

Overeenkomst Verpleging en Verzorging 2020-2021



Partijen

De zorgverzekeraar: Menzis Zorgverzekeraar NV
Anderzorg NV

verder te noemen de zorgverzekeraar

en

De zorgaanbieder: Naam
Instelling: AGB-code
Straatnaam, Huisnummer, Toevoeging
Postcode, Plaats
KvK nummer: KvK nummer

verder te noemen de zorgaanbieder.

Hierna gezamenlijk te noemen 'partijen'.

In aanmerking nemend:

- Partijen erkennen hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de wijkverpleging, tegelijk met een beheerste kostenontwikkeling daarvan;
- De zorgverzekeraar wenst wijkverpleging van goede kwaliteit voor haar klanten in te kopen op basis van prijs, kwaliteit en waardegerichte zorg inkoop;

Komen als volgt overeen:

Artikel 1 Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- a. Zorgaanbieder: de (rechts)persoon die voldoet aan de eisen die gesteld zijn in het Inkoopdocument Wijkverpleging 2020-2021. Indien de zorgaanbieder een ZZP-er is geldt dat de zorgaanbieder beschikt over een overeenkomst waaruit blijkt dat de opdrachtgever geen loonheffing moet inhouden en betalen.
- b. Zorgbehoeftebepaling: de op basis van professionele standaarden vastgestelde behoefte aan zorg in relatie tot de verschillende leefdomeinen en vertaald naar de wettelijke aanspraak.
- c. Zorgplan: Een dynamische set van afspraken van de verzekerde en/of diens wettelijk vertegenwoordiger en zorgverleners over zorg en zelfmanagement. Deze afspraken zijn gebaseerd op individuele doelen, behoeften en situatie van de verzekerde. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. De inhoud en omvang van het zorgplan is afhankelijk van de complexiteit van de zorgbehoefte en afspraken.
- d. Kwaliteitskader Wijkverpleging: het kader waarin veldpartijen beschrijven wat de inhoud en organisatie van de zorg die de wijkverpleegkundige aanbiedt en wat er nodig

is om deze zorg te kunnen geven en welke op 18 juni 2018 is opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland

Artikel 2 Zorg

De overeenkomst tussen partijen heeft betrekking op zorg zoals bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering, zoals deze thans luidt of in de toekomst zal komen te luiden.

Indien en voor zover er tussen partijen is overeengekomen dat de zorgaanbieder ook Medische Kind Zorg (MKZ) , Gespecialiseerde Verpleging en/ of de regiefunctie Wondzorg verleent, zijn de bepalingen in het desbetreffende addendum van toepassing.

Artikel 3 Termijnen, bereikbaarheid en beschikbaarheid

1. De zorgaanbieder verbindt zich om zorg te verlenen aan de verzekerde die zich daartoe tot hem wendt.
2. De termijn tussen zorgvraag (ook in het kader van PGB) en zorgbehoeftebepaling is maximaal twee werkdagen, waarna de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk aanvangt met de zorgverlening, maar in elk geval binnen de Treeknormen. Bij spoedvragen wordt er direct zorg verleend,
3. De zorgaanbieder registreert wachtenden. Als de zorgaanbieder voorziet dat hij de zorg niet kan verlenen binnen de in lid 2 genoemde termijnen, verwijst hij de verzekerde naar een andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder danwel naar de afdeling Zorgadvies van de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder is 24 uur per dag telefonisch bereikbaar.
5. De zorgaanbieder kan 24 uur per dag zowel verpleging als verzorging op afroep verlenen en heeft daartoe voldoende medewerkers beschikbaar welke na een oproep binnen een redelijke termijn bij de verzekerde aanwezig kunnen zijn.
6. De telefonische bereikbaarheid en de beschikbaarheid kunnen in samenwerking met andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders worden georganiseerd.

Artikel 4 Zorgplan

1. De zorgaanbieder komt met de verzekerde een zorgplan overeen. Het zorgplan vormt de basis van de te leveren zorg. Het zorgplan wordt opgesteld vóór aanvang van de zorg, tenzij de zorg binnen 24 uur na zorgvraag noodzakelijk is. Dan wordt het zorgplan binnen 5 werkdagen na aanvang zorg opgesteld.
2. De zorgaanbieder hanteert bij iedere verzekerde één (digitaal) zorgplan.
3. Het zorgplan voldoet minimaal aan de eisen van de richtlijn 'Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging' van de beroepsvereniging V&VN. Tevens gelden ten aanzien van het zorgplan de volgende eisen en voorwaarden:
 - a. De verzekerde of diens wettelijk vertegenwoordiger moet instemmen met het zorgplan;
 - b. De verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger dient het zorgplan bij aanvang van zorg te ondertekenen;
 - c. De regie en zeggenschap over het zorgplan ligt bij de verzekerde;
 - d. De verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger én zijn mantelzorger/contactpersoon heeft te allen tijde (digitaal) inzage in het zorgplan;
 - e. In het zorgplan worden de gegevens die systematisch en methodisch volgens het verpleegkundige proces zijn verzameld, vastgelegd. In het dossier is het verpleegkundig proces herkenbaar terug te vinden. De verpleegkundige anamnese en vastlegging van de uitkomstindicatoren conform het kwaliteitskader Wijkverpleging (screening en opvolging kwetsbaarheid) zijn een duidelijk

- onderdeel van het dossier. Zelfredzaamheid en eigen kracht zijn leidend bij het opstellen van de doelen in het zorgplan.
- f. Aard, omvang en beoogde duur van zorgverlening is altijd onderdeel van het zorgplan. Het zorgplan vermeldt daarnaast de te leveren zorg en doelgroep;
 - g. De evaluatie en bijstelling van het zorgplan is afhankelijk van de context maar wordt in ieder geval continu up-to-date gehouden en aangepast in overleg met de verzekerde en/of diens wettelijk vertegenwoordiger;
 - h. De zorgaanbieder maakt met de verzekerde afspraken over het moment (tijdstip en dag) en de aard, de omvang, beoogde duur en de inhoud (soort) van de zorg die de zorgaanbieder biedt, de plaats waar de zorg geleverd wordt en de functie van de medewerker die de zorg levert en legt deze in het zorgplan vast;
 - i. In het zorgplan is vastgelegd of er sprake is van mantelzorg en welke afspraken er zijn gemaakt met de mantelzorger(s). Evenals de eventuele hulp die die mantelzorger aanvullend op de door de zorgaanbieder verleende zorg kan en wil bieden;
 - j. Indien van toepassing is in het zorgplan vastgelegd hoe nazorg en overdracht van zorg wordt geregeld. Hieruit moet tenminste blijken op welke termijn deze afspraken gemaakt worden en welke afspraken er met de verzekerde gemaakt worden, zeker bij ontslag uit zorg en in het bijzonder bij verzekerden die geen of maar gedeeltelijk eigen regie kunnen voeren. Ook bij overdracht van zorg moet uit het zorgplan blijken of de zorgaanbieder of de verzekerde zelf de nazorg wil regelen;
 - k. Het zorgplan is de maximaal totale realisatie; de zorg zoals opgenomen in het zorgplan wordt gemiddeld over de zorgperiode verleend.
 - l. Alle activiteiten met betrekking tot casemanagement dementie (die conform en op basis van de zorgstandaard dementie moeten worden geleverd) worden verantwoord in het individuele zorgplan.
7. De zorgaanbieder leeft de voor de sector geldende meest recente algemene voorwaarden van de beroepsgroep na die betrekking hebben op de relatie verzekerde - zorgaanbieder.
 8. De zorgaanbieder beschikt over voldoende gekwalificeerd personeel. Het personeel kan de verzekerden en de zorgverzekeraar in de Nederlandse taal te woord staan.

Artikel 5 Zorgbehoeftebepaling

1. De zorgaanbieder maakt voor vaststelling van de inhoud en de omvang van de zorg aan verzekerden gebruik van het normenkader voor indicatiestelling zoals is opgesteld door de V&VN. De vaststelling wordt gedaan door een (wijk)verpleegkundige met minimaal HBO niveau.
2. De (wijk)verpleegkundige zoals bedoeld in het eerste lid stelt de zorgbehoefte bij de klant vast via klinisch redeneren en volgt het cyclische proces van zorgverlening bij de klant. In het verlengde hiervan werkt de wijkverpleegkundige volgens de principes ontzorgen; eigen kracht; inzetten informele zorg; regie bij de verzekerde en actief betrekken bij het sociaal domein.

Artikel 6 Vast team zorgverleners

De zorgaanbieder maakt gebruik van een vast team van zorgverleners bij elke verzekerde. Het aantal zorgverleners is duidelijk vooraf afgesproken met de verzekerde. Er is een vast aanspreekpunt beschikbaar voor elke verzekerde. Het vaste aanspreekpunt is bekend bij de verzekerde en vastgelegd in het zorgplan.

Artikel 7 Doelmatige zorg

De zorgaanbieder stuurt op doelmatige zorg, onder andere op de volgende wijze:

- a. Zorg wordt waar mogelijk afgebouwd, de zelfredzaamheid van de klant en diens omgeving wordt bevorderd door advies, voorlichting en instructie;
- b. De zorgaanbieder zet de zorg alleen in waar professionele wijkverpleegkundige zorg nodig is verband houdende met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop;
- c. De zorgaanbieder maakt gebruik van alternatieve oplossingen zoals digitale technologie, hulpmiddelen of inzet van vrijwilligers . voor zover deze alternatieve oplossingen doelmatiger zijn dan de reguliere zorg;
- d. De zorgaanbieder intervenueert tijdig indien zorg vanuit Wlz noodzakelijk is/wordt.
- e. De zorgaanbieder committeert zich aan de samenwerkingsafspraken met het ziekenhuis in de regio waar hij actief is rondom transfers vanuit het ziekenhuis naar (t)huis.

Artikel 8 Mantelzorgondersteuning

1. De zorgaanbieder geeft op zijn website aan op welke wijze hij samenwerkt met mantelzorgers en de mantelzorg ondersteunt bij de zorg aan de verzekerde.
2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat een wijkverpleegkundige in staat is:
 - a. In dialoog te gaan met de verzekerde én mantelzorger(s) over de in te zetten zorg (afgestemde zorg);
 - b. De mantelzorger(s) betrokken te houden bij de zorg bijvoorbeeld met een digitaal zorgplan;
 - c. Individuele instructie aan de mantelzorger(s) te kunnen geven. (Bijvoorbeeld praktische vaardigheden gebruik hulpmiddelen, medicijngebruik, tilvaardigheden, verzorging, valpreventie);
 - d. Aandacht te hebben voor het welzijn van de mantelzorger(s) (fysiek en mentaal);
 - e. Overbelasting (of dreigende overbelasting) van de mantelzorger(s) te signaleren en oplossingen voor het minderen ervan voor te stellen en in gang te kunnen zetten;
 - f. Een netwerk rond een verzekerde te activeren en betrokken te houden. Indien gewenst met een digitale tool hiervoor.;
 - g. De weg te weten naar het lokale welzijnsaanbod voor hulp en ondersteuning aan de mantelzorger(s) (algemene voorzieningen en maatwerk voorzieningen). O.a. trainingen/cursussen voor mantelzorgers, lotgenotencontact, respijtzorg.
 - h. Afstemming met gemeenten rondom mantelzorg(ondersteuning).

Artikel 9 Kwaliteit

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverlening binnen zijn organisatie tenminste voldoet aan de standaard die binnen de kring der beroepsgenoten algemeen aanvaard is.
2. De zorgaanbieder conformeert zich aan de richtlijnen zoals genoemd in de zorgstandaard dementie en levert of organiseert casemanagement Dementie indien dat nodig is volgens het principe: Generalistisch waar het kan, specialistisch als het moet. Daarbij wordt aangesloten op de lokale ketennetwerken en standaarden.
3. De zorgaanbieder die palliatieve zorg levert doet dit generalistisch waar het kan en specialistisch waar het moet met bevoegde en bekwame verpleegkundigen.
 - o De vaststelling van de palliatief terminale fase gebeurt altijd en aantoonbaar in overleg met de (huis)arts. De zorgaanbieder maakt in het zorgplan naast de fysieke, psychische en sociale aspecten tevens zichtbaar dat de verzekerde de gewenste geestelijke/spirituele zorg wordt aangeboden en dat zij ook de naasten van de verzekerde begeleiding en nazorg biedt.
 - o Daarbij participeert de zorgaanbieder actief binnen het Netwerk Palliatieve Zorg en werkt conform de afspraken die binnen het Netwerk zijn gemaakt.

- De zorgaanbieder werkt met de Advanced Care Planning. De zorgaanbieder hanteert, indien aanwezig binnen het werkgebied, minimaal de aandachtspunten uit de LESA richtlijnen (Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken), maar werkt bij voorkeur via PaTz.
 - De zorgaanbieder maakt actief gebruik van mantelzorg en vrijwilligers (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg) bij de inzet van 24 uren toezicht.
4. De zorgaanbieder heeft zijn zorgverlenend personeel (verpleegkundigen (HBO/MBO) en verzorgenden minimaal niveau 3) vast in dienst ingeschreven in het kwaliteitsregister V&V. Voor de inschrijving in het kwaliteitsregister hanteert de zorgverzekeraar een norm die verschilt voor zorgaanbieders die al gebruik maken van het kwaliteitsregister en zorgaanbieders die hier nog mee moeten beginnen. Indien de zorgaanbieder in 2019 al gebruik maakt van het kwaliteitsregister moet 1 november 2020 minimaal 50% van zijn zorgverlenend personeel (verpleegkundige (HBO/MBO) en/of verzorgenden minimaal niveau 3) -vast in dienst-, ingeschreven staan in het kwaliteitsregister V&V. Indien een zorgaanbieder nog moet starten met registreren moet 1 november 2020 minimaal 30% van zijn zorgverlenend personeel (verpleegkundige (HBO/MBO) en/of verzorgenden minimaal niveau 3) -vast in dienst- ingeschreven staan in het kwaliteitsregister V&V. De zorgaanbieder levert uiterlijk 1 december 2020 de meest recente jaarrapportage van het kwaliteitsregister V&V aan de zorgverzekeraar, waaruit blijkt dat deze norm gerealiseerd is. Het kwaliteitsregister V&V verzorgt een rapportage van de registratie waarvan de zorgaanbieder een kopie opstuurt naar de zorgverzekeraar. Indien de zorgaanbieder geen gebruik maakt van het kwaliteitsregister V&V maar een eigen registratiesysteem hanteert, stuurt de zorgaanbieder uiterlijk 1 december 2020 en 1 december 2021 een rapportage op naar de zorgverzekeraar waaruit blijkt dat minimaal 75% van het zorgverlenend personeel (verpleegkundige (HBO/MBO) en/of verzorgenden minimaal niveau 3) -vast in dienst-, jaarlijks wordt geschoold.
 5. De zorgaanbieder hanteert een actief beleid voor het opleiden van verpleegkundigen. Dit doet hij onder meer door het screenen van het personeelsbestand op geschikte kandidaten, het opleiden van eigen personeel en het beschikbaar stellen van stageplaatsen en werkbegeleiding.
 6. De zorgaanbieder voert jaarlijks een zelfevaluatie uit van de bereikte kwaliteit gebruikmakend van de aandachtsggebieden en indicatoren uit het voor de sector geldende kwaliteitssystemen.
 7. De zorgaanbieder stelt de resultaten beschikbaar aan verzekerde en zorgverzekeraar. De zelfevaluatie alsmede de klanttevredenheid worden openbaar gemaakt. Tevens worden de gegevens goed vindbaar voor de verzekerde op de website van de zorgaanbieder geplaatst.
 8. De zorgaanbieder doet minimaal 2-jaarlijks onderzoek naar klantervaringen van minimaal 25% van het aantal klanten dat bij haar in zorg zijn en heeft de meest actuele resultaten afgezet tegen het landelijk gemiddelde, continu openbaar beschikbaar voor de verzekerde en de zorgverzekeraar op zijn website. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de PREM, de door de branchepartijen afgesproken standaard

Artikel 10 Continuïteit van zorg

1. De zorgaanbieder is gehouden om aan de zorgverzekeraar tijdig feiten en omstandigheden te melden die wijzen op risico's voor de continuïteit van een kwalitatieve en kwantitatieve zorgverlening.
2. Indien er naar het oordeel van de zorgverzekeraar grond is voor twijfel over de mate waarin de continuïteit van de zorgverlening is gewaarborgd, is de zorgaanbieder gehouden op eerste verzoek van de zorgverzekeraar aan deze laatste alle door hem gewenste inlichtingen en bescheiden te verstrekken waaronder, maar niet beperkt tot, gegevens met betrekking tot de liquiditeit, solvabiliteit, rentabiliteit en de stand van reserves, voorzieningen, het eigen vermogen en Onder Handen Werk.

3. Indien de zorgaanbieder aan de in lid 2 omschreven verplichting niet of niet geheel voldoet of indien de verstrekte informatie daartoe aanleiding geeft, is de zorgverzekeraar gerechtigd een persoon aan te wijzen aan wie de zorgaanbieder op eerste verzoek van de zorgverzekeraar toegang verleent tot de kantoren, geautomatiseerde systemen en bestanden en gegevens, in papieren dan wel digitale vorm die naar het oordeel van deze persoon redelijkerwijs nodig zijn om de zorgverzekeraar naar behoren te kunnen informeren over de risico's voor de continuïteit van de zorgverlening en de eventuele met het oog daarop te treffen maatregelen.
4. Onverminderd het bepaalde in de voorgaande leden is de zorgverzekeraar bevoegd tot het indienen van een verzoek als bedoeld in artikel 2:345 van het Burgerlijk Wetboek.

Artikel 11 Onderaanneming (onderlinge dienstverlening)

1. Verleende zorg in onderaanneming komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien vooraf schriftelijke toestemming is verleend door de zorgverzekeraar. De inschakeling van een onderaannemer geschiedt voor eigen rekening en risico van de zorgaanbieder en doet niet af aan de verplichtingen van de zorgaanbieder uit deze overeenkomst.
2. De zorgaanbieder garandeert dat de zorgverlening door de onderaannemer(s) aan dezelfde eisen voldoet, als die welke aan de zorgverlening door de zorgaanbieder zelf zijn gesteld.
3. De zorgaanbieder geeft de zorgverzekeraar bij inschrijving nadere informatie over de onderaannemer en diens aandeel in de productieafpraak. In voorkomend geval kunnen partijen nadere afspraken maken met betrekking tot de onderaanneming en deze in een addendum vastleggen.
4. De zorgaanbieder ziet erop toe dat de onderaannemer geen facturen aan de verzekerde stuurt voor zorg die valt binnen de aanspraak verpleging en verzorging van de verzekerde.

Artikel 12 Overleg en informatieverstrekking

1. De zorgaanbieder verplicht zich om informatie aan de zorgverzekeraar te verstrekken die deze nodig heeft voor het uitoefenen van zijn taken in het kader van de Zorgverzekeringswet en de wettelijke voorschriften die betrekking hebben op de levering van de zorg. De zorgaanbieder verschaft op verzoek van de zorgverzekeraar 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 is verplicht de zorgverzekeraar onverwijld in kennis te stellen over het feit dat er een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft plaatsgevonden op grond waarvan de IGJ voornemens is maatregelen te nemen en een afschrift te verstrekken van ieder (niet openbaar) rapport, dat de zorgaanbieder betreft, uitgebracht door de IGJ. Openbare rapporten worden door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar ter beschikking gesteld en goed vindbaar voor de verzekerde op de website van de zorgaanbieder geplaatst.
3. De zorgaanbieder stuurt jaarlijks binnen één maand na de officiële vaststelling daarvan en met inachtneming van de wettelijke termijnen, de zorgverzekeraars de jaarrekening en het jaarverslag over het voorafgaande boekjaar ter kennisneming toe, indien niet gedeponeerd via www.jaarverslagenzorg.nl. De aanbieder dient daarbij ook inzicht te verschaffen in kosten-, opbrengst- en productiegegevens.
4. De zorgaanbieder verschaft via de declaratie aan de zorgverzekeraar informatie met betrekking tot de aard en de omvang van de verleende zorg, de classificatie van de doelgroep, en de soort zorg die verleend is. De zorgverzekeraar gebruikt deze gegevens om de zorgaanbieder in te delen in doelmatigheidsklasse I, II of III.

5. De zorgaanbieder stelt gegevens beschikbaar waarmee inzicht gegeven wordt in de inzet van het aantal uren per verzekerde per doelgroep.

| | Doelgroep | Kenmerken |
|---|--|---|
| 1 | Kortdurende ziekenhuis (na)zorg en gespecialiseerde verpleegkundige (-MTH) zorg op verzoek huisarts/specialist (code 1032) | Kortdurende relatie waarin doelen van zorgplan gehaald moeten worden: < 3 maanden of over naar doelgroep 3 |
| 2 | Zorg aan kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken, die naar verwachting korter dan 3 maanden duurt (code 1033) | Kortdurende relatie waarin doelen van zorgplan gehaald moeten worden: < 3 maanden of over naar doelgroep 3 of 4 |
| 3 | Zorg aan kwetsbare ouderen en/of chronisch zieken, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op somatische problematiek (incl. palliatieve zorg). (code 1034) | > 3 maanden Langdurige zorg: doelen gericht op welbevinden, welzijn, doelmatige afgestemde en kwalitatieve zorg op maat, rekening houdend met draagkracht/last klant en systeem (Zvw, Wmo: overleg en overstap naar Wiz waar noodzakelijk) |
| 4 | Zorg aan kwetsbare ouderen, die (naar verwachting) langer duurt dan 3 maanden, waarbij het zwaartepunt van de zorg ligt op psychogeriatrische problematiek (code 1035) | > 3 maanden Langdurige zorg: doelen gericht op welbevinden, welzijn, doelmatige afgestemde en kwalitatieve zorg op maat, rekening houdend met draagkracht/last klant en systeem (Zvw, Wmo: overleg en overstap naar Wiz waar noodzakelijk) |
| 5 | Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen (of een lichte) zorgvraag hebben (code 1036) | Max 4 bezoeken per jaar |
| 6 | Zorg aan terminale cliënten (code 1037) | In principe 3 maanden, met verlengingsmogelijkheid van nog eens 3 maanden |
| 7 | Kinderen met een medische zorgvraag (voorheen Intensieve Kindzorg) (code 1038) | Conform MKS vast te stellen. |

Artikel 13 Tarieven, Budget en declaraties

- De zorgverzekeraar betaalt de zorgaanbieder voor de verlening van zorg aan verzekerden de tarieven zoals genoemd in de bijlage Budget en tarief.
- De zorgaanbieder declareert de zorg conform het bepaalde in de meest actuele versie van het Declaratieparagraaf Wijkverpleging.
- De zorgaanbieder past in de declaraties de AGB code toe zoals is vastgelegd in de overeenkomst tussen zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Dit betekent dat in het AW-319 declaratiebericht de AGB van de contractant wordt vermeld als declarant (in het voorlooprecord) en ook als uitvoerder (in het prestatie record).
- Een declaratie die is ingediend overeenkomstig artikel 12 lid 7 van de algemene inkoopvoorwaarden zorg 2020 en overigens door de (zorg)verzekeraar juist is bevonden, wordt voldaan binnen maximaal 30 dagen na ontvangst van de declaratie.
- De zorgaanbieder heeft evenwel in de kalenderjaren 2020 en 2021 tegenover de zorgverzekeraar recht op betaling van ten hoogste het bedrag in het budget zoals dat voor het betreffende jaar is opgenomen in de bijlage Budget en tarief.
- Voor de toepassing van het vorige lid wordt het bedrag van het budget vergeleken met de som van (rechtmatige) declaraties die worden ingediend voor zorg verleend aan verzekerden in het jaar 2020 respectievelijk 2021.
- Indien door het in rekening brengen van tarieven het budget wordt overschreden, blijft de zorgaanbieder verplicht om zorg aan de verzekerden te verlenen (doorleverplicht) . De zorgaanbieder, die verwacht het budget te gaan overschrijden, deelt dit aan de

zorgverzekeraar mee wanneer 70% van het budget is bereikt. In dat geval zal op basis van inzet op zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met zorgaanbod in de regio de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overleg plegen en beoordelen of additioneel budget wordt toegekend.

8. Wanneer de declaraties het overeengekomen budget overschrijden, dan is de zorgverzekeraar niet gehouden tot voldoening van de tarieven. Mocht de zorgverzekeraar desalniettemin declaraties van de zorgaanbieder blijven voldoen nadat de budget is overschreden, dan gelden deze betalingen als onverschuldigd voldaan. De zorgaanbieder zal hetgeen onverschuldigd is voldaan, zonder enige vergoeding binnen een termijn van uiterlijk veertien dagen na ontvangst aan de zorgverzekeraar restitueren. Vorenstaande doet niet af aan het recht van de zorgverzekeraar het totale bedrag van de eventuele overschrijding te verrekenen met de in te dienen declaraties in het eerstkomende contractjaar (voor zover er een overeenkomst tot stand komt). In geval van tussentijdse beëindiging van de overeenkomst is een eventuele overschrijding van het budget direct opeisbaar. De zorgaanbieder betaalt dit bedrag dan op eerste verzoek van de zorgverzekeraar aan de zorgverzekeraar. Ook dit laat onverlet het recht van de zorgaanbieder om dit bedrag te verrekenen.
9. Het budget genoemd in de bijlage Budget en tarief kan door de zorgverzekeraar worden aangepast in de volgende situatie:
De afspraak omtrent de hoogte van het budget 2020-2021 is gemaakt op basis van de bij de totstandkoming van de overeenkomst aanwezige kennis over het aantal verzekerden in de regio, zowel qua aantal als qua historische zorgvraag. In het 2^{de} kwartaal van 2020 danwel 2021, zal bekend zijn hoe het aantal verzekerden zich heeft ontwikkeld ten opzichte van het vorige jaar. De zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid vanaf dat moment aan te geven of deze verzekerdenmutatie van invloed is op het budget 2020 danwel 2021.
10. De verhoging of verlaging als omschreven in vorige lid treedt in werking door schriftelijke mededeling van de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder.
11. De zorgverzekeraar gaat tot nieuwe vaststelling eerst over nadat de zorgaanbieder in kennis is gesteld van het voornemen daartoe, onder mededeling van de hoogte en wijze van berekening van het opnieuw vast te stellen budget.
12. Indien de zorgaanbieder binnen drie weken na ontvangst van de mededeling, bedoeld in lid 11, de wens daartoe te kennen geeft, plegen partijen overleg voordat de zorgverzekeraar het budget opnieuw vaststelt. Mocht deze wens niet worden geuit, dan verwerkt de zorgaanbieder zijn recht daartoe.
13. De zorgverzekeraar kan de voldoening van declaraties opschorten indien hij een tekortkoming in de uitvoering van de overeenkomst door de zorgaanbieder constateert.

Artikel 14 Contractuele relatie

1. Op de overeenkomst zijn de meest recente Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg van toepassing. De partijen verklaren door ondertekening van deze overeenkomst een exemplaar te hebben ontvangen van de Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg en kennis te hebben genomen van de inhoud ervan en de daarin genoemde wet- en regelgeving en ermee in te stemmen.
2. De bijlagen en addenda bij de overeenkomst vormen een integraal onderdeel van de overeenkomst en enige verwijzing naar de overeenkomst zal tevens een verwijzing inhouden naar de bijlagen/addenda en andersom.
3. De zorgaanbieder voldoet en zal gedurende de duur van de overeenkomst blijven voldoen aan hetgeen de zorgaanbieder in zijn ingevulde inschrijving 'Menzis vragenlijst verpleging en verzorging 2020-2021' met betrekking tot uitsluitingsgronden en minimumeisen heeft verklaard .
4. De contractuele relatie tussen partijen wordt beheerst door:

- a. het door de zorgaanbieder ingevulde inschrijvingsmodule 2020-2021 indien en voor zover door de zorgverzekeraar aanvaard;
 - b. deze overeenkomst inclusief de bijlage Budget en tarief en het Zorginkoopbeleid Verpleging en Verzorging 2020-2021, inclusief addenda Medische Kindzorg en Specialistische Verpleging (voor zover van toepassing);
 - c. de Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg 2020;
 - d. De meest actuele declaratieparagraaf
- In geval van strijdigheid tussen bovengenoemde documenten prevaleert hetgeen is gesteld in het hoogst aangeduide document in dit artikel.
5. Wijzigingen van en/of aanvullingen op deze overeenkomst zijn eerst geldig indien en voor zover zij schriftelijk tussen partijen zijn overeengekomen. Deze zullen als een nadere overeenkomst integraal deel uitmaken van de overeenkomst.
 6. De overeenkomst is niet overdraagbaar, tenzij met uitdrukkelijke voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar.

Artikel 15 Duur en einde

1. De overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2020 en eindigt zonder dat opzegging vereist is op 1 januari 2022.
2. Het overeengekomen budget en tarief 2020 worden voor het jaar 2021 geïndexeerd conform het inkoopbeleid 2020-2021

Artikel 16 Wijzigingen in aanspraak

De zorgverzekeraar heeft het recht om, ingeval van wijziging in de aanspraak op de vergoeding van verpleging en verzorging zoals omschreven bij of krachtens het bepaalde in de Zorgverzekeringswet, de overeenkomst zonder tot schadevergoeding gehouden te zijn buitengerechtelijk te ontbinden. De zorgverzekeraar heeft dit recht ook ingeval de overeenkomst nog niet in werking is getreden (1 januari 2020).

Aldus overeengekomen te Wageningen op

De zorgverzekeraar

De zorgaanbieder

drs. J.P.J. (Joris) van Eijck
directeur Zorg

AGB-code: X
KvK-nummer: X
Naam van de ondertekenaar: X
Certificaatnummer: X
Datum van ondertekening: X