**Vragenlijst Eerstelijnsverblijf**

Deze vragenlijst dient door de aanbieder volledig en juist te worden ingevuld. Op basis van deze vragenlijst wordt een beslissing genomen of de aanbieder in aanmerking komt voor een overeenkomst met DSW Zorgverzekeraar, Stad Holland Zorgverzekeraar en InTwente Zorgverzekeraar. De ingevulde vragenlijst kan ingediend worden via [contractering.elv@dsw.nl](mailto:contractering.elv@dsw.nl).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A. Gegevens aanbieder** | | |
| 1 | Naam Zorgaanbieder: |  |
| 2 | Rechtsvorm inschrijvende Zorgaanbieder: | …………………………………………………………………………………   * Organogram organisatie meesturen (inclusief moeder-/dochter relaties van de organisatie) |
| 3 | Informatie inschrijving Kamer van Koophandel: | KvK-nummer…………………………………………………………   * Uittreksel meezenden, inclusief uittreksels moeder-/dochter relaties * Uittreksel niet ouder dan 1 januari 2021 |
| 4 | Beschikt uw organisatie over een WTZi toelating voor Verpleging en Verzorging? | Ja 🡪 kopie toelating meesturen  Nee, omdat ………………………………………………………… |
| 5 | AGB-code (contractant = declarant): |  |
| **B. Contactgegevens** | | |
| 6 | Naam en voorletters tekenbevoegde bestuurder(s): | ……………………………………………………………………….m/v\*  ……………………………………………………………………….m/v\* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 7 | | Is er bij de zorgaanbieder zelf, of iemand die lid is van het bestuurs-, leidinggevend of toezichthoudend orgaan van de zorgaanbieder of daarin een vertegenwoordigings-, beslissing- of controlebevoegdheid heeft, fraude vastgesteld of maken bovenstaande onderdeel uit van een fraudeonderzoek? |  |
| 8 | | Correspondentieadres: |  |
| 9 | | Postcode: |  |
| 10 | | Woonplaats: |  |
| 11 | | Naam contactpersoon: | …………………………………………………………………….…m/v\* |
| 12 | | Functie contactpersoon: |  |
| 13 | | E-mailadres contactpersoon: |  |
| 14 | | Telefoonnummer contactpersoon: |  |
| **C. Organisatie** | | | |
| 15 | Welke zorgvormen verleent uw organisatie binnen de aanspraak Eerstelijnsverblijf?  Gaarne ook vermelden hoeveel cliënten voor DSW en Stad Holland uw organisatie naar verwachting zorg gaat verlenen per zorgvorm. | | O Eerstelijnsverblijf laag complex: …… cliënten  O Eerstelijnsverblijf hoog complex: …… cliënten  O Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg:  …… cliënten |
| 16 | Indien uw organisatie ELV hoog complex en/of PTZ levert dan dient de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) of Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) de behandelend arts te zijn. Bij laag complex kan de huisarts deze rol hebben. Kunt u hieraan voldoen? | | O Ja, de SO/AVG is bij ons de behandelend arts bij ELV hoog en of PTZ. Toelichting:  O Nee, omdat………………………………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 17 | Beschikt uw organisatie over een overeenkomst voor Wlz-zorg? | Ja, met zorgkantoor  …………………………………………………………………………………………  Indien nee, hoe borgt uw organisatie dat de geleverde zorg onder de Wlz of geleverd kan worden indien er gezien de zorgzwaarte geen aanspraak meer is op Eerstelijnsverblijf?  ………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………… |
| 18 | Levert uw organisatie nog andere zorgvormen naast Eerstelijnsverblijf? | O Wijkverpleging  O Geriatrische revalidatiezorg  O Wmo-zorg  O Overig…………………………….. |
| 19 | Kunt u garanderen dat er tijdens een dienst voldoende verpleegkundigen niveau 4 en 5 beschikbaar zijn om hoog complexe zorg en/of palliatief terminale zorg te kunnen leveren? | O Ja:  Niveau 4 …% van het totaal aan FTE.  Niveau 5 … % van het totaal aan FTE.   * *Toon aan dat uw organisatie over niveau 4 en 5 verpleegkundigen beschikt.*   O Nee, omdat …………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………… |
| 20 | Is er 24 uur per dag beschikbaarheid van geneeskundig en verpleegkundige zorg? | O Ja, omdat:  O Nee |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 21 | Beschikt uw organisatie over regionale afspraken met huisartsen, ziekenhuizen, VVT-instellingen, gemeenten en andere eerstelijns zorgverleners over onder andere in- en uitstroom? | | | O Ja, omdat:  O Nee |
| 22 | Beschikt uw organisatie over een kwaliteitskeurmerk voor de zorg dat landelijk en/of internationaal erkend is? | | | Nee/ja\*  Indien ja, welk kwaliteitskeurmerk?  ………………………………………………………………………………………… |
| 23 | Hoe borgt u de doorstroom naar Wijkverpleging als blijkt dat een cliënt niet (meer) terecht op een ELV bed ligt? | | |  |
| 24 | Kunt u uw declaraties elektronisch via VECOZO aanleveren? | | | Nee/ja\* |
| 25 | Heeft u ZZP’ers in dienst? | | | Nee/ja\*  Indien ja, welk percentage van de zorg wordt geleverd door ZZP’ers?  ...... % |
| 26 | Op welke locaties levert uw organisatie eerstelijnsverblijf? | | | *<Naam locatie / woonplaats>* |
| 27 | Werkt u als aanbieder samen met onderaannemers? | | | Nee/ja\* |
| 28 | Wat is de omzet Eerstelijnsverblijf van uw organisatie? | | |  |
| 29 | Wat is de totale jaaromzet van uw organisatie? | | |  |
| 30 | Wat is het resultaat van uw organisatie? | | |  |
| 31 |  | | |  |
| **D. Overeenkomst** | | | | |
| 32 | | Het betreft een overeenkomst voor: | O Eerstelijnsverblijf laag complex  O Eerstelijnsverblijf hoog complex  O Eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg | |
| 33 | | Waarom wenst u een overeenkomst? |  | |
| 34 | | Gewenste ingangsdatum van de overeenkomst: |  | |
| **E. Ondertekening** | | | | |
| 35 | | Wij wijzen u erop dat aan het invullen van deze vragenlijst geen rechten, met name het recht op het aangaan van een overeenkomst, kunnen worden ontleend.  Wanneer de vragenlijst onvolledig is ingevuld en/ of bijlagen ontbreken wordt de vragenlijst niet in behandeling genomen.  Aanvragen en bijbehorende documenten worden beoordeeld op de geschiktheidseisen, uitsluitingsgronden en aanvullende voorwaarden. Wanneer uw organisatie niet voldoet aan de geschiktheidseisen of wanneer een van de uitsluitingsgronden op u van toepassing is, wordt u uitgesloten van de contracteerprocedure.  Aldus naar waarheid ingevuld:  ……………………………………, ……………………………… ,……………………………..  (plaats) (datum) (handtekening) | | |