6. laat zich bij de verlening van zorg mede 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 met behulp van hulpmiddelen en/of technologie doelmatiger geleverd kan worden. Ook streeft de zorgaanbieder er naar om zorg die aan cliënt of diens mantelzorger/netwerk aangeleerd kan worden, zo spoedig mogelijk af te schalen of te beëindigen nadat de cliënt of diens mantelzorger hiertoe zelf in staat is;
7. neemt met de ondertekening van deze overeenkomst de verantwoordelijkheid op zich voor de continuïteit van zorg en de overeengekomen prestaties. Derhalve worden op voorhand geen verzekerden 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 achtname van relevante wet- en regelgeving waaronder de Wet marktordening gezondheidszorg en de Mededingingswet. De zorgaanbieder 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. Indien dit niet lukt, dan kan worden verwezen naar de afdeling Zorgadvies- en bemiddeling van de zorgverzekeraar. Dit geschiedt in nauw overleg met de verzekerde;
9. maakt samen met de verzekerde afspraken over de start van zorg binnen 2 weken, of binnen 24 uur na vaststelling van 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. De zorgaanbieder heeft zicht op wachttijden en deelt dit indien gevraagd direct met de zorgverzekeraar;
10. kan aantonen dat er een samenwerkingsrelatie is met in ieder geval andere aanbieders van wijkverpleging, huisartsen, ziekenhuizen en andere professionals in de eerste lijn en tweede lijn binnen de gebieden waarin de zorgaanbieder actief is. Hierbij is minimaal afstemming over passende zorginzet voor de verzekerde;
11. zorgt bij elke cliënt voor een kleine stabiele groep betrokken zorgverleners;
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. dient, indien de zorgaanbieder zorg in rekening brengt bij de zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.
14. garandeert dat de indicatie wordt gesteld door een wijkverpleegkundige die verpleegkundig specialist (art. 14, wet BIG, hbo master) of niveau 6 verpleegkundige (art. 3, wet BIG, hbo-bachelor) is. In de indicatiestelling wordt een aantoonbare afweging gemaakt ten aanzien van versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en de inzet van mantelzorg e/o netwerk. De Indiciestelling vindt plaats op basis van het verpleegkundig proces en het vastleggen van de indicatie gebeurt op basis van een digitaal classificatiesysteem zoals OMAHA, RAI, NNN of gelijkwaardig;
15. het cyclisch proces is geborgd. Dit houdt in dat de indicierend wijkverpleegkundige betrokken is bij de uitvoering van het zorgplan;
16. heeft minimaal 1 FTE wijkverpleegkundige niveau 6 in loondienst;
17. garandeert dat zorg alleen wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of een verzorgende in de individuele gezondheidszorg. De inzet van anders gekwalificeerd personeel is uitsluitend toegestaan indien dat nadrukkelijk en onder aanvullende voorwaarden schriftelijk met de zorgverzekeraar overeengekomen is;
18. werkt volgens het normenkader en aanverwante notities wijkverpleging van de V&VN (en het kwaliteitskader wijkverpleging en/of palliatieve zorg);
19. staat garant voor levering van zorg in de postcodegebieden waarvoor de zorgaanbieder zich bij de inschrijving heeft opgegeven. Daarbij wordt een proactieve houding van de zorgaanbieder verwacht 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. Indien de zorgverzekeraar akkoord gaat met de wijziging, kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van het vastgestelde zorgkostenplafond en/of het vastgestelde tarief. Het geldende postcodeformat wordt gebruikt voor ontsluiting van de informatie voor verzekerden op de website van de zorgverzekeraar;
20. Kan aantonen voor het leveren van Palliatief Terminale Zorg (PTZ) dat hij is aangesloten bij een erkend Palliatief Netwerk in de regio;
21. stelt de wijkverpleegkundige in staat wijkgerichte taken uit te voeren. Het beschikbare budget voor wijkgerichte taken is in het tarief verwerkt;
22. voldoet aan de voorwaarden voor de levering van specifieke vormen van zorg, zoals vermeld in het Inkoopbeleid Wijkverpleging 2024 en zoals door de zorgaanbieder bevestigd in de inschrijving via Vecozo;
23. is aangesloten op de regionale organisatie voor de onplanbare nachtzorg en kan dit aantonen op verzoek van de zorgverzekeraar;
24. neemt deel aan het regionaal organiseren van een herkenbaar team in de wijk en kan dit aantonen op verzoek van de verzekeraar;
25. dient te voldoen aan de voorwaarden binnen de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Dit betekent onder meer dat de continuïteit van zorg geborgd dient te blijven;
26. meet de klanttevredenheid middels PREM en voert op basis daarvan actief verbeteringen door in het zorgplan, de behandeling en de bejegening;
27. Onder onderaannemers verstaat de zorgverzekeraar zowel organisaties die als onderaannemer werken alsmede inhuur van ZZP'ers en flex-medewerkers. Zorgaanbieder is jegens zorgverzekeraar zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van haar onderaannemers. Indien zij daarbij in gebreke blijft dan heeft de onderaannemer geen enkele rechtstreekse aanspraak op deze betaling bij de zorgverzekeraar;
28. Kan over een contractjaar gezien aantonen dat er niet meer dan maximaal 33% van de geleverde zorg door onderaannemers wordt geleverd.



Artikel 2. 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 6 of verpleegkundig specialist.
2. De verpleegkundige beoordeelt tot welke van de 7 ZN 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. Als de zorgverzekeraar e-health inzet (zoals bijvoorbeeld beeldschermcommunicatie, of farmaceutische telezorg), dan vermeldt de zorgaanbieder dit duidelijk in het zorgplan.
5. Het zorgplan voldoet aan de Richtlijn Verpleegkundige verslaglegging en overdracht van de V&VN (venvn.nl)
6. 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. Dit blijkt navolgbaar uit het zorgdossier.
 - 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. Aanpassingen van het zorgplan dienen navolgbaar te zijn.
 - 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.
7. 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 3: Anders Werken in de wijkverpleging (voor zover van toepassing)

Zorgaanbieder heeft in de inschrijving verklaard aan de door de zorgverzekeraar gestelde voorwaarden voor Anders werken in de zorg te voldoen. Hierbij maken partijen de maatwerkafspraken dat zorgaanbieder uitvoering mag geven aan 'Anders werken in de zorg' met inachtneming van de voorwaarden, zoals beschreven in de minimumeisen in het inkoopbeleid wijkverpleging 2024 en in de inschrijving via VECOZO die onderdeel is van de procedure voor de overeenkomst wijkverpleging 2024.

Artikel 4. Inzet Ander Zorgpersoneel (voor zover van toepassing)

De zorgaanbieder declareert alleen wijkverpleegkundige zorg die geleverd wordt door niveau 3 of hoger. In afwijking hierop zijn partijen overeengekomen dat zorgaanbieder ook 'ander zorgpersoneel' kan inzetten indien voldaan is aan de voorwaarden zoals vermeld in het inkoopbeleid wijkverpleging 2024 van zorgverzekeraar en de inschrijving die onderdeel is van de inkoopprocedure voor de overeenkomst wijkverpleging 2024. Onder ander zorgpersoneel verstaat zorgverzekeraar uitsluitend niveau 2/ helpenden of stagiaires en leerlingen minimaal in opleiding tot niveau 3 of hoger. Zorg die is verleend door personeel dat niet onder deze omschrijving valt en aan onderstaande voorwaarden van de verzekeraar voldoet, is niet declarabel.



Artikel 5: Type overeenkomst

Afhankelijk van het type overeenkomst is het volgende van toepassing:

Lid 1 Standaardovereenkomst

- Deze overeenkomst wordt aangeboden op basis van de uitkomst van de benchmark over 2022.
- De zorgverzekeraar maakt afspraken over (een verbetering van) de ureninzet per consumerend verzekerde van de zorgaanbieder als deze significant hoger ligt dan bij andere gecontracteerde zorgaanbieders. Als deze (verbeter)afpraak niet wordt gerealiseerd, dan kan de zorgverzekeraar besluiten om voor contractjaar 2025 geen overeenkomst te sluiten met de zorgaanbieder.
- Voor de standaardovereenkomst geldt dat zorgverzekeraar ervan uitgaat dat de zorgaanbieder eventuele groei van het aantal cliënten primair opvangt binnen het overeengekomen zorgkostenplafond.
- De zorgverzekeraar maakt geen afspraken met zorgaanbieder over bekostigingsexperimenten anders dan de integrale prestatie.

Lid 2 Cliëntvolgende overeenkomst

- Zorgverzekeraar hanteert binnen deze groep geen gedifferentieerde inkoop, maar een cliëntvolgend systeem. Gezien het beperkte aantal verzekerden bij zorgaanbieders met een cliëntvolgend contract is het niet in alle gevallen mogelijk om conclusies te verbinden aan de benchmark. Derhalve maken zorgaanbieders met een cliëntvolgende overeenkomst geen onderdeel uit van de benchmark.
- De zorgverzekeraar maakt afspraken over een verbetering van de ureninzet per consumerend verzekerde van de zorgaanbieder als deze significant hoger ligt dan bij andere gecontracteerde zorgaanbieders. Als deze verbeterafpraak niet wordt gerealiseerd, dan kan de zorgverzekeraar besluiten om voor contractjaar 2025 geen overeenkomst te sluiten met de zorgaanbieder.
- Het zorgkostenplafond bedraagt maximaal €250.000,- per jaar. Indien de omzet zich gedurende het jaar 2024 zo ontwikkelt dat deze hoger uit kan komen, dan neemt de zorgaanbieder contact op met de zorgverzekeraar en deze laatste beoordeelt of zij een standaardovereenkomst aan wil bieden. Indien dat het geval is dan zullen ook de voorwaarden die bij de standaardovereenkomst van toepassing zijn gelden.
- Zorgverzekeraar maakt geen afspraken met zorgaanbieder over bekostigingsexperimenten anders dan de integrale prestatie.

Artikel 6: Wlz en Wmo

1. 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 en legt dit navolgbaar vast in het zorgdossier. 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.
2. Indien een verzekerde op basis van de indicatiestelling van het CIZ voldoet aan de zorginhoudelijke toegangscriteria en daarmee recht heeft op zorg vanuit de Wlz, vervalt de aanspraak op zorg vanuit de Zorgverzekeringswet.

Artikel 7: Continuïteit van de zorg

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit en kwaliteit van de te leveren zorg. Dit betekent dat er 24 uur per dag beschikbaarheid van zorg moet zijn als de situatie van de cliënt daar om vraagt.



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 8: 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 conform het protocol:
<https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/wijkverpleging/overeenkomsten/zorgopschorting-of-zorgbeëindiging>
2. In geval van een voorgenomen vroegtijdige beëindiging van zorg stelt de zorgaanbieder de verzekerde en de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van de zorgverzekeraar (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 9: Kwaliteit

1. Voor de sector geldt het Kwaliteitskader Wijkverpleging zoals dat door organisaties van patiënten, beroepsgroep, brancheorganisaties en zorgverzekeraars is opgesteld. 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.
3. Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om na te gaan of de zorgaanbieder de zorgovereenkomst op een juiste en volledige wijze nakomt, onder andere maar niet uitsluitend ten aanzien van de kwalitatieve criteria die worden gesteld in de zorgovereenkomst. Wanneer blijkt dat de zorgaanbieder niet voldoet aan één of meer voorwaarden uit de zorgovereenkomst dan volgt hieruit een verbeterafpraak. Wanneer bij een herhaalcontrole blijkt dat de zorgaanbieder deze verbeterafpraak niet naleeft, kunnen hier (financiële) consequenties aan verbonden worden.

Artikel 10: Informatievoorziening aan de zorgverzekeraar

1. Op verzoek van de zorgverzekeraar geeft de zorgaanbieder nader inzicht in zijn 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, 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 11: Zorgkostenplafond

1. Partijen komen een zorgkostenplafond overeen zoals vermeld in 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 zorgkostenplafond heeft betrekking op alle verzekerden van



- zorgverzekeraar, ongeacht de soort verzekering. Partijen maken daarnaast ook afspraken op de inzet van het gemiddeld aantal uren per verzekerde per maand voor wat betreft de inzet van wijkverpleging. Deze afspraken geven het maximum aan wat gemiddeld per maand aan zorg mag worden gedeclareerd in 2024. Deze afspraken worden vastgelegd in de overeenkomst.
2. Na het bereiken van het zorgkostenplafond zal de zorgverzekeraar de declaraties waarmee het zorgkostenplafond wordt overschreden, niet vergoeden. De verplichting om de declaraties in te dienen na het bereiken van het zorgkostenplafond geldt onverminderd. Voor zover de zorgverzekeraar onverhoopt declaraties boven het zorgkostenplafond uitbetaalt is dit onverschuldigd en zal het te veel betaalde bedrag door de zorgverzekeraar worden teruggevorderd.
 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 de zorgverzekeraar is gecontracteerd bij een niet gecontracteerde aanbieder van deze zorg als onderaannemer op te treden of deze zorg te leveren in PGB.
 5. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar indien het zorgkostenplafond overschreden gaat worden.
 - Met een verzoek tot ophoging meldt de zorgaanbieder zich bij de zorgverzekeraar bij het bereiken van 70% van het zorgkostenplafond. De zorgaanbieder levert daarbij de volgende gegevens aan, te weten: aantal cliënten in zorg, gemiddeld aantal uren per cliënt per maand en de prognose van de te verwachten productie voor 2024.
 - Zorgverzekeraar beoordeelt of er nog aanvullende informatie nodig is van de zorgaanbieder om een besluit te nemen over een eventuele ophoging van het zorgkostenplafond. Wanneer de informatie compleet is, ontvangt de zorgaanbieder hierover bericht en volgt binnen 3 weken uitsluitel over het al dan niet ophogen van het zorgkostenplafond. Zonder expliciete schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar kan de zorgaanbieder niet uitgaan van een plafondophoging en blijft het afgesproken zorgkostenplafond ongewijzigd.
 - Indien de zorgverzekeraar het zorgkostenplafond niet ophoogt, dan hoeft de zorgaanbieder geen nieuwe cliënten meer in zorg te nemen. Zorgaanbieder maakt hiervan op neutrale wijze melding op haar website.
 - Zorgaanbieder verwijst nieuwe cliënten die niet in zorg kunnen worden genomen in eerste instantie door naar andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Indien de zorgvraag van de cliënt daarmee niet op te lossen is, verwijst de zorgaanbieder deze cliënten door naar de afdeling Zorgadvies & Bemiddeling van de zorgverzekeraar.
 - Er geldt in het geval van overschrijding van het zorgkostenplafond een doorleverplicht voor alle cliënten die reeds in zorg zijn zonder dat de zorgverzekeraar daarvoor een vergoeding verschuldigd is.
 6. Afspraken m.b.t het zorgkostenplafond zijn o.a. 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 2024, heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid het zorgkostenplafond eenzijdig te herzien zonder dat hiervoor voorafgaande 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 2024 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. De zorgverzekeraar doet een verzoek tot terugbetaling indien er sprake is van:
 - a. Onverschuldigd betaalde bedragen door zorgverzekeraar aan zorgaanbieder.



- b. Overschrijding van de overeengekomen ureninzet afspraak op het gemiddeld aantal uren per cliënt per maand voor wijkverpleging. Voor het berekenen van de ureninzet per cliënt per maand gaat de zorgverzekeraar uit van het maandelijkse aantal uren en unieke cliënten. Hierbij wordt uitgegaan van de declaratiedata van de zorgverzekeraar. Het aantal gedeclareerde uren per maand wordt gedeeld door het aantal unieke cliënten per maand. Vervolgens wordt het gemiddelde van alle maanden samen berekend.

Partijen komen overeen dat de zorgaanbieder het onverschuldigd betaalde c.q. de overschrijding als bedoeld in sub a en/of sub b zo spoedig mogelijk 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.

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 12: Declaratie

1. De Zorgaanbieder declareert conform de vigerende uniforme declaratieparagraaf zoals gepubliceerd op onze website www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders
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 de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar in deze overeenkomst en de eventueel bijbehorende addenda overeenkomen. Deze tarieven gelden voor alle bij de zorgverzekeraar gedeclareerde kosten.
4. De zorgaanbieder declareert de op grond van deze overeenkomst verleende zorg uitsluitend bij de zorgverzekeraar.
5. Declaraties vinden alleen plaats op basis van feitelijk 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 13. Controles

In aanvulling op het bepaalde in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2024-2025 geldt dat de zorgverzekeraar een maximale termijn van 2 jaar (t – [2] in schadejaren) hanteert om de materiële controle op te starten, mits de zorgaanbieder zich houdt aan de afgesproken declaratieafspraken zoals overeengekomen in de Uniforme declaratieparagraaf behorende bij voornoemd artikel 12, waaronder de termijn van indiening van declaraties. Deze beperking van de controletermijn geldt niet indien en voor zover de resultaten uit de jaren welke gecontroleerd zijn, dan wel andere signalen van welke aard dan ook, waaronder maar niet uitsluitend (een vermoeden van) fraude, aanleiding geven om ook eerdere jaren alsnog te controleren. Dit is ter beoordeling aan de zorgverzekeraar.

Artikel 14: 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 15: UBO (Ultimate Beneficial Owner)

1. De overeenkomst wordt gesloten onder de opschortende voorwaarden dat de zorgverzekeraar bekend is met de UBO('s) van de zorgaanbieder en de betreffende UBO('s) niet onder een wettelijke sanctieregeling valt. Een UBO is een belanghebbende, natuurlijk persoon, die direct of indirect voor meer dan 25% economisch- of eigendomsbelang heeft in (het vermogen van) de organisatie, dan wel degene die voor meer dan 25% zeggenschap uitoefent.
2. Indien de UBO('s) van de zorgaanbieder gedurende de looptijd van deze overeenkomst wijzigt, is de zorgaanbieder verplicht dit vooraf te melden aan de zorgverzekeraar. De melding dient zodanig tijdig te geschieden dat de zorgverzekeraar in staat is het onderzoek, als bedoeld in lid 1 en 2, voorafgaand aan de wijziging af te ronden.