

Overeenkomst Zorgverzekeraar – GGZ instellingen 2019-2020

Deel I Zorgaanbiedergebonden deel

De ondergetekenden, partijen bij deze overeenkomst:

I De Zorgverzekeraar:	De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
KvK Nummer:	50884565
UZOVI:	3358
Statutair gevestigd en kantoorhoudend:	Sophialaan 50 8911 AE LEEUWARDEN

In deze mede handelend namens:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3314 en 3311); kvk 6088185
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (3313) kvk 30208634;
- FBTO Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden (3351) kvk 0208631;
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3329); mede voor haar volmachten (voor zover van toepassing)
 - o IAK Volmacht B.V. (8971);
 - o Aevitae B.V. (8958);

Rechtsgeldig vertegenwoordigd door: S.J. Hofenk, directeur De Friesland Zorgverzekeraar

II De Zorgaanbieder:

Naam instelling:	«naam_instelling»
Statutair gevestigd:	«stat_gevestigd»
Vestigings-/praktijkadres:	«inst_adres»
Postcode/plaats:	«inst_pc» «inst_plaats»
KvK nummer:	«Kvk_nr»
AGB code:*	«inst_srt»«inst_nr»
IBAN:	«IBAN_nr»
Rechtsgeldig vertegenwoordigd door:	«Aan_dhrmw» «Voorletters» «Voorv» «Naam_tekeningsbev»

*Voor het communiceren over deze overeenkomst en/of eventuele (aanvullende) (vervolg)overeenkomsten zal de zorgverzekeraar gebruik maken van het correspondentieadres en/of het e-mailadres zoals deze onder de praktijkcode (AGB) in het nieuwe AGB bestand staan weergegeven. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat in het nieuwe AGB bestand telkens het meest recente correspondentieadres en e-mailadres staan vermeld.

III Overeenkomst

komen ter zake van de verlening van Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) overeen hetgeen is bepaald in de overeenkomst Zorgverzekeraar – GGZ-instelling.

De overeenkomst bestaat uit:

Deel I : Zorgaanbiedergebonden deel

Deel II : Algemene bepalingen

Deel III : Zorgspecifiek deel

Bijlage 1 : Procedure voorafgaande toestemming

Bijlage 2 : Tarief en omzetplafond

Bijlage 3: Onderaannemers

Bij strijdigheid tussen de bepalingen uit Deel II en Deel III, gaan de bepalingen uit Deel III voor op de bepalingen uit Deel II.

IV Duur overeenkomst

De overeenkomst wordt gesloten voor een bepaalde tijd. De overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2019 en eindigt op 31 december 2020 (overeenkomst voor 2 jaar), behoudens de situaties genoemd in deel II, artikel 16 over tussentijdse beëindiging.

V Slotbepaling

Partijen verklaren met ondertekening van de overeenkomst bekend te zijn met de inhoud van de overeenkomst en daarmee in te stemmen.

Ondertekening

Plaats: Leeuwarden

Datum:

**De Friesland Zorgverzekeraar,
Rechtsgeldig vertegenwoordigd door:**

**De Zorgaanbieder,
Rechtsgeldig vertegenwoordigd door:**



**S.J. Hofenk
Directeur De Friesland Zorgverzekeraar**

«Voorletters» «Naam»

Deel II Algemene bepalingen

Artikel 1 Definities

Verstaan wordt onder:

- a. *aanvullende ziektekostenverzekering*: een ziektekostenverzekering ter aanvulling van de zorgverzekering;
- b. *behandelrelatie*: verhouding tussen een zorgaanbieder en een patiënt in het kader waarvan, al dan niet op grond van een behandelingsovereenkomst, zorg wordt verleend;
- c. *beroepsbeoefenaar*: zorgaanbieder die als arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, oefentherapeut, logopedist, ergotherapeut, diëtist, verloskundige, verpleegkundige of in de uitoefening van enig ander beroep in de gezondheidszorg praktijk uitoefent, al dan niet in de vorm van een rechtspersoon;
- d. *Burgerservicenummer*: het aan een natuurlijk persoon toegekende nummer als bedoeld in artikel 1 onder b van de Wet algemene bepalingen Burgerservicenummer;
- e. *COV*: applicatie 'controle op verzekeringsrecht' van Vecozo;
- f. *DBC*: diagnose behandel combinatie. Prestatiebeschrijving, omvattend het geheel van activiteiten en verrichtingen van zorginstelling en medisch specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist consulteert. Vanaf 1 januari 2012 worden zorgprestaties uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit sub-trajecten en zorgactiviteiten via door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde beslisbomen.
- g. *eigen bijdrage*: deel van de kosten van bepaalde vormen van zorg of overige diensten dat voor rekening van de verzekerde komt;
- h. *eigen risico*: bedrag aan kosten van zorg of overige diensten dat voor rekening van de verzekerde blijft;
- i. *fraude*: het opzettelijk door de zorgaanbieder verzwijgen van feiten of omstandigheden, het opzettelijk een verkeerde of onvolledige voorstelling van zaken geven of valse opgave verstrekken over de zorgverlening of de in rekening te brengen tarieven met als doel een (financieel) voordeel te behalen waarop geen recht bestaat.
- j. *Gepast gebruik*: onder gepast gebruik wordt verstaan dat de zorg voldoet aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zorgverzekeringswet en Besluit zorgverzekering, dat de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie. De zorg voldoet aan de volgende voorwaarden:
 - a. niet overbodig, maar nodig en noodzakelijk;
 - b. effectief, bewezen werkzaam;
 - c. niet te veel of te lang (overbehandeling), maar zo kort als mogelijk;
 - d. niet te weinig of te kort (onderbehandeling), maar zo lang als nodig;
 - e. niet duurder dan nodig of duurder dan alternatieven die even goed werken, maar kosteneffectief;
 - f. aangepast aan de zorgbehoefte en situatie van de ontvanger conform richtlijnen en protocollen, tenzij er een goede reden is om hier gemotiveerd van af te wijken;
- j. *Vecozo*: de besloten vennootschap Vecozo B.V.;
- k. *Vektis*: Vektis CV;
- l. *Vektis-standaard*: de externe-integratiestandaard van Vektis CV voor de communicatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- m. *verzekerde*: degene ten behoeve van wie een zorgverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering is gesloten;
- n. *verzekering*: zorgverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering;
- o. *Wet BIG*: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- p. *zorgaanbieder*: degene met wie de zorgverzekeraar een zorgovereenkomst is aangegaan;
- q. *zorgovereenkomst*: de tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar gesloten overeenkomst met betrekking tot verlening van zorg aan verzekerden van de zorgverzekeraar;
- r. *zorgverzekeraar*: De Friesland Zorgverzekeraar of de verzekeraar die zorgverzekeringen en/of aanvullende ziektekostenverzekeringen aanbiedt, voor zover deze bij het aangaan van een zorgovereenkomst vertegenwoordigd is door De Friesland Zorgverzekeraar;
- s. *zorgverzekering*: een verzekering als omschreven in artikel 1 onder d Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Zorg

1. De zorgaanbieder verleent aan verzekerden van de zorgverzekeraar die zich tot hem wenden de zorg zoals omschreven in deel III, voor zover de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht heeft op die zorg dan wel op gehele of gedeeltelijke vergoeding van kosten daarvan.
2. Een zorgaanbieder draagt bij afwezigheid zorg voor waarneming overeenkomstig de daarvoor in zijn beroepsgroep gebruikelijke regelingen.
3. De zorgaanbieder verleent medewerking aan en handelt met inachtneming van de procedures die de zorgverzekeraar hanteert met betrekking tot toestemming en machtiging voor zorg.
4. De zorgverzekeraar verstrekt aan de zorgaanbieder de noodzakelijke informatie over de procedures als bedoeld in lid 3.

Artikel 3 Weigering en beëindiging van zorg

1. De zorgaanbieder kan het aangaan van een behandelrelatie met een verzekerde weigeren of de behandelrelatie beëindigen wegens gewichtige redenen.
2. De zorgaanbieder handelt overeenkomstig de 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
3. De zorgaanbieder pleegt overleg met de zorgverzekeraar voordat hij het aangaan van een behandelrelatie weigert of de behandelrelatie beëindigt.

Artikel 4 Kwaliteit en doelmatigheid

1. De zorgaanbieder handelt bij de verlening van zorg in overeenstemming met de wettelijke voorschriften met betrekking tot de verlening van zorg, waaronder, telkens voor zover op de zorgaanbieder van toepassing, de regels gesteld bij of krachtens afdeling 5 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling), de wet BIG, de Wet toelating zorginstellingen en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.
2. De zorgaanbieder staat ervoor in dat, voor zover wettelijk vereist:
 - a. de personen die in het kader van de zorgovereenkomst zorg verlenen daartoe bevoegd zijn op grond van de Wet BIG;
 - b. hij beschikt over een toelating ingevolge de Wet toelating zorginstellingen.
3. De zorgaanbieder handelt in overeenstemming met de regels gesteld bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg.
4. De zorgaanbieder verleent zorg met inachtneming van de voor hem toepasselijke, meest recente richtlijnen, standaarden en protocollen, behoudens voor zover in het belang van een goede patiëntenzorg afwijking daarvan geboden is.
5. De zorgaanbieder laat zich bij de verlening van zorg mede leiden door overwegingen van doelmatigheid, waaronder in elk geval begrepen een afweging van de kosten en baten van de zorg, en verleent geen zorg die leidt tot onnodige kosten en zorgt ervoor dat er sprake is van gepast gebruik van zorg.
6. De zorgaanbieder streeft ernaar dat, zo veel als redelijkerwijs mogelijk is, aan een verzekerde zorg wordt verleend door dezelfde persoon of personen.
7. De zorgaanbieder spant zich in om samenwerking aan te gaan met andere relevante zorgaanbieders, dan wel andere relevante organisaties, ten behoeve van het realiseren van een sluitend zorgaanbod.

Artikel 5 Organisatie zorgaanbieder

1. De zorgaanbieder onderschrijft (de uitgangspunten van) de Zorgbrede Governancecode.
2. De zorgaanbieder voert een zodanig financieel beleid dat er sprake is, of in afzienbare tijd zal zijn, van een financieel gezonde positie.
3. De zorgaanbieder draagt zorg voor een goed werkklimaat voor zijn personeel.

Artikel 6 Controle identiteit en verzekeringsrecht

1. De zorgaanbieder stelt voor het aangaan van een behandelrelatie de identiteit van de verzekerde vast aan de hand van een document zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht.
2. De zorgaanbieder stelt voor aanvang van de zorg en voor het indienen van de declaratie met toepassing van de applicatie COV vast of de verzekerde op die momenten is verzekerd bij de zorgverzekeraar.

3. De zorgaanbieder legt in zijn administratie in elk geval vast:
 - a. de naam van de verzekerde;
 - b. de naam en de Uzovicode van de zorgverzekeraar;
 - c. het Burgerservicenummer van de verzekerde;
 - d. de geboortedatum van de verzekerde;
 - e. het polisnummer van de verzekerde.

Artikel 7 Declaratieverkeer

1. De zorgaanbieder brengt de kosten van de door hem verleende zorg in rekening door indiening van een declaratie bij de zorgverzekeraar.
2. Op de in rekening gebrachte kosten wordt een eventuele door de verzekerde verschuldigde eigen bijdrage in mindering gebracht.
3. De zorgaanbieder dient declaraties uitsluitend in via Vecozo met gebruikmaking van de meest recente Vektis-standaard, bestemd voor de categorie van zorgaanbieders waartoe hij behoort.
4. De zorgaanbieder spant zich in om declaraties in te dienen telkens binnen een maand na afloop van de maand waarin de zorg is verleend dan wel, indien een DBC wordt gedeclareerd, binnen een maand na afloop van de maand waarin de DBC gesloten is.
5. De zorgverzekeraar verstrekt de zorgaanbieder digitale retourinformatie inzake de ingediende declaraties. De retourinformatie vermeldt het betaalbaar gestelde bedrag en, indien van toepassing, een specificatie van de prestaties of bedragen waarvoor de declaratie is afgewezen of gecorrigeerd.
6. De zorgverzekeraar stelt de in lid 5 bedoelde informatie binnen 30 dagen na ontvangst van de declaratie via Vecozo beschikbaar.
7. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar brengen elkaar onverwijld op de hoogte van afwijkingen in het declaratieverkeer, waaronder vertragingen. Bij omstandigheden die leiden of kunnen leiden tot een substantiële stagnatie in de aanlevering of afwikkeling van declaraties wordt in onderling overleg naar een passende oplossing gezocht.
8. De zorgaanbieder brengt geen kosten in rekening aan de verzekerde, met uitzondering van, indien van toepassing:
 - a. een door de verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering verschuldigde eigen bijdrage;
 - b. het deel van de kosten van zorg op vergoeding waarvan de verzekerde geen recht heeft op grond van zijn aanvullende ziektekostenverzekering.

Artikel 8 Declareren via derden

1. Namens of ten behoeve van de zorgaanbieder kunnen de declaraties door een derde partij worden ingediend.
2. De zorgaanbieder deelt schriftelijk aan de afdeling Contractbeheer van De Friesland Zorgverzekeraar de naam, het adres en het IBAN van de derde partij mee alsmede de naam van een vaste contactpersoon ten behoeve van de zorgverzekeraar.
3. Naast het elders in dit deel II bepaalde gelden de volgende bepalingen:
 - a. namens of ten behoeve van de zorgaanbieder worden alle declaraties door de derde partij ingediend;
 - b. de in artikel 8 lid 5 bedoelde informatie wordt uitsluitend aan de derde partij verstrekt;
 - c. betalingen ten behoeve van de zorgaanbieder geschieden uitsluitend aan de derde partij;
 - d. door betaling aan de derde partij is de zorgverzekeraar/(ex-)verzekerde jegens de zorgaanbieder gekweten;
 - e. de zorgverzekeraar kan een vordering op de zorgaanbieder verrekenen met een of meer declaraties die door de derde partij namens of ten behoeve van de zorgaanbieder worden ingediend.
4. De zorgverzekeraar kan zijn medewerking aan het declareren door een derde partij opschorten of beëindigen, indien het bepaalde in leden 2 en 3 niet of onvoldoende in acht wordt genomen.
5. De zorgaanbieder kan het declareren via een derde beëindigen, mits de zorgverzekeraar ten minste een maand voor de beëindiging daarvan schriftelijk in kennis wordt gesteld.

Artikel 9 Recht op voldoening van de declaratie

1. De zorgaanbieder heeft tegenover de zorgverzekeraar recht op voldoening van zijn declaratie voor zorg die in overeenstemming met de zorgovereenkomst is verleend.
2. De zorgaanbieder heeft jegens de zorgverzekeraar geen recht op voldoening van de declaratie indien of voor zover:
 - a. de verzekerde jegens de zorgverzekeraar geen recht heeft op de verleende zorg of op vergoeding van de kosten van die zorg;

- b. de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd is en deze niet in de declaratie in mindering is gebracht;
- c. de declaratie niet overeenkomt met de tarieven die in de zorgovereenkomst zijn overeengekomen;
- d. de declaratie op andere wijze is ingediend dan overeenkomstig artikel 8 lid 3 of het daarover in de zorgovereenkomst bepaalde;
- e. na de maand waarin de zorg is verleend zes maanden zijn verstreken dan wel, indien een DBC wordt gedeclareerd, na de maand waarin de DBC is gesloten zes maanden zijn verstreken;
- f. sprake is van fraude.

Artikel 10 Betaling

1. De zorgverzekeraar voldoet de door de zorgaanbieder ingediende declaratie, voor zover juist bevonden, door betaling op het door de zorgaanbieder aangegeven IBAN.
2. De declaratie wordt voldaan ongeacht een voor de verzekerde geldend eigen risico. De zorgverzekeraar zal het eigen risico bij de verzekerde incasseren.
3. Betaalbaarstelling geschiedt binnen 30 dagen na ontvangst van de declaratie. Deze termijn geldt niet voor zover de zorgverzekeraar de declaratie betwist.
4. Mocht de zorgverzekeraar door eigen toedoen niet tijdig tot een definitieve betaling over kunnen gaan, dan zal een voorlopige betaling plaatsvinden van 95% van het totaalbedrag van de ingediende declaratie. Een voorlopige betaling zal niet plaatsvinden, indien door toedoen van de zorgaanbieder de aangeleverde declaratie door de zorgverzekeraar niet (correct) verwerkt kan worden.

Artikel 11 Informatie

1. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar verstrekken elkaar de informatie die redelijkerwijs nodig is voor een goede uitvoering van de zorgovereenkomst en de verzekering(en).
2. Partijen maken nadere afspraken over de informatieverstrekking door de zorgaanbieder inzake de (landelijke) prestatie-indicatoren over in ieder geval klantgerichtheid, effectiviteit en toegankelijkheid van zorg.
3. De zorgverzekeraar kan gegevens over de zorgaanbieder en diens zorgverlening opnemen op een of meer door de zorgverzekeraar beheerde websites.
4. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar over een voorgenomen overdracht van de onderneming door middel van fusie, overdracht van aandelen of activa of enige andere rechtshandeling die leidt tot een aanmerkelijke wijziging van de zeggenschap over de onderneming van de zorgaanbieder en over voorgenomen neerlegging van de praktijk/staken van de onderneming van de zorgaanbieder.
5. De zorgaanbieder verstrekt aan de verzekerde de informatie over de inhoud en omvang van de verzekerde prestaties ingevolge de verzekering(en) die de verzekerde redelijkerwijs nodig heeft, en wint met het oog op een juiste voorlichting van verzekerden zo nodig inlichtingen in bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verstrekt deze inlichtingen zo spoedig mogelijk aan de zorgaanbieder.
6. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverzekeraar en Vektis beschikken over de gegevens die voor de goede uitvoering van het declaratie- en betalingsverkeer nodig zijn en handelt daartoe overeenkomstig de hem door de zorgverzekeraar gegeven aanwijzingen.

Artikel 12 Materiële controle

1. De zorgverzekeraar voert materiële controle uit. Hij houdt zich daarbij aan de geldende regelgeving en de voor hem geldende gedragscodes en protocollen. De wijze van uitvoering van de materiële controle is voorbehouden aan de zorgverzekeraar.
2. De zorgaanbieder beschikt over een zodanig toegankelijke administratie van de zorgdossiers, dat materiële controle op eenvoudige wijze mogelijk is. Deze administratie is toegankelijk voor de (para)medisch adviseur en de onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur vallende administratieve medewerkers van de zorgverzekeraar.
3. De zorgaanbieder draagt zorg voor een juiste en volledige vastlegging van medische en administratieve gegevens die benodigd zijn voor een materiële controle op de aan de zorgverzekeraar gedeclareerde bedragen. Daarbij geldt ten behoeve van de materiële controle door de zorgverzekeraar een minimale bewaartermijn van vijf jaren. Dit geldt ook indien de betreffende verzekerde is overleden.
4. De zorgaanbieder verleent aan de in lid 1 bedoelde materiële controle alle medewerking die redelijkerwijs van hem kan worden gevergd, met inbegrip van het verstrekken van kopieën van bescheiden waarover de zorgaanbieder de beschikking heeft.

5. De zorgverzekeraar kan verlangen dat de zorgaanbieder aan hem, desgevraagd tegen ontvangstbewijs, originele bescheiden ter hand stelt voor de tijd die de zorgverzekeraar nodig heeft om daarin inzage te nemen.

Artikel 13 Fraude

1. De zorgverzekeraar kan fraude registreren in de tussen verzekeringsmaatschappijen toepasselijke signaleringssystemen.
2. De zorgaanbieder is bij fraude aan de zorgverzekeraar schadevergoeding verschuldigd, mede omvattend de kosten van opsporing en onderzoek van de fraude.

Artikel 14 Aansprakelijkheid en vrijwaring

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij gedurende de periode waarin de zorgovereenkomst van kracht is, verzekerd is voor aansprakelijkheid jegens patiënten of cliënten, tot het bedrag en onder de voorwaarden die gebruikelijk zijn in de kring van degenen tot wie de zorgaanbieder behoort.
2. De zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de zorgverzekeraar inzage in de polis en de voorwaarden van de in lid 1 bedoelde verzekering.
3. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor aanspraken van verzekerden verband houdend met de door de zorgaanbieder verleende zorg.

Artikel 15 Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Zorgverzekeraar en zorgaanbieder handelen bij de verwerking van persoonsgegevens met inachtneming van de regels, daarover gesteld bij of krachtens de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) de ten aanzien van zorgverzekeraars toepasselijke gedragscode, de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg.

Artikel 16 Duur en einde van de zorgovereenkomst

1. De zorgovereenkomst is aangegaan voor de tijd als vermeld in deel I.
2. De zorgovereenkomst eindigt:
 - a. bij het verstrijken van de in lid 1 genoemde termijn;
 - b. met wederzijds goedvinden;
 - c. bij overlijden van een zorgaanbieder die beroepsbeoefenaar is/een praktijkouder;
 - d. met ingang van het tijdstip waarop een zorgaanbieder die beroepsbeoefenaar is/een praktijkouder onder curatele staat;
 - e. zodra aan de zorgaanbieder/een praktijkouder surseance van betaling wordt verleend of deze in staat van faillissement wordt verklaard.
 - f. indien ten gevolge van een uitspraak gedaan door de Inspectie voor de Gezondheidszorg of gedaan op grond van de Wet BIG en/of het Wetboek van Strafrecht, het de zorgaanbieder/een praktijkhouder niet meer is toegestaan in de praktijk in volle omvang zorg te leveren dan wel zijn beroep in volle omvang en voor eigen verantwoordelijkheid uit te oefenen;
 - g. wanneer de zorgverzekeraar en/of de zorgaanbieder niet meer voldoet/voldoen aan de voorwaarden zoals omschreven in de van toepassing zijnde definitie. Dit geldt niet indien de toelating van de zorgverzekeraar wordt ingetrokken als gevolg van een overname van "de portefeuille" door een andere zorgverzekeraar. In dit geval gaan de rechten en verplichtingen die de zorgverzekeraar ingevolge deze overeenkomst heeft, over op de overnemende zorgverzekeraar.
3. De zorgaanbieder die beroepsbeoefenaar is, kan de zorgovereenkomst in geval van neerlegging van de praktijk tussentijds opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden.
4. Onverminderd de bevoegdheid tot ontbinding van de overeenkomst kan de zorgverzekeraar de zorgovereenkomst tussentijds opzeggen:
 - a. in geval van fraude;
 - b. in geval van fusie van de zorgaanbieder, overdracht van aandelen of activa van de zorgaanbieder of enige andere rechtshandeling die leidt tot een aanmerkelijke wijziging van de zeggenschap over de onderneming;
 - c. ten aanzien van een zorgaanbieder die beroepsbeoefenaar is: indien diens praktijk gedurende een aaneengesloten periode van zes maanden is waargenomen.
5. Opzegging of ontbinding van de zorgovereenkomst geschiedt schriftelijk.
6. Indien gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst (zwaarwegende) wijzigingen optreden in de relevante wet- en regelgeving of de continuïteit van zorgverlening in gevaar komt, treden partijen zo spoedig mogelijk met elkaar in overleg.

Artikel 17 – Toepasselijk recht

1. Nederlands recht is van toepassing.
2. Door de zorgaanbieder gehanteerde algemene voorwaarden zijn niet van toepassing.
3. Afwijkingen van de overeenkomst in al haar onderdelen zijn slechts geldig als deze schriftelijk zijn overeengekomen.

Deel III Zorgspecifiek deel

Artikel 1 Definities

- a. *Behandelpjan*: het onderdeel van de overeenkomst tussen patiënt en hulpverlener ten aanzien van de reden, het doel en de aard van de behandeling;
- b. *DBC*: De Diagnose Behandeling Combinatie;
- c. *DBC-zorgproduct*: een DBC omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde GGZ-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De DBC vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg;
- d. *GGZ-instelling*: de overeenkomstig de toepasselijke wet- en regelgeving toegelaten instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert;
- e. *Zorg*: Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) als bedoeld in de Zorgverzekeringswet. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen voortvloeit uit de Zorgverzekeringswet c.a. Het betreft zowel gespecialiseerde GGZ en generalistische Basis GGZ;
- f. *Zorgaanbieder*: een GGZ-instelling met een Wtzi-toelating die specialistische GGZ en generalistische Basis GGZ levert en partij is bij deze overeenkomst;
- g. *Zorgverlener*: degene die daadwerkelijk zorg verleent aan de verzekerde.
- h. *LGGZ*: 366e dag tot en met de 1095e dag van de langdurige intramurale op behandeling gerichte GGZ bekostigd middels een ZZP GGZ
- i. *Omzetplafond*: het maximum van de kosten die de zorgverzekeraar(s) in enig jaar aan de zorgaanbieder vergoedt op basis van ingediende en goedgekeurde declaraties, voor zorg geleverd aan de verzekerden van de zorgverzekeraar(s).

Artikel 2 Prestatie

1. De zorgaanbieder levert aan verzekerden van de zorgverzekeraar de zorg waarop de verzekerde krachtens zijn zorgverzekering recht heeft dan wel waarvoor hij jegens de verzekeraar recht op vergoeding van (een deel van) de kosten heeft. Bij alle zorg geldt dat deze door de zorgaanbieder wordt geleverd, voor zover van toepassing, met inachtneming van de inhoud van de bijlagen behorend bij deze overeenkomst.
2. De zorgaanbieder levert de prestatie met inachtneming van de voorwaarden zoals die in de zorgverzekering van de verzekerde en de overeenkomst zijn gesteld. De verzekeringsvoorwaarden zijn te vinden op [Polisvoorwaarden De Friesland Zorgverzekeraar](#) en [Polisvoorwaarden Zilveren Kruis](#).
3. Onverminderd het bepaalde in lid 2, volgt de zorgaanbieder het overzicht van (psychologische) interventies binnen de GGZ zoals opgenomen in de circulaires van Zorgverzekeraars Nederland. In dit document is zowel een dynamisch overzicht van psychologische interventies binnen de GGZ die *wel* voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk (positieve lijst) opgenomen als een dynamisch overzicht van psychologische interventies binnen de GGZ die *niet* voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk (negatieve lijst). Deze staat op de website van Zilveren Kruis (<https://www.zilverenkruis.nl/Consumenten/vergoedingen/Paginas/Uitsluitingen-Basis-GGZ-en-gespecialiseerde-GGZ.aspx>)

4. LGGZ kan alleen geleverd worden voor rekening van De Friesland Zorgverzekeraar indien er door De Friesland Zorgverzekeraar voorafgaand aan de zorglevering toestemming is verleend. Hierbij wordt de procedure als beschreven in bijlage 1 gevolgd. Voor de overige zorgverzekeraars die partij zijn bij deze overeenkomst geldt voor de toegang tot de LGGZ dat de zorgaanbieder de Checklist LGGZ¹ dient te gebruiken.

Artikel 3 Zorginkoopbeleid en bestuursverklaring

1. Het zorginkoopbeleid 2019-2020 Geestelijke Gezondheidszorg, zoals gepubliceerd op de website van De Friesland Zorgverzekeraar², met bijlagen, de eventuele Nota('s) van Inlichtingen en de door de zorgaanbieder ingediende bestuursverklaring (inclusief eventuele bijlagen) maken integraal onderdeel uit van onderhavige overeenkomst. Dit geldt niet indien en voor zover de zorgverzekeraar op basis van de beoordeling van de door de zorgaanbieder ingevulde "inkoopcriteria" (indien van toepassing) heeft geoordeeld dat de zorgaanbieder niet kan voldoen aan bepaalde inkoopcriteria en het maximaal te declareren tarief en het omzetplafond daarop heeft afgestemd.
2. De zorgverzekeraar monitort of de zorgaanbieder voldoet aan hetgeen omtrent de inkoopcriteria is verklaard.
3. Indien gedurende de looptijd van de overeenkomst blijkt dat de zorgaanbieder niet voldoet aan : hetgeen hij heeft verklaard omtrent de inkoopcriteria (indien van toepassing) of een (indien van toepassing) door hem ingediend voorstel en dit gevolgen had moeten hebben voor de toekenning van het omzetplafond of het maximaal te declareren tarief kan het omzetplafond en/of het maximaal te declareren tarief zoals opgenomen in bijlage 2 met terugwerkende kracht naar 1 januari 2019 eenzijdig door de zorgverzekeraar naar beneden worden bijgesteld. De bijstelling wordt verwerkt in een nieuwe bijlage 2, die automatisch onderdeel wordt van de overeenkomst.

Artikel 4 Kwaliteit en doelmatigheid

1. De zorgaanbieder onderschrijft het belang van het verder verbeteren van zorgkwaliteit, datatransparantie, doelmatigheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg op de langere termijn. Concentratie en spreiding van zorg draagt daaraan bij indien dit plaats vindt op basis van gefundeerde gegevens en zorgvuldige analyse. De zorgaanbieder wil bijdragen aan de beleidsvorming middels het leveren van expertise en data ten behoeve van het vaststellen van een optimale concentratie en spreiding van de specialistische GGZ in Noord Nederland
2. De zorgaanbieder voldoet aan de eisen met betrekking tot het Veiligheid Management Systeem (VMS).
3. De zorgaanbieder heeft de verantwoordelijkheid voor een interne kwaliteitscyclus. Op (eerste) verzoek van de zorgverzekeraar kan de zorgaanbieder aantonen dat de kwaliteitscyclus optimaal werkt en is geborgd in de organisatie.
4. De zorgaanbieder brengt jaarlijks de kwaliteit van zorg vanuit cliëntperspectief in kaart (bijvoorbeeld middels de Consumer Quality Index). Wanneer er aanleiding is tot verbeteren van de zorg stelt de zorgaanbieder een verbeterplan, op basis van de gemeten resultaten, op.

¹ **Checklist LGGZ:** de Checklist is terug te vinden op de website van Zilveren Kruis (zorgaanbiedersdeel) of op het openbare deel van de ZN-site. De zorgaanbieder vult in de negende maand van het eerste jaar klinische opname met ggz-behandeling de Checklist GGZ in LGGZ conform bijbehorende toelichting. Met deze Checklist GGZ legt de zorgaanbieder vast waarom deze cliënt in onderling overleg met zorgaanbieder behoefte heeft aan LGGZ op de 366e dag van de klinische ggz-opname en legt een zorgaanbieder haar inschatting van rechtmatige levering van de LGGZ-prestatie vast. De Checklist LGGZ vult de zorgaanbieder in bij de eerste keer gebruik van de LGGZ van cliënt en bij relevante veranderingen met consequenties voor de bestaande zorg gedurende verblijf in de LGGZ. De Checklist LGGZ dient in het dossier bewaard te worden. De zorgaanbieder geeft ZK inzage in de checklist als hier om gevraagd wordt in het kader van een controle.

Daarnaast ondersteunen - naast de Checklist LGGZ - de volgende beschikbare middelen de zorgaanbieder om te komen tot vastlegging van de zorgzwaarte: gebruik van de CIZ-beslisboom/ cliëntprofielen 2014 en de tarieven en prestatiebeschrijving gespecialiseerde GGZ 2019.

² <https://www.defriesland.nl/Images/zorginkoopbeleid-2019-GGZ-36472.pdf>

5. De zorgaanbieder spant zich in om de extramurale zorgverlening zodanig in te richten dat het niet of minder lang nodig is om patiënten op te nemen in een klinische setting.
6. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn personeelsleden geen taken worden opgedragen die niet in overeenstemming zijn met hun kennis en kunde. De zorgaanbieder stelt protocollen op voor zover dat noodzakelijk is ter borging van de kwaliteit van zorg.
7. Voor de toepassing van deze overeenkomst worden, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de student, waarnemer, loondienstmedewerker(s) en derden aan wie (delen van) de DBC (het DBC zorgproduct) wordt/worden uitbesteed, handelingen van de student, waarnemer, loondienstmedewerker(s) en de hiervoor bedoelde derden, beschouwd als te zijn handelingen verricht door de zorgaanbieder..
8. Indien een verzekerde de behandeling elders wil laten verrichten, draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat de behandelende zorgverlener hieraan medewerking verleent. De zorgaanbieder draagt zorg voor een tijdige en correcte overdracht van het gehele dossier van de verzekerde aan de zorgaanbieder die navolgend de zorg gaat verlenen.
9. De zorgaanbieder levert de zorg met inachtneming van de Treeknormen. De zorgaanbieder publiceert de meest recente wachtlijst informatie op zijn website en levert deze aan bij Vektis (conform regelgeving).
10. De zorgaanbieder levert effectiviteitsgegevens aan bij Stichting Benchmark GGZ (SBG) of conform de afspraken in de samenwerkingsovereenkomst die tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland op 5 juli 2010 is gesloten vanaf het moment dat de Autoriteit Persoonsgegevens een uitspraak heeft gedaan dat de werkwijze conform de regelgeving omtrent de bescherming van persoonsgegevens is danwel conform die eisen zoals gesteld gaan worden door het Kwaliteitsstatuur (AKWA) in oprichting.
11. De zorgaanbieder levert een passend zorgaanbod Generalistische basis GGZ. De volgende behandelcomponenten horen daarbij: intake, diagnostiek, ROM en verslaglegging; aanvullende psychodiagnostiek(zo nodig); (groeps-)behandeling (met onderscheid naar face-to-face, e-health of blended); geïndiceerde en/of zorggerelateerde preventie; consultatie/inzet deskundigheden (zo nodig).
12. De regionale crisisdienst in Friesland wordt uitgevoerd door de een door Friesland Zorgverzekeraar geselecteerde zorgaanbieder³. De zorgaanbieder werkt in het kader van de regionale crisisdienst samen met die partij en heeft de uit de samenwerking voortvloeiende werkwijzen/protocollen etc. die op basis van (maatwerk)afspraken met de regionale crisisdienst zijn vastgesteld, geïmplementeerd.
13. De aanbieder onderschrijft de doelstellingen van Het Fries GGZ Schakelpunt (FGS), en sluit daartoe een gebruikers overeenkomst met GGZ Friesland. De aanbieder stimuleert onder zijn cliënten het instemmen met opname van het signaleringsplan in FGS, en gebruikt daartoe het ontwikkelde informatie materiaal. De aanbieder draagt ervoor zorg, dat de gegevens in het opgeslagen signaleringsplan de meest actuele toestand en behandelvorm van de cliënt weergeeft.
14. De zorgaanbieder heeft voor de groep EPA patiënten, naast de psychiatrische behandeling, ook aandacht voor behandeling van de met de psychiatrische ziektebeelden samenhangende vroegtijdige somatische veroudering en tandheelkundige problemen. De zorgaanbieder screent daarop. De zorgaanbieder heeft hiervoor een vastgesteld beleid en een protocol waarin de screening is uitgewerkt.
15. De positie van de familie/naastbetrokkenen van de cliënt is bij de zorgverlening geborgd. De zorgaanbieder heeft een vastgesteld familiebeleid waarin in ieder geval wordt aangegeven wanneer de positie van de familie ter sprake komt binnen het behandel- of begeleidingstraject en wanneer de familie zo mogelijk een actieve rol binnen de behandeling/begeleiding heeft.
16. Het behandelplan wordt middels gedeelde besluitvorming vastgesteld en binnen zes weken na start van de behandeling schriftelijk of elektronisch vastgelegd en opgenomen in het patiëntendossier. Dit behandelplan zal met de cliënt worden geëvalueerd.

³ Voor de zorg na de eerste 72 uur is dit GGZ Friesland. Voor de eerste 72 uur wordt dit nog nader vastgesteld.

17. De klant heeft de mogelijkheid om gebruik te maken van e-mental health toepassingen om zelf regie te houden over zijn of haar psychische gesteldheid. Daarbij gelden de volgende basiseisen:
 - o De zorgaanbieder biedt aan alle cliënten die in de instelling verblijven, de mogelijkheid om gebruik te kunnen maken van internet (bijvoorbeeld door middel van WIFI, een vaste verbinding of het beschikbaar stellen van een computer).
 - o De zorgaanbieder stelt voor elke cliënt een Personal Health Record (PHR) beschikbaar. Deze PHR is toegankelijk voor de cliënt zelf.
18. Indien een verzekerde de behandeling elders wil laten verrichten, draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat de behandelende zorgverlener hieraan medewerking verleent. De zorgaanbieder draagt zorg voor een tijdige en correcte overdracht van het gehele dossier van de verzekerde aan de zorgaanbieder die navolgend de zorg gaat verlenen.
19. Indien de behandeling of een deel van de behandeling niet medisch geïndiceerd is en de kosten derhalve niet door de zorgverzekeraar vergoed zullen worden, stelt de zorgaanbieder de verzekerde hiervan vooraf schriftelijk op de hoogte. Indien de zorgaanbieder dit nalaat, komen de kosten van behandeling voor rekening van de zorgaanbieder.

Artikel 5 Weigering en beëindiging van de zorg

1. Bij weigering van de zorg is de instelling, naar vermogen en rekening houdend met de individuele mogelijkheden van de verzekerde, de verzekerde behulpzaam bij het vinden van andere mogelijkheden van zorgverlening.
De instelling beëindigt de zorg voor verzekerde niet voordat op een andere wijze in de benodigde zorg is voorzien, voor zover dat in redelijkheid van de instelling gevergd kan worden.
2. Van een weigering of beëindiging van de behandeling doet de instelling onverwijld mededeling aan de verzekerde of de huisarts van de verzekerde en -schriftelijk- aan de betreffende zorgverzekeraar. In het geval de continuïteit van de zorgverlening niet gewaarborgd kan worden, laat de instelling zo mogelijk vooraf contact opnemen met de adviserend geneeskundige van de zorgverzekeraar.
3. Eenmaal aangevangen zorg wordt nooit beëindigd omdat de zorgaanbieder het overeengekomen omzetplafond dreigt te overschrijden of heeft overschreden.
4. Partijen zoeken in onderling overleg oplossingen voor het stagneren van de continuïteit van de zorg en problemen die de tijdige en ongestoorde levering van zorg (kunnen) belemmeren.

Artikel 6 Samenwerking en ketenzorg

1. De zorgaanbieder spant zich in om samenwerking aan te gaan met collega-zorgaanbieder/zorgverleners en andere voor de zorgverlening relevante zorgaanbieders dan wel andere organisaties ten behoeve van het realiseren van een sluitend zorgaanbod.
2. Op verzoek maakt de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar inzichtelijk op welke wijze hij de samenwerking als genoemd in lid 1 vorm geeft.

Artikel 7 Certificering

De zorgaanbieder beschikt over een landelijk erkend werkend kwaliteitssysteem. Indien de zorgaanbieder op het moment van het aangaan van de overeenkomst niet is gecertificeerd, draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat hij bezig is met een traject dat aantoonbaar leidt tot een extern gecertificeerd systeem, namelijk een kwaliteitssysteem dat landelijk erkend is, dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit) leidend tot een certificaat en dat de resultaten voor cliënten centraal stelt (conform landelijk vastgestelde velden verantwoorde zorg).

Artikel 8 Doelmatig geneesmiddelengebruik

1. De zorgaanbieder bevordert doelmatig geneesmiddelengebruik. Dit houdt ten minste in dat:
 - a. wordt voorgeschreven volgens de professionele standaard en de normen van de beroepsgroep;
 - b. wordt voorgeschreven volgens de prescriptievoorwaarden (leveringstermijnen) zoals opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden onder farmaceutische zorg;

- c. op stofnaam wordt voorgeschreven, tenzij er sprake is van een medisch inhoudelijk reden om op merknaam voor te schrijven.
2. De zorgaanbieder verleent medewerking aan het goed functioneren van plaatselijk medisch-farmaceutisch overleg. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder kunnen nadere afspraken maken met betrekking tot de aard van het plaatselijk medisch-farmaceutisch overleg.
 3. Indien genees- en verbandmiddelen door personeel van de zorgaanbieder bij hun werkzaamheden worden voorgeschreven, bevordert de zorgaanbieder naar beste vermogen dat zulks op medisch/farmacotherapeutisch en economisch verantwoorde wijze geschiedt. Uitgangspunt is dat wordt voorgeschreven op basis van evidence based criteria en dat generieke middelen worden voorgeschreven.
De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de kosten van geneesmiddelen, die gebruikt worden tijdens de duur van het intramurale verblijf (voor zover van toepassing), ten laste van het budget van de zorgaanbieder komen.

Artikel 9 Verantwoording en informatie

1. Indien aan medewerkers/zorgverleners van de zorgaanbieder op grond van de Wet BIG een of meerdere maatregelen is/zijn opgelegd, dan meldt hij dit onverwijld aan de zorgverzekeraar.
2. Jaarlijks stuurt de zorgaanbieder binnen één maand na de officiële vaststelling daarvan en met inachtneming van de wettelijke termijnen, de zorgverzekeraar de jaarrekening en het jaarverslag over het voorafgaande boekjaar ter kennisneming toe. De jaarrekening dient te zijn voorzien van een verklaring van een accountant als bedoeld in artikel 393, eerste lid, van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek. De zorgaanbieder dient daarbij ook inzicht te verschaffen in de relevante kosten-, opbrengst- en productiegegevens.
3. Op verzoek van de zorgverzekeraar dienen jaarlijks in ieder geval de volgende gegevens door de zorgaanbieder te worden verstrekt:
 - gegevens inzake voorschrijfgedrag ten aanzien van medicatie;
 - de gevulde Basisset Prestatie-indicatoren geestelijk gezondheidszorg en verslavingszorg.
4. De zorgverzekeraar monitort periodiek de gerealiseerde productie middels de Uniforme Productiemonitor. De aanleverperiode is tweemaandelijks, te starten op peildatum 1 mei van het shadejaar. De zorgaanbieder verstrekt de ingevulde uniforme productiemonitor binnen vier weken na afloop van de peildatum aan de zorgverzekeraar.
5. De zorgaanbieder is gehouden de reden van een structurele afwijking ten opzichte van de productieafspraken aan de zorgverzekeraar onverwijld te melden.
6. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar over evaluaties, visitaties en benchmarkgegevens. Tevens stelt de zorgaanbieder de rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op verzoek ter beschikking aan de zorgverzekeraar.
7. De zorgaanbieder maakt inzichtelijk of werkzaamheden worden uitbesteed aan organisaties waarin de bestuurder/directeur (die verantwoordelijk is voor de dagelijkse gang van zaken) een aandeelhouderschap heeft. Daarnaast meldt de zorgaanbieder de zorgverzekeraar tijdig uit eigen beweging wanneer hij bezig is een fusie dan wel samenwerkingsverbanden aan te gaan.

Artikel 10 Overleg

Partijen spreken gezamenlijk af om regelmatig, maar in ieder geval bij voorzienbare niet nakoming, alsmede voor zover daartoe een concrete aanleiding bestaat overleg te voeren. In beginsel komen daarbij de volgende onderwerpen aan de orde:

- a. het door de zorgaanbieder te voeren beleid met betrekking tot:
 1. aard en omvang van de in het kader van de Zorgverzekeringswet te verlenen zorg en de daarmee samenhangende kosten;
 2. toelatingen en vergunningen van de zorgaanbieder;
 3. indicatiestelling/verwijzing;
 4. opname, behandeling en ontslag;
 5. de samenwerking met andere in de regio werkzame zorgaanbieders.
- b. het financiële beleid van de instelling;

- c. het door de zorgverzekeraar te voeren beleid met betrekking tot aard, omvang en kwaliteit van de zorgverlening in het algemeen en eventuele gevolgen daarvan voor de zorgaanbieder.

Artikel 11 Uitbesteding aan derden

1. Als de zorgaanbieder (delen van) de DBC uitbesteedt aan derden, verreken de zorgaanbieder de kosten daarvan zelf met deze derden.
2. Als de zorgaanbieder bij levering van de zorg gebruik maakt van een derde partij, draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat de uitbestede zorg aan dezelfde eisen – zoals op het gebied van kwaliteit – voldoet, als die welke aan de zorgverlening van hemzelf zijn gesteld middels deze overeenkomst.
3. De zorgaanbieder meldt de inschakeling van derden voorafgaand aan de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder vult bij het aangaan de overeenkomst de bijlage “onderaannemers” in. Gedurende het jaar wordt de inschakelijking van nog niet bij de zorgverzekeraar bekende derden schriftelijk gemeld.
4. Als de zorgverzekeraar te kennen geeft bezwaar te hebben tegen het (nog langer) inschakelijken van een bepaalde derde/onderaannemer, dan wordt die partij niet ingeschakeld door de zorgaanbieder.
5. De zorgaanbieder heeft aantoonbare afspraken met de in te schakelen onderaannemers om te borgen dat zij op hun beurt geen andere zorgaanbieder(s) inschakelen voor de uitvoering van de zorg die zij van de zorgaanbieder hebben opgedragen gekregen. De zorgaanbieder zal strikt op naleving hiervan toezien.

Artikel 12 Tarief, omzetplafond en declaratie

1. De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder ter zake van de bij deze overeenkomst op zich genomen verplichtingen honoreren volgens de tussen partijen overeengekomen tarieven met inachtneming van het overeengekomen omzetplafond. De tarieven en het omzetplafond zijn opgenomen in bijlage 2.
2. In aanvulling op artikel 7 lid 3 van het algemeen deel wordt overeengekomen dat de zorgaanbieder de minuteninformatie op de declaratie vermeldt, conform de laatste EI-standaard.
3. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat het volume aan zorg dat gelet op het overeengekomen omzetplafond maximaal kan worden geleverd, gelijkmatig verdeeld over het jaar wordt uitgevoerd, rekening houdend met seizoensinvloeden.
4. Als betaling van zorg die gedeclareerd wordt er toe zou leiden dat het overeengekomen omzetplafond wordt overschreden, is de zorgverzekeraar niet gehouden tot betaling van de desbetreffende declaraties. Ten onjuiste betaalde declaraties worden terugbetaald of verrekend met toekomstige en/of andere vorderingen van de zorgaanbieder op de zorgverzekeraar.
5. De Zorgverzekeraar kan gemotiveerd het omzetplafond wijzigen indien:
 1. Het BKZ kader 2019, zoals bekend per 1 mei 2018, door de Minister wordt aangepast;
 2. Relevante wet- en/of regelgeving wijzigt;
 3. Er sprake is van maatregelen vanuit het macrobeheersingsinstrument (MBI)
 4. Middelen uit andere macrokaders naar het macrokader curatieve GGZ worden overgeheveld;
 5. Middelen uit het macrokader curatieve GGZ worden gehaald;
 6. De zorgverzekeraar wijzigt, na overleg met de zorgaanbieder, het omzetplafond 2019 GGZ als het zorgaanbod (portfolio) van de zorgaanbieder wijzigt indien sprake is van marktverschuivingen.
6. De zorgaanbieder declareert alle geleverde zorg, ook nadat een afgesproken omzetplafond overschreden is. Dit is van belang voor een juiste verwerking van de zorgkosten en voor de bepaling van het eigen risico van de verzekerde.
7. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar maken eventuele afspraken over de financiering van onderhandenwerk (OHW) in een separate overeenkomst.

Artikel 13 Maatregelen

De zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om, indien in redelijkheid is vast komen te staan dat de zorgaanbieder de afspraken in deze overeenkomst niet nakomt, de volgende maatregelen te nemen:

- in overleg met de zorgaanbieder worden verbeterafspraken gemaakt;
- het omzetplafond wordt naar beneden bijgesteld.;
- (een deel van) het bedrag dat bestempeld is als onrechtmatige declaratie wordt teruggevorderd;
- een boete van maximaal 5% van het vastgelegde overeengekomen omzetplafond op te leggen;
- de overeenkomst op te zeggen.

Bijlage 1: Procedure voorafgaande toestemming

1. Zorgaanbieder vult in de negende maand van het eerste jaar opname met ggz-behandeling de Checklist LGGZ in conform bijbehorende toelichting. De Checklist is te vinden op de Checklist is terug te vinden op de website van Zilveren Kruis (zorgaanbiedersdeel) of op het openbare deel van de ZN-site.
2. In de tiende maand van het eerste jaar opname met ggz-behandeling vindt het indicatiegesprek / behandelvoortgangsoverleg plaats tussen zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Bij dit gesprek zijn in ieder geval aanwezig de behandelend psychiater/de verantwoordelijke regiebehandelaar en de medisch adviseur van de (Friesland) Zorgverzekeraar. Dit gesprek vindt plaats op de verblijfs- en behandellocatie van de betreffende verzekerde(n). Voorafgaand aan het gesprek krijgt de medisch adviseur voldoende tijd en gelegenheid om de ingevulde Checklist LGGZ en zo nodig het medisch dossier(op de locatie) door te nemen.
3. De toestemming wordt voor een bepaalde periode tot maximaal twee jaar verleend. Onderdeel van de toestemming is de te declareren ZZP.
4. Indien er toestemming wordt verleend voor een kortere periode dan twee jaar, en de zorgaanbieder voor de periode hierna ook toestemming wil om de behandeling voort te zetten, dan dient de Checklist LGGZ opnieuw te worden ingevuld, uiterlijk een maand voor afloop van de indicatie/toestemming. Het indicatiegesprek / behandelvoortgangsoverleg vindt dan uiterlijk twee weken voor afloop van de toestemming plaats.

Bijlage 2: Tarieven en omzetplafond

Deze bijlage wordt per aanbieder samengesteld op basis van het inkoopbeleid. Zie hieronder een korte weergave van de totstandkoming van het tarief en het omzetplafond uitgesplitst naar type contract (standaard, plus en maatwerk).

De bijlage geldt voor 2 jaar.

Tarieven

Standaard

Voor een zorgaanbieder die in aanmerking komt voor een 'Standaardcontract' geldt dat het tariefpercentage voor 2019-2020 85% van maximum NZa-tarief 2019 bedraagt (maar nooit hoger dan het geldende maximum NZa-tarief).

Voor de jaren 2019 en 2020 maken we afspraken over omzetplafonds die per jaar gelijk zijn en gelden voor 2 jaar.

Plus

Voor een zorgaanbieder die in aanmerking komt voor een 'Pluscontract' is het basis tariefpercentage voor 2019-2020 85% van het maximum NZa-tarief 2019. Het basis tariefpercentage kan worden verhoogd als wordt voldaan aan de ophogende criteria (de inkoopcriteria). De maximaal te behalen score op de inkoopcriteria is 5%. De uitkomst (basis tariefpercentage + de score op de inkoopcriteria) is het tariefpercentage 2019. Voor 2020 geldt dat het tarief hetzelfde bedrag is als in 2019 maar nooit hoger dan het maximum NZa-tarief.

Maatwerk

Voor een zorgaanbieder die in aanmerking komt voor een 'Maatwerkcontract' is het basis tariefpercentage voor 2019-2020 85% van het maximum NZa-tarief 2019. Het basis tariefpercentage kan met maximaal 5% worden verhoogd als wordt voldaan aan de ophogende criteria (de inkoopcriteria). Verder kunnen maatwerkafspraken het tarief met maximaal 5% ophogen. De uitkomst (basis tariefpercentage + de score op de inkoopcriteria + maatwerkafspraken) is het tariefpercentage 2019. Voor 2020 geldt dat het tarief hetzelfde bedrag is als in 2019 maar nooit hoger dan het maximum NZa-tarief.

Voor 2019-2020 willen we maatwerkafspraken maken op onder meer de volgende thema's:

- Gemiddelde trajectprijs;
- Inzet op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking in combinatie met GGZ-problematiek;
- Percentage recidieven;
- Ontwikkeling Ziekenhuispsychiatrie;
- Intensiveren Ambulante zorg;
- Terugbrengen van het leveren van GBGGZ door geïntegreerde instellingen;
- Ontwikkelthema's van de zorgaanbieder zelf;
- Wachttijden in relatie tot treeknormen.

LGGZ

De tariefafpraak 2019-2020 wordt uitgedrukt in een percentage van het maximum NZa tarief. Het tariefpercentage LGGZ is voor 2019 97% van het maximum NZa-tarief. Voor 2020 geldt dat het tarief het zelfde bedrag is als in 2019 maar nooit hoger dan het geldende maximum NZa-tarief.

NB: indien landelijke beleidswijzigingen plaatsvinden gedurende de looptijd van de overeenkomst t.a.v. de financiering van LGGZ, dan zal De Friesland zich hieraan conformeren.

Voorbehoud maximum NZa tarief 2019-2020

Als de maximum NZa tarieven voor 2019 meer dan 0,5% stijgen ten opzichte van 2018, dan houdt de zorgverzekeraar zich de volgende rechten voor:

- Het recht om eenzijdig het tariefpercentage voor 2019-2020 te verlagen. De zorgverzekeraar contracteert een stijging van de NZa-tarieven tot maximaal 0,5%. We verlagen het basistariefpercentage zodra een stijging van de tarieven leidt tot een verhoging van meer dan 0,5% van de tarieven ten opzichte van 2018.
- Het recht om per prestatie een afwijkend tariefbedrag vast te stellen. Het maximum NZa-tarief moet dan worden gelezen als het maximum De Friesland tarief.
- Er wordt nooit meer betaald dan het geldende maximum NZa-tarief.

Bijlage 3: Onderaannemers

Nr.	Naam andere aanbieder	% van omzetplafond voornemens is door te contracteren	Is de voor onderlinge dienstverlening gecontracteerde aanbieder een volle dochter (ja/nee)?	Is de voor onderlinge dienstverlening gecontracteerde aanbieder een ZZP'er (ja/nee)?	Op welke wijze wordt de kwaliteit van de onderlinge dienstverlening geborgd?
1		%			Onderbouwing via aanvullende documentatie
2		%			Onderbouwing via aanvullende documentatie
3		%			Onderbouwing via aanvullende documentatie
4		%			Onderbouwing via aanvullende documentatie
5		%			Onderbouwing via aanvullende documentatie
De som van het % van het totale omzetplafond dat de zorgaanbieder voornemens is door te contracteren bedraagt		%			