

ZORGOVEREENKOMST VERPLEGING EN VERZORGING 2017

Partijen:

De zorgverzekeraars, genoemd in bijlage 1, vertegenwoordigd door Multizorg VRZ B.V., statutair gevestigd te Utrecht en kantoorhoudende te (3584 BL) Utrecht aan de Euclideslaan 1, hierna te noemen: de zorgverzekeraars;

[**naam (rechts)persoon**], gevestigd te [plaats], hierna te noemen: de zorgaanbieder, van wie de verdere gegevens als volgt luiden:

AGB-code :

Naam :

Overwegende:

- dat partijen behoefte hebben afspraken te maken over de wijze waarop en de voorwaarden waaronder de zorgaanbieder verpleging en verzorging levert aan de verzekerden van de zorgverzekeraars;
- dat partijen de mogelijkheid willen gebruiken om af te wijken van de reguliere bekostiging van verpleging en verzorging en een vast bedrag per uur af te spreken conform beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging BR/REG-17118, met inachtneming van de relevante bepalingen uit de beleidsregel voor Verpleging en Verzorging BR/REG-17113.

komen het volgende overeen:

Artikel 1 – Inhoud van de overeenkomst

1. Op deze zorgovereenkomst zijn de Algemene Inkoopvoorwaarden Multizorg VRZ van toepassing. De zorgaanbieder verklaart een exemplaar van deze voorwaarden te hebben ontvangen en daarvan te hebben kennisgenomen. Bij eventuele onduidelijkheden of tegenstrijdigheden tussen de Algemene Inkoopvoorwaarden en de zorgovereenkomst prevaleert de zorgovereenkomst boven de Algemene Inkoopvoorwaarden.
2. Daarnaast maken de volgende bijlagen deel uit van deze zorgovereenkomst:
 - Bijlage 1: Zorgverzekeraars 2017 – verpleging en verzorging
 - Bijlage 2: Prestaties en tarieven 2017
 - Doelmatigheidsafspraken

Artikel 2 – Zorg

1. De zorgaanbieder verleent aan de verzekerden van de zorgverzekeraars verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van lid 1 wordt onder deze zorg niet verstaan:
 - a. verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - sprake is van behoefte aan permanent toezicht;
 - of vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen;
 - b. Medisch Specialistische Verpleging in de Thuisituatie zoals omschreven in beleidsregel BR/REG-17117 en opvolgende, toepasselijke beleidsregels.

Artikel 3 – Toegang

1. De zorgaanbieder levert zorg nadat de bepaling van de zorgbehoefte door een BIG-geregistreerd verpleegkundige op deskundigheidsniveau 5 heeft plaatsgevonden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het normenkader van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).
2. De zorgverlening vindt plaats met een maximale wachttijd voor de verzekerde van drie werkdagen tussen aanvraag en start zorgverlening. Daar waar noodzakelijk start de zorg binnen 24 uur, dit ter beoordeling van de zorgaanbieder.
3. Binnen een week na de start van de zorg is er een zorgplan opgesteld waarover tussen zorgaanbieder en verzekerde en/of diens omgeving overeenstemming is en dat door beide partijen ondertekend is. De zorgaanbieder past in overleg met de verzekerde het zorgplan aan indien daar aanleiding toe is. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn 'Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging' van de V&VN.
4. De zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate verwijzing naar Wet Maatschappelijke Ondersteuning en Wet Langdurige Zorg van cliënten die niet onder de aanspraak verpleging en verzorging vallen.

Artikel 4 – Kwaliteit

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverlening ten minste voldoet aan de standaard die binnen de kring der beroepsgenoten algemeen aanvaard is.
2. De zorgaanbieder staat op de datum van de ondertekening van deze zorgovereenkomst voor wat betreft het onderdeel wijkverpleging niet onder verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
3. Indien de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst onder verscherpt toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg komt te staan zullen partijen in overleg treden over een verbeterplan waarmee de geconstateerde kwaliteitsproblemen zullen worden opgelost.
4. De zorgaanbieder werkt met een verpleegkundig classificatiesysteem zoals OMAHA of NANDA, NIC, NOC, ICIDH, RAI of een vergelijkbaar systeem met als doel inzet, inhoud en resultaat van zorg te ordenen en te standaardiseren.
5. De zorgaanbieder draagt zorg voor een duidelijke informatievoorziening via de eigen website. Minimaal wordt actuele informatie opgenomen over:
 - de bereikbaarheid van de zorgaanbieder;
 - de toegang tot de zorg via zorgbehoeftebepaling door de wijkverpleegkundige;
 - de vergoeding van de zorg;
 - het werkgebied van de aanbieder.
6. De zorgaanbieder heeft in de periode 2013 - 2016 een CQi-onderzoek of ander klanttevredenheidsonderzoek gehouden en heeft in overleg met de cliëntenraad verbeterpunten voortkomende uit het onderzoek aantoonbaar en actief ter hand genomen. De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2017 valt onder verpleging en verzorging.
7. De zorgaanbieder heeft op peildatum 1 januari 2017 de uitkomsten van het klanttevredenheidsonderzoek op haar website gepubliceerd. De voorgaande zin is niet van toepassing als de zorgaanbieder niet gedurende de gehele voornoemde periode zorg verleende die per 2017 valt onder verpleging en verzorging.
8. De zorgaanbieder heeft gedurende de hele looptijd van de zorgovereenkomst voldoende BIG geregistreerde verpleegkundigen op deskundigheidsniveau 5 in dienst om de zorgbehoeftebepaling te kunnen uitvoeren en de zorg te kunnen coördineren.

9. De zorgaanbieder zet voor het leveren van de zorg de minimaal vereiste deskundigheidsniveaus in conform de richtlijnen die getoetst worden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
10. De zorgaanbieder heeft de richtlijn 'Veilige principes in de medicatieketen' in haar organisatie geïmplementeerd.
11. De zorgaanbieder werkt zichtbaar en actief met de risicosignalering zorgproblemen zijnde huidletsel, voedingstoestand, incontinentie, valpreventie, depressie en medicatiegebruik zich uitende in, waar relevant, ingevulde risicoanalyses en de opvolging daarvan in het dossier van de verzekerde.
12. De zorgaanbieder spant zich maximaal in het aantal in te zetten medewerkers bij één verzekerde zoveel mogelijk te verminderen en hanteert als uitgangspunt dat de planning hierin niet leidend is en dat zoveel mogelijk vanuit de wens van de verzekerde wordt gewerkt.
13. De zorgaanbieder gaat samenwerking aan met andere relevante partijen ten behoeve van het realiseren van een sluitend zorgaanbod. De zorgaanbieder participeert daartoe actief in het sociale netwerk in haar werkgebied.

Artikel 5 – Voorwaarden voor het leveren van palliatief-terminale zorg

1. Palliatief-terminale zorg is zorg aan verzekerden met een infauste prognose waarvan een arts heeft vastgesteld dat de levensverwachting minder dan drie maanden bedraagt.
2. De zorgaanbieder is voor palliatief-terminale zorg 24 uur per dag 7 dagen in de week beschikbaar.
3. De zorgaanbieder heeft hiertoe een goede bereikbaarheid en adequate achterwachtregeling georganiseerd.
4. De zorgaanbieder maakt optimaal gebruik van de inzet van informele zorg bijvoorbeeld via inzet van Vrijwilligers Terminale Thuiszorg.
5. De zorgaanbieder maakt optimaal gebruik van consultatievoorzieningen.
6. De zorgaanbieder levert gemiddeld maximaal 12,6 uur zorg per dag per verzekerde over een periode van maximaal drie maanden.
7. Indien er langer dan drie maanden palliatief-terminale zorg nodig blijkt te zijn, vindt overleg plaats tussen zorgaanbieder en betrokken zorgverzekeraar, mits verzekerde hiervoor toestemming gegeven heeft.

Artikel 6 – Voorwaarden voor het leveren van oproepbare zorg

1. De zorgaanbieder is 24 uur per dag telefonisch bereikbaar.
2. De zorgaanbieder is 24 uur per dag beschikbaar op afroep en heeft hiertoe medewerkers beschikbaar die 24 uur per dag inzetbaar zijn.
3. De zorgaanbieder is na een oproep binnen een redelijke termijn ter plaatse.
4. De zorgaanbieder kan bij oproepbare zorg zowel verzorging als verpleging leveren.

Artikel 7 - Voorwaarden voor het leveren van casemanagement dementie

1. De zorgaanbieder neemt deel aan een regionaal netwerk bestaande uit ten minste: een organisatie die wijkverpleging levert, een organisatie die intramurale WLZ zorg levert, een organisatie die Geestelijke Gezondheidszorg levert, een huisartsenvoorziening, een ziekenhuis en/of geheugenpoli, gemeenten, een welzijnsorganisatie, een vertegenwoordiger van Alzheimer Nederland.

2. De deelname van de diverse actoren is vastgelegd in een convenant, dat op verzoek van de zorgverzekeraars kan worden overlegd. Het regionale netwerk beschikt over een regionaal actieplan dat voor 2017 en verder de basis vormt voor de regionale samenhang en verdere ontwikkeling van Netwerkgorg dementie. In dit actieplan staan ten minste de volgende zaken beschreven:
 - Een analyse en beschrijving van het huidige zorgaanbod in de regio voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, ongeacht de financieringsbron (WMO, Zvw, Wlz).
 - De wijze waarop het netwerk werkt aan de implementatie van de Zorgstandaard Dementie. De volgende onderwerpen dienen daarbij naar voren te komen: vroegsignalering, diagnostiek en behandeling, casemanagement, informele zorg, mantelzorgondersteuning, de sociale kaart, een centraal meldpunt/registratie.
3. Alzheimer Nederland dient akkoord te zijn met de inhoud van het regionale actieplan en de acties die hieruit voortvloeien. Dit akkoord is bekrachtigd met een schriftelijke akkoordverklaring, welke als bijlage bij het regionale actieplan is gevoegd. De zorgaanbieder dient het actieplan te allen tijde aan de zorgverzekeraar te kunnen overleggen.

Artikel 8 – Gepast gebruik en doelmatigheid

1. De zorgaanbieder is op de hoogte van de taakstellingen uit het 'Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging 2014-2017' dat mede ondertekend is door Actiz en BTN.
2. De zorgaanbieder spant zich tot het uiterste in de afgesproken taakstellingen mede te helpen realiseren.
3. De nadere afspraken over doelmatigheid zijn opgenomen in bijlage 2.

Artikel 9 – Onderlinge dienstverlening

1. Afspraken over onderlinge dienstverlening zijn vastgelegd in een schriftelijke overeenkomst tussen de opdrachtgevende zorgaanbieder en de uitvoerende zorgaanbieder.
2. De opdrachtgevende zorgaanbieder en de uitvoerende zorgaanbieder verrekenen de onderlinge dienstverlening met elkaar zonder tussenkomst van de zorgverzekeraars.
3. De opdrachtgevende zorgaanbieder blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg.
4. De opdrachtgevende zorgaanbieder legt de verplichtingen voortvloeiend uit de onderhavige zorgovereenkomst onverminderd op aan de uitvoerende zorgaanbieder.

Artikel 10 – Prestaties, tarieven en declaraties

1. De zorgverzekeraars vergoeden alleen de prestaties die zijn overeengekomen en vastgelegd in bijlage 2.
2. Van toepassing zijn de tarieven vermeld in bijlage 2.
3. Met inachtneming van artikel 3 lid 3 draagt de zorgaanbieder zorg voor een actueel zorgplan en declareert uitsluitend geleverde zorg.
4. Aan de AGB-code van de zorgaanbieder is minimaal een AGB-code van een beroepsbeoefenaar (HBO en/of MBO-verpleegkundige en/of HBO-verpleegkundige, verzorgende niveau 3) gekoppeld.
5. In afwijking van de Algemene Inkoopvoorwaarden artikel 8 lid 5 levert de zorgaanbieder minimaal één maal per maand en maximaal wekelijks de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan.

Artikel 11 – Werkgebied en leveringsplicht

1. De postcodewerkgebieden zoals ingevuld door de zorgaanbieder in de vragenlijst Verpleging en Verzorging 2017 van Multizorg VRZ worden aangemerkt als het werkgebied van de zorgaanbieder.
2. De zorgaanbieder levert zorg aan alle verzekerden die zich tot haar wenden, ongeacht de aard en omvang van de zorgvraag en voor zover de verzekerde woonachtig is in het werkgebied van de zorgaanbieder.

Artikel 12 – Duur en einde van de overeenkomst

De overeenkomst is van kracht vanaf 1 januari 2017 en eindigt op 31 december 2017.

Aldus opgemaakt te Utrecht, <datum>

namens de zorgverzekeraars,
Multizorg VRZ B.V.,

namens de zorgaanbieder,

A.H.W. Crommelin
Directeur

Naam:
Functie:

VOORBEELD

BIJLAGE 1 ZORGVERZEKERAARS 2017 – VERPLEGING EN VERZORGINGZorgverzekeraars met bijbehorende labels:

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.
gevestigd te Houten

- ONVZ Zorgverzekeraar (Uzovi-code 3343)
- VvAA zorgverzekering (Uzovi-code 3343)
- PNOzorg (Uzovi-code 3343)

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.
gevestigd te Utrecht

- De Amersfoortse Verzekeringen (Uzovi-code 9018)
- Ditzo Zorgverzekering (Uzovi-code 3336)

Eno Zorgverzekeraar N.V. en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.
gevestigd te Deventer

- Salland Zorgverzekeringen (Uzovi-code 7032)
- HollandZorg (Uzovi-code 7032)
- ZorgDirect (Uzovi-code 7032)

O.W.M. Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A.
gevestigd te Leiden

- Zorg en Zekerheid Zorgverzekeraar (Uzovi-code 7085)

Volmachten:

Aevitae B.V.
gevestigd te Heerlen

- Aevitae (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 3328)

Caresco B.V.
gevestigd te Amersfoort

- Caresco (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 8959)

IAK Volmacht B.V.
gevestigd te Eindhoven

- IAK Volmacht B.V. (ASR Ziektekosten) (Uzovi-code 8973)

BIJLAGE 2 PRESTATIES EN TARIEVEN 2017 DOELMATIGHEIDSAFSPRAKEN

Op de prestaties genoemd in deze bijlage zijn de Beleidsregel Experimenten BR/REG-17118, Tariefbeschikking TB/REG-17610-01 en Nadere regel NR/REG-1709 van de Nederlandse Zorgautoriteit en opvolgende, toepasselijke beleidsregels van toepassing. Tevens zijn de relevante bepalingen uit de beleidsregel voor Verpleging en Verzorging BR/REG-17113 van toepassing.

PRESTATIES EN TARIEVEN

Prestatie experiment bekostiging verpleging en verzorging		Tarief per 5 minuten*	Tarief per uur*
Declaratie code	Doelgroep		
	Het toedelen van verzekerden naar de doelgroep vindt plaats vanuit de professionaliteit van de zorgaanbieder.		
	Kortdurende ziekenhuis (na)zorg op verzoek huisarts.	€	€
	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die naar verwachting korter dan 3 maanden duurt.	€	€
	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die naar verwachting langer dan 3 maanden duurt, waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op somatische problematiek (waaronder palliatieve zorg).	€	€
	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, die naar verwachting langer dan 3 maanden duurt, waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op psychogeriatrische (psychiatrische) problematiek.	€	€
	Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben.	€	€
	Zorg aan terminale cliënten (PTZ).	€	€
	Intensieve Kindzorg (Medische kindzorg).	-	-
1008	Indicatiestelling PGB	€	€

*Prestaties waarvoor geen tarief is opgenomen, komen niet in aanmerking voor vergoeding door de zorgverzekeraar.

NB In de tarieven is een tegemoetkoming verwerkt voor niet-patiëntgebonden activiteiten.

Daar waar geen prestatiecodes staan vermeld, zijn deze op dit moment nog niet bekend. Wij verwijzen hiervoor naar de Vektis declaratiestandaard.

Voor de beschrijving van de declaratiemethode van de prestaties verwijzen wij naar de Vektis invulinstructie in de paragrafen 4.2.7 'Declareren prestaties over één of meerdere declaratieperiodes' en 4.2.8 'Declareren prestaties per declaratieperiode'.

**BIJLAGE 2 - VERVOLG PRESTATIES EN TARIEVEN 2017
DOELMATIGHEIDSAFSPRAKEN****DOELMATIGHEIDSAFSPRAKEN****Artikel 1 – Doelmatigheid**

1. De zorgaanbieder is op de hoogte van de taakstellingen uit het 'Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging 2014-2017' dat mede ondertekend is door Actiz en BTN.
2. De zorgaanbieder spant zich tot het uiterste in de afgesproken taakstellingen mede te helpen realiseren.
3. De zorgaanbieder zal de zorgduur aan verzekerden van de Multizorg VRZ verzekeraars uitgedrukt in het aantal uren zorg per patiënt, gemiddeld per maand en gemeten over 2017, niet verder laten oplopen dan XX uren zorg per maand.
4. Bij de berekening van de gemiddelde zorgduur worden de declaratiegegevens van alle zorgverzekeraars, inclusief alle labels zoals vermeld op bijlage 1, als basis gehanteerd.
5. Als basis voor het bepalen van de norm in lid 3 gelden de declaratiegegevens over 2015 voor de prestaties persoonlijke verzorging (declaratiecode 1000) en verpleging (declaratiecode 1002).
6. De zorgduur zoals bedoeld in lid 3, wordt berekend als: het aantal gedeclareerde uren over het totaal aantal unieke patiënten, gedeeld door 12 maanden.
7. De zorgaanbieder heeft op basis van declaratiegegevens 2015 een gemiddelde zorgduur van XXX uren.

Artikel 2- Nacalculatie doelmatigheid

1. Zo spoedig mogelijk na afronding van de eerste twee kwartalen 2018 berekenen de zorgverzekeraars de gemiddelde zorg op basis van de uitbetaalde en betaalbaar gestelde declaraties 2017, volgens de omschrijving in artikel 1 lid 1. De declaratiecode(s) voor de prestatie(s) vormt/vormen dan de basis van de berekening.
2. Indien uit de berekening zoals beschreven in lid 1 blijkt dat de norm zoals opgenomen in artikel 1 lid 3 wordt overgeschreden, is de zorgaanbieder het verschil van deze beide bedragen verschuldigd aan de zorgverzekeraars, conform de opgave die aldan verstrekt wordt door Multizorg VRZ.
3. De zorgverzekeraars informeren de zorgaanbieder schriftelijk over de bedragen die de zorgaanbieder in het kader van de nacalculatie verschuldigd is, met vermelding van de wijze van voldoening van de vordering. Indien de voldoening van de vordering niet of niet volledig na 30 dagen na de vaststelling van het te verrekenen bedrag is gerealiseerd, is de eisende partij gerechtigd om de vordering te verrekenen met openstaande vorderingen van de schuldenaar op de eisende partij, een en ander onverminderd de overige (rechts)middelen die hem daarbij ten dienste staan.
4. Op verzoek van de zorgverzekeraars geeft de aanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst inzage in de gemiddelde zorgduur.
5. De zorgaanbieder signaleert afwijking van de norm zoals vermeld in artikel 1 lid 3 en meldt dit tijdig bij de zorgverzekeraars.