



Zorgovereenkomst Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen (GZSP) - Zorg zoals artsen verstandelijk gehandicapten bieden (AVG) - 2021

De ondergetekenden:

A De Zorgverzekeraar:

VGZ Zorgverzekeraar 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:
Adres:
Postcode/Plaats:
AGB-code instelling:
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;
- 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, Eerstelijnsverblijf, Geriatrische revalidatiezorg en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen)
- Aanbieder specifiek deel Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen

Bijlagen:

- Algemene Voorwaarden Zorginkoop 2020-2021
Deze voorwaarden zijn meegestuurd met deze zorgovereenkomst en te raadplegen via: <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders>
- Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische revalidatiezorg en Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen 2021, te raadplegen via <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders>
- Protocol Zorgbeëindiging te raadplegen via <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders>.

CONCEPT

Algemeen deel



Artikel 1: Toepasselijkheid algemene voorwaarden

1. Op deze zorgovereenkomst zijn de Algemene Voorwaarden Zorginkoop 2020-2021 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 2020-2021, 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 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 toetsing door een 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 Zorgverzekeringswet.

Artikel 3: Zorgverlening

De zorgaanbieder

1. levert zorg aan verzekerden van de zorgverzekeraar en 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;
2. is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van zijn beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen;
3. levert zorg die voldoet aan de eisen en voorwaarden zoals gesteld in de vigerende beleidsregels, nadere regels en tarief- en prestatiebeschikkingen van de NZa;
4. 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;
5. 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;
6. 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 cliënten geweigerd, bijvoorbeeld op basis van zorgzwaarte of regionale kenmerken;
7. 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. Indien dit niet lukt, dan kan worden verwezen naar de afdeling Zorgadvies- en bemiddeling van zorgverzekeraar. Dit geschiedt in nauw overleg met de cliënt;
8. 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 kan indien gevraagd dit delen met de zorgverzekeraar;



9. 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;
10. zorgt bij elke cliënt voor een kleine stabiele groep betrokken zorgverleners;
11. streeft ernaar om contacten met de familie of vertegenwoordiger van de verzekerde zoveel mogelijk via dezelfde contactpersoon van de zorgaanbieder te laten verlopen;
12. 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.

Artikel 4: 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 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 de afdeling Zorgadvies en bemiddeling van de zorgverzekeraar (zorgbemiddeling@vgz.nl) daarvan tijdig, schriftelijk en beargumenteerd op de hoogte, met inachtneming van de privacyregelgeving, zoals gepubliceerd op de website van zorgverzekeraar
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. 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.

Artikel 7: 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 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. Partijen maken daarnaast ook afspraken op de inzet van het gemiddeld aantal uren per verzekerde per maand voor wat betreft de inzet van wijkverpleging of het gemiddelde aantal verblijfsdagen per verzekerde voor wat betreft het eerstelijns verblijf. Deze afspraken geven het maximum aan wat gemiddeld aan zorg mag worden gedeclareerd in 2021. Deze afspraken worden vastgelegd in het specifieke deel van de overeenkomst.
2. Voor zover een declaratie waarmee het zorgkostenplafond zou worden overschreden, wordt voldaan, is deze betaling onverschuldigd.
 3. De kosten die voor militairen en gedetineerden worden gedeclareerd, vallen niet onder het zorgkostenplafond en worden apart afgerekend.
 4. 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.
 5. 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 of deze zorg te leveren in PGB.
 6. 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 2021 indien hij verwacht dat het 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.
 7. 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 2021, heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid het zorgkostenplafond eenzijdig te herzien zonder dat hiervoor voorafgaande overeenstemming nodig is met de zorgaanbieder.
 8. 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 2021 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.
 9. De zorgverzekeraar doet een verzoek tot terugbetaling indien er sprake is van:
 - a. Overschrijding van het overeengekomen zorgkostenplafond.
 - b. Overschrijding van de doelmatigheidsafpraak op het gemiddeld aantal uren per cliënt per maand voor wijkverpleging.
 - c. Overschrijding van de doelmatigheidsafpraak op het gemiddeld aantal verblijfsdagen per cliënt voor eerstelijns verblijf.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.
 10. 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 overeenkomen. 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 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 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 geveerd 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 2021 en eindigt op 31 december 2021.
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 naar een andere, gecontracteerde, zorgaanbieder naar keuze van verzekerde en doet dit in overleg en na akkoord van de zorgverzekeraar.

Artikel 12: UBO (Ultimate Beneficial Owner)

1. De overeenkomst wordt gesloten onder de opschortende voorwaarden dat 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. Zorgverzekeraar doet zelf onderzoek naar de UBO van Zorgaanbieder. Mocht Zorgverzekeraar de UBO niet zelf kunnen vaststellen dan verplicht Zorgaanbieder zich mee te werken aan het verstrekken van deze UBO.



3. Indien de UBO('s) van de Zorgaanbieder gedurende de looptijd van deze overeenkomst wijzigt, is de Zorgaanbieder verplicht dit vooraf te melden aan 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.
4. Onverminderd de geldigheid van deze overeenkomst betaalt Zorgverzekeraar nooit aan een Zorgaanbieder, waarvan de UBO niet bekend wordt gemaakt door de zorgaanbieder of de UBO onder een wettelijke sanctieregeling valt.

CONCEPT

**Aanbieder specifiek deel Geneeskundige Zorg voor Specifieke
Patiëntgroepen - Zorg zoals Artsen Verstandelijk Gehandicapten bieden
(AVG) - 2021**

Artikel 1. Definities



3. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen: generalistische geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de eerstelijns bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).
4. Dagdeel: een dagdeel is een periode van minimaal 2 aaneengesloten uren aanwezigheid van de patiënt met een maximum van vier aaneengesloten uren.
5. Directe tijd: tijd waarin de zorgaanbieder in direct contact staat met de patiënt, of diens vertegenwoordiger zoals omschreven in artikel 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO).
6. Regiebehandelaar: functionaris die verantwoordelijk is voor het opstellen van het zorg- en behandelplan en voor het in multidisciplinair verband uitvoeren van het zorg- en behandelplan.
7. Reïstoeslag zorgverlener: onder reïstoeslag zorgverlener wordt verstaan de reïskosten van een zorgverlener die zorg levert aan een patiënt op een ander adres dan de locatie van de zorgverlener.

Artikel 2. Prestatie

1. De zorgaanbieder verleent zorg zoals artsen verstandelijk gehandicapten bieden als omschreven in de vigerende NZa beleidsregel "geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen".
2. De zorg omvat de volgende zorgverlening:
 - gericht overleg met de behandelend arts (de huisarts van de patiënt of de hoofdbehandelaar van de patiënt, zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg);
 - consulten gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de huisarts, dan wel hoofdbehandelaar zoals omschreven in de Regeling medisch specialistische zorg. Het gaat om contact met de patiënt zelf dan wel de vertegenwoordiger zoals omschreven in artikel 465 van de WGBO;
 - diagnostiek na verwijzing bestaande uit (multidisciplinair) onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk zorg- en behandelplan een patiënt nodig heeft;
 - uitvoering van en regie op het behandelplan, waarbij naast de eigen inzet ook meerdere disciplines met kennis van specifieke patiënt(groepen) kunnen worden aangestuurd om het behandeldoel te bereiken.

Artikel 3. Voorwaarden voor zorgverlening

1. De zorgaanbieder biedt aantoonbaar een zorgaanbod dat valt onder de aanspraak zoals genoemd in artikel 2 van dit Aanbieder specifiek deel.
2. De regiebehandelaar stelt een individueel behandelplan op voor de patiënt. Deze voorwaarde geldt niet indien de zorgverlening aan de patiënt alleen gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt betreft.
3. Bij een consult zonder direct fysiek face-to-face-contact met de patiënt, anders dan het gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt, moet voldaan worden aan de voorwaarden als opgenomen in de KNMG-richtlijn online arts-patiënt contact van september 2007.
4. Diagnostiek na verwijzing en de uitvoering van en regie op het behandelplan kan alleen in rekening worden gebracht voor zover sprake is van directe tijd met de patiënt zelf dan wel de vertegenwoordiger zoals omschreven in art. 465 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst.
5. Contact met andere zorgaanbieders en intercollegiaal/ multidisciplinair overleg anders dan gericht overleg met de behandelend arts van de patiënt kan niet apart in rekening worden gebracht, ook niet als de patiënt hierbij aanwezig is.
6. De reïstoeslag zorgverlener kan alleen worden gedeclareerd in combinatie met de prestatie Zorg zoals arts verstandelijk gehandicapten bieden,.
7. De reïstoeslag zorgverlener geldt per bezoek per patiënt.
8. De zorgaanbieder voldoet aan de inkoopvoorschriften aanbieders Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen AVG zoals vermeld in het Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf, Geriatrische Revalidatiezorg en Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen 2021.
9. De zorgaanbieder verleent zorg slechts na verwijzing van de huisarts. De zorgaanbieder neemt deze verwijzing op in het patiëntendossier.



Artikel 4. Tarieven en declaraties

1. Voor de door zorgaanbieder verleende zorg gelden onderstaande tarieven. Deze tarieven gelden voor alle bij de zorgverzekeraar gedeclareerde kosten.

Prestaties	Code	Tarief	Declaratie-eenheid
Zorg zoals artsen verstandelijk gehandicapten bieden	1001	€	Per 5 minuten
Reistoelage zorgverlener	1002	€	Per bezoek per patiënt

Artikel 5. Zorgkostenplafond

Uw zorgkostenplafond GZSP 2021 bedraagt: €

Het zorgkostenplafond voor GZSP AVG is niet uitwisselbaar met andere zorgkostenplafonds GZSP of het zorgkostenplafond ELV of GRZ.

Aldus overeengekomen tussen partijen
Opgemaakt te Eindhoven, d.d. datum en tijdstempel

Ondergetekende verklaart hierbij de zorgaanbieder rechtsgeldig te vertegenwoordigen.

De zorgverzekeraar De zorgaanbieder

Annemieke van Hees (naam en VEZOZO certificaatnummer)
Manager Zorginkoop Integrale Zorg Overeenkomst Opgesteld op: