

Overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder Generalistische basis GGZ en Specialistische GGZ 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
 - o IAK Volmacht B.V. (8971);
 - o Aevitae B.V. (8958);

Rechtsgeldig vertegenwoordigd door: Dhr. S.J. Hofenk, directeur

- II De Zorgaanbieder:** De praktijkhouder(s)² van de praktijk

Praktijknaam:

Vestigings-/praktijkadres:

Postcode/plaats:

KvK nummer:

Praktijkcode (AGB):¹

¹ Alleen via deze praktijkcode (AGB) kunnen declaraties worden ingediend.

* 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.

² Voor zover de ondertekeningsbevoegde praktijkhouder/rechtsgeldig vertegenwoordiger deze overeenkomst ondertekent namens (zichzelf en) anderen, is de ondertekeningsbevoegde praktijkhouder/rechtsgeldig vertegenwoordiger ook daadwerkelijk gemachtigd/bevoegd om namens die anderen deze overeenkomst te ondertekenen.

III Overeenkomst

Zorgverzekeraar en zorgaanbieder (zoals genoemd onder I en II) komen ten aanzien van de verlening van generalistische basis geestelijke gezondheidszorg en specialistische geestelijke gezondheidszorg overeen wat in de overeenkomst Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder Generalistische basis GGZ en Specialistische GGZ 2019-2020 is bepaald. De overeenkomst bestaat uit:

- Deel I Zorgaanbiedergebonden deel
- Deel II Algemene bepalingen
- Deel III Zorgspecifiek deel

- Bijlage 1: Algemene kwaliteitsparagraaf en tarief vrijgevestigde zorgaanbieder SGGZ en BGGZ
- Bijlage A: Specifieke afspraken
- De vigerende verzekeringsvoorwaarden van De Friesland voor Generalistische basis GGZ en Specialistische GGZ en die voorwaarden die voor elke vorm van zorg van belang zijn (bijv. de voorwaarden die te maken hebben met de omvang van de dekking). De voorwaarden van de basisverzekeringen en aanvullende verzekeringen 2019 en te zijner tijd van de basisverzekeringen 2020 zijn te raadplegen via Polisvoorwaarden De Friesland Zorgverzekeraar en/of Polisvoorwaarden Zilveren Kruis.
- Na de datum van ondertekening gemaakte (aanvullende) afspraken, op voorwaarde dat deze digitaal (via het inkoopportaal van 2Gather) dan wel schriftelijk zijn vastgelegd en door beide partijen zijn bekrachtigd.

De zorgaanbieder stemt er mee in dat de verzekeringsvoorwaarden via www.defriesland.nl en/of www.zilverenkruis.nl ter beschikking worden gesteld en verklaart van de inhoud van deze documenten kennis te nemen voorafgaand aan het kalenderjaar waarop deze van toepassing zijn.

IV Duur overeenkomst

De overeenkomst wordt gesloten voor bepaalde tijd. De overeenkomst treedt in werking op 01-01-2019 en eindigt per 01-01-2021, behoudens de situaties genoemd in artikel 19 over tussentijdse beëindiging.

V Slotbepaling

De zorgaanbieder verklaart door ondertekening van deze overeenkomst van alle onderdelen van de overeenkomst kennis te hebben genomen.

Ondertekening

Plaats:
Datum:

De Friesland Zorgverzekeraar,
Namens deze:

De Zorgaanbieder,
Namens deze:

dhr. S.J. Hofenk, directeur

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.
- 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;
- 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 I en 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 verleent zorg op of vanuit de locatie(s), vermeld in Vektis, behoudens in geval van waarneming gedurende avond, nacht en weekend.
3. Een zorgaanbieder behoeft voor wijziging van de locatie de voorafgaande schriftelijke instemming van De Friesland Zorgverzekeraar.
4. Een zorgaanbieder draagt bij afwezigheid zorg voor waarneming overeenkomstig de daarvoor in zijn beroepsgroep gebruikelijke regelingen.
5. De zorgaanbieder verleent medewerking aan en handelt met inachtneming van de procedures die de zorgverzekeraar hanteert met betrekking tot toestemming en machtiging voor zorg.
6. De zorgverzekeraar verstrekt aan de zorgaanbieder de noodzakelijke informatie over de procedures als bedoeld in lid 5.

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 kwaliteit, klachten en geschillen, de Wet BIG en de Wet toelating zorginstellingen.
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.
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 verzekeringsrecht en BSN

1. De zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van haar verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt.
3. De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via COV vóór:
 - a. aanvang aanschrijven c.q. behandeling en voor;
 - b. inzending declaratie.Uitzondering hierop geldt bij een acute situatie. In voorkomende gevallen dient dit door de zorgaanbieder aangetoond te worden.
4. Een COV-bericht via VECOZO dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
5. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of Burgerservicenummer (BSN) van een patiënt telefonisch bij de zorgverzekeraar op te vragen, een en ander overeenkomstig vigerende privacywetgeving.
6. Bij twijfel over de identiteit van de patiënt of wanneer er gerichte aanwijzingen zijn voor fraude, wordt door de zorgaanbieder een melding gedaan bij de afdeling fraude van de zorgverzekeraar

Artikel 7 Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.

2. De zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende zorg zonder tussenkomst van de verzekerde bij de zorgverzekeraar met uitzondering van de prestaties die zijn opgenomen in bijlage A.1 Uitgezonderde prestaties.
3. Declaraties worden door de zorgaanbieder via VECOZO digitaal aangeleverd bij de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code(s) zoals die zijn opgenomen in bijlage A.2 UZOVI-code(s).
5. De zorgaanbieder levert minimaal 12 keer en maximaal 52 keer per kalenderjaar de initiële declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de zorgaanbieder gehouden zo snel mogelijk een nieuw declaratiebestand aan te leveren. Voor de maand januari van enig kalenderjaar geldt dat de zorgverlener de declaraties over de maand januari niet eerder zal indienen dan vanaf de vierde week.
6. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde vallen, kunnen door de zorgaanbieder aan de verzekerde worden voorgelegd. In dat geval voegt de zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking toe: **“Deze nota is door [NAAM zorgaanbieder] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar. Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM zorgaanbieder] betaald. Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u zelf aan [NAAM zorgaanbieder] te betalen. Stuur u deze nota dus niet door aan uw verzekeraar”**.
Alle zorg die, op basis van de informatie waarover de zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, niet onder de dekking van de verzekering van de verzekerde valt, kunnen door de zorgaanbieder ten laste aan de verzekerde worden voorgelegd. Dit geldt eveneens voor (deels) afgewezen declaraties. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voorafgaand aan de behandeling-voor zover hij redelijkerwijs over de informatie beschikt- indien een behandeling niet, of niet volledig, voor vergoeding in aanmerking komt op grond van de verzekering. Het voorgaande laat onverlet dat de zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
7. Alleen indien er expliciete afspraken zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan er in uitzonderlijke gevallen een papieren declaratiebericht verstuurd worden. Een papieren declaratiebericht (ook een nota aan de verzekerde) bevat tenminste een aantal gegevenselementen. Deze moeten voldoen aan de Nadere Regels die de NZa aan de informatieverplichting bij factureren stelt.
8. De zorgaanbieder declareert ten opzichte van de einddatum van de prestatie binnen 6 maanden bij de zorgverzekeraar.
9. Indien door overmacht de termijn, zoals bedoeld in dit artikel, niet gehaald wordt neemt de zorgaanbieder contact op met de zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de betreffende declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen. De partij die zich op overmacht beroept moet dat aantonen.
10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages, neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.
11. Indien de zorgaanbieder een machtiging heeft aangevraagd en verkregen via het zogenoemde machtigingenportaal van VECOZO, vult de zorgaanbieder bij het declareren het door de zorgverzekeraar afgegeven machtigingsnummer (en dus niet het VECOZO machtiging-ID) in.

Artikel 8 Retourinformatie

1. Ieder retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is op de overeengekomen zorg.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via VECOZO) de zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via VECOZO ingediende declaraties binnen de overeengekomen betaaltermijn, uiterlijk binnen 30 kalenderdagen,

beschikbaar via VECOZO. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot.

Artikel 9 Declareren via derden

1. Alle bepalingen t.a.v. declaratie en betalingen zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden. Met derden wordt bedoeld partijen die zich met een AGB-code in het veld als servicebureau identificeren in het voorlooprecord van het declaratiebericht.
2. De zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde partij uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de zorgverzekeraar formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
 - a. de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan een derde en welke derde
 - b. en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging of wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn.
4. De zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de zorgverzekeraar hier niet aansprakelijk voor worden gesteld.
5. Indien de zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, blijft de zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
6. Betaling door de zorgverzekeraar aan een derde op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de zorgaanbieder.

Artikel 10 Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen 2 maanden na beschikbaarstelling van de retourinformatie op VECOZO opnieuw worden gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die eerder zijn aangeboden aan en zijn betaald door de zorgverzekeraar, worden door de zorgaanbieder door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. De zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de zorgaanbieder terug te vorderen indien er sprake is van:
 - ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - incorrecte tarieven;
 - fraude;
 - dubbel uitbetaalde declaraties.
4. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaratie(s) ten gevolge van achterafcontroles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is uit te voeren. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft hij 30 kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer zal brengen. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).

Artikel 11 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 declaratie niet overeenkomt met de tarieven die in de zorgovereenkomst zijn overeengekomen;
 - c. de declaratie op andere wijze is ingediend dan overeenkomstig artikel 7 lid 3 of het daarover in de zorgovereenkomst bepaalde;

d. sprake is van fraude.

Artikel 12 Betaling

1. De zorgaanbieder informeert de patiënt/verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde, op basis van de informatie waarover de zorgaanbieder redelijkerwijs kan beschikken, mogelijk geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn verzekering of dat een machtiging van de zorgverzekeraar nodig is. Het voorgaande laat onverlet dat de zorgaanbieder in ieder geval de patiënt/verzekerde zal informeren omtrent de vergoeding voor wat betreft de zorgverzekering.
2. Indien een overeenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg plaats tegen de in de overeenkomst overeengekomen en/of de wettelijke tarieven waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd.
3. De zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven IBAN. Voor zover de zorgverzekeraar betalingen verricht, geldt, indien en voor zover van toepassing, dat deze altijd zijn gedaan inclusief BTW.
4. Bij digitale declaraties hanteert de zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van 15 kalenderdagen mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
5. Declaraties die meer dan 8 maanden na behandeldatum/behandeltraject worden ingediend, komen niet meer voor vergoeding in aanmerking.
6. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform overeenkomst uitbetalen en volledig aan de zorgaanbieder vergoeden conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
7. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag geheel/gedeeltelijk/niet aan de zorgaanbieder vergoeden, conform bijlage A.3 (Betaalafspraken).
8. Indien de zorgverzekeraar bij een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot ter hoogte van 90% van het gedeclareerde bedrag.
9. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, betaalt de zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen veertien kalenderdagen nadat de zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven terug. De zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk IBAN het te veel betaalde terugbetaald dient te worden.
10. Indien de terugbetaling van het voorschot conform hetgeen geldt overeenkomstig het onderhavige artikel niet binnen 14 kalenderdagen plaatsvindt, is de zorgverzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorschot is betaald.
11. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten aan de zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

Artikel 13 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI

1. Het AGB-register van Vektis baseert zich mede op authentieke bronnen. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door en over hem geregistreerde gegevens in AGB.
2. De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem werkzame zorgverleners die voldoen aan de AGB eisen, actueel in AGB vastgelegd zijn. Daarbij in acht nemen dat bij een onderneming/vestiging altijd een bevoegde zorgverlener gekoppeld moet zijn en een zorgverlener ook altijd gekoppeld moet zijn aan een onderneming/vestiging. Ingeval er sprake is van beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een onderneming/vestiging dient dit zo spoedig mogelijk te worden gemeld bij AGB.
3. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk door te geven aan AGB (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
4. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers en zijn raadpleegbaar via UZOVI-register van Vektis.

5. Indien de zorgverzekeraar wijzigingen in zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoeren die consequenties hebben voor de zorgaanbieder, stelt hij de zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.

Artikel 14 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 15 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 administratief 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 16 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 17 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 18 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 Persoonsgegevens, de ten aanzien van zorgverzekeraars toepasselijke gedragscode, de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg.

Artikel 19 Duur en einde van de zorgovereenkomst

1. De zorgovereenkomst is aangegaan voor de tijd als daarin vermeld.
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 praktijkhouder;
 - d. met ingang van het tijdstip waarop een zorgaanbieder die beroepsbeoefenaar is/een praktijkhouder onder curatele staat;
 - e. zodra aan de zorgaanbieder/een praktijkhouder 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 20 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. zorgverlener:

Een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;

of

Een klinisch psycholoog zijnde een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG;

of

Een klinisch neuropsycholoog, zijnde een gezondheidszorg psycholoog die als klinisch neuropsycholoog staat geregistreerd zoals bedoel in artikel 14 van de Wet BIG

b. regiebehandelaar:

De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt/cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt.

c zorg:

1. Diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen, de omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen klinisch psychologen als zorg plegen te bieden zoals omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Deze zorg valt onder de Generalistische Basis GGZ en omvat de integrale prestaties Basis GGZ Kort, Basis GGZ Middel, Basis GGZ Intensief en Basis GGZ chronisch als bedoeld in de geldende beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
2. Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen waarbij de betrokkenheid van een zorgverlener nodig is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen zorgverleners als zorg plegen te bieden, zoals beschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet. Deze zorg omvat niet de Generalistische Basis GGZ.

Artikel 2 Zorg

1. De zorgaanbieder levert middels een zorgverlener 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.
2. De zorgaanbieder levert de prestatie met inachtneming van de voorwaarden zoals die in de zorgverzekering van de verzekerde zijn gesteld (zie [Polisvoorwaarden De Friesland Zorgverzekeraar](#) en/of [Polisvoorwaarden Zilveren Kruis](#)).
3. De zorgaanbieder levert een passend zorgaanbod. 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).
4. De zorgaanbieder volgt het overzicht van (psychologische) interventies binnen de GGZ zoals opgenomen in de circulaire 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). De lijst staat op de website van Zilveren Kruis (<https://www.zilverenkruis.nl/Consumenten/vergoedingen/Paginas/Uitsluitingen-Basis-GGZ-en-gespecialiseerde-GGZ.aspx>).

Artikel 3 Wijze van zorgverlening

1. De zorgaanbieder biedt de verzekerde verantwoorde zorg. Daaronder wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en is afgestemd op reële behoefte van de verzekerde.
2. De zorgaanbieder verleent de zorg persoonlijk aan de verzekerde, behoudens in de gevallen van:
 - a. waarneming als bedoeld in artikel 12;
 - b. van een opleidingssituatie als bedoeld in artikel 11;
 - c. medewerkers in loondienst als bedoeld in artikel 10 en

- d. uitbesteding van (delen van) de behandeling aan derden als bedoeld in artikel 9.
Met uitzondering van de opleidingssituatie als bedoeld in artikel 12 wordt de zorg te allen tijde verleend door een zorgverlener (zie definitie artikel 1 onder a).
3. Voor de toepassing van deze overeenkomst worden, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de student, waarnemer en loondienstmedewerkers, handelingen van de student, waarnemer en loondienstmedewerker beschouwd als te zijn handelingen verricht door de zorgaanbieder.
 4. De zorgaanbieder kan, behoudens gewichtige redenen, de zorgverlening niet weigeren of beëindigen. Indien er sprake is van gewichtige redenen stelt de zorgaanbieder de verzekerde, de zorgverzekeraar (in de persoon van de adviserend geneeskundige) en de verwijzer voorafgaand schriftelijk en met redenen omkleed van de weigering of beëindiging in kennis. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de reeds aangevangen zorgverlening wordt voortgezet totdat deze kan worden overgedragen aan een andere zorgverlener. Dit tenzij de zorgaanbieder en zorgverzekeraar gezamenlijk vaststellen dat dit, ondanks inspanningen daartoe, niet mogelijk is.
 5. De verzekerde wordt zoveel mogelijk geholpen door dezelfde zorgverlener.

Artikel 4 Kwaliteit

1. De zorgaanbieder heeft op basis van het model kwaliteitsstatuut een eigen kwaliteitsstatuut opgesteld en laten registreren bij het Kwaliteitsinstituut . De zorgaanbieder handelt in overeenstemming met zijn eigen kwaliteitsstatuut.
2. De zorgverlening vindt plaats overeenkomstig de binnen de beroepsgroep geldende normen, de landelijk erkende behandelrichtlijnen en zorgprogramma's en met inachtneming van de afspraken in deze overeenkomst.
3. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat alle zorgverleners, onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering, opleiding en bijscholing beschikken en blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor een verantwoorde en professionele verlening van de zorg noodzakelijk zijn.
4. De zorgaanbieder houdt zich aan de in bijlage 1 opgenomen kwaliteitscriteria.
5. De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze dat dat leidt tot verantwoorde zorg. Daartoe voert de zorgaanbieder een kwaliteitsbeleid dat gericht is op een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de zorg en verzamelt en registreert daartoe systematisch gegevens over de kwaliteit van de zorg.
6. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de zorgverleners handelen volgens de professionele standaard op hun vakgebied en voldoen aan de verplichtingen voortvloeiend uit de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg en overige relevante wettelijke verplichtingen.
7. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn personeelsleden geen taken worden opgedragen die niet in overeenstemming met hun kennis en kunde zijn.
8. De zorgaanbieder stelt protocollen op voor zover dat noodzakelijk is ter borging van de kwaliteit van zorg.
9. De zorgaanbieder respecteert de patiëntenrechten en draagt zorg voor een correcte bejegening van de verzekerden. De zorgaanbieder draagt zorg voor het behoorlijk functioneren van een cliëntenraad en een adequate behandeling van klachten van verzekerden over de zorgverlening.
10. De zorgaanbieder beschikt over een onafhankelijke, schriftelijk vastgelegde, klachtenprocedure.

Artikel 5 Doelmatigheid en doelmatig geneesmiddelengebruik

1. De zorgaanbieder verleent de zorg op doelmatige en professioneel verantwoorde wijze. Hij zal zich daarbij laten leiden door een afweging tussen de effectiviteit van de behandeling, de belangen van de patiënt en de kosten.
2. De zorgaanbieder bevordert doelmatig geneesmiddelengebruik. Dit houdt tenminste in dat (voor zover de zorgverlener geneesmiddelen mag voorschrijven):
 - a) wordt voorgeschreven volgens de NHG standaarden;
 - 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.
3. 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.

Artikel 6 Samenwerking en ketenzorg

1. De zorgaanbieder spant zich in om samenwerking aan te gaan met collega-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 en/afstemming als genoemd in lid 1 vorm geeft.

Artikel 7 Praktijkvoering en praktijkruimte

1. De zorgaanbieder draagt zorg voor een goede organisatie van de praktijk.
2. De zorgaanbieder verleent de zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor alle verzekerden (ook de minder validen) goed bereikbaar en toegankelijk is. Onder een adequaat ingerichte praktijkruimte wordt ten minste verstaan de scheiding van de wacht- en behandelruimten, de aanwezigheid van een toilet en een adequate geluidsisolering van de behandelruimte in verband met het waarborgen van de privacy.
3. Wijziging in de locatie(s) dienen tijdig aan Vektis te worden doorgegeven. In afwijking van deel II, artikel 2 lid 3 is voorafgaande toestemming niet noodzakelijk.

Artikel 8 Praktijk- en cliëntenregistratie

1. De zorgaanbieder draagt in elk geval zorg voor de registratie conform de vigerende regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit.
2. De cliëntenregistratie dient te voldoen aan de meest recente eisen van de beroepsgroep.
3. De zorgaanbieder werkt mee aan het opzetten en in standhouden alsmede het gebruik van een elektronisch cliëntendossier.

Artikel 9 Uitbesteding aan derden

1. Als de zorgaanbieder delen van de behandeling uitbesteedt aan derden, verrekent 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 voldoet aan hetgeen bepaald is in deze overeenkomst.
3. De zorgaanbieder meldt de inschakeling van derden voorafgaand aan de zorgverzekeraar.
4. De zorgaanbieder zal geen werk uitbesteden aan derden wiens overeenkomst met de zorgverzekeraar eindigde door opzegging of ontbinding in verband met disfunctioneren, tenzij met voorafgaande instemming van de zorgverzekeraar.

Artikel 10 Dienstverband

De zorgaanbieder zal met een zorgverlener wiens overeenkomst met de zorgverzekeraar eindigde door opzegging of ontbinding in verband met disfunctioneren geen dienstverband aangaan, tenzij met voorafgaande instemming van de zorgverzekeraar.

Artikel 11 Zorgverleners in opleiding

1. De zorgaanbieder kan een persoon, die een opleiding tot zorgverlener volgt aan een daarvoor erkend opleidingsinstituut, in de gelegenheid stellen de praktijkleerperiode onder leiding, toezicht en verantwoordelijkheid van een zorgverlener die bij hem werkzaam is, in zijn praktijk of instelling te volgen. Een zorgverlener kan daarbij ten hoogste één persoon in opleiding tegelijk begeleiden.
2. De zorgaanbieder ziet erop toe dat, alvorens een iemand die in opleiding is, bij de zorgverlening van een verzekerde aanwezig is of hiertoe wordt toegelaten, de verzekerde daarvoor zijn uitdrukkelijke toestemming heeft verleend.

Artikel 12 Waarneming

1. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de continuïteit van de te leveren zorg.
2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat adequate en professionele waarneming plaatsvindt bij afwezigheid wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden.
3. De zorgaanbieder informeert de verzekerde over waarneming onder vermelding van de naam (namen) en adres(sen) van de waarnemer(s).

Artikel 13 Uitwisseling persoonsgegevens

1. De zorgaanbieder verleent medewerking aan een verzoek van of namens een verzekerde tot overdracht van zijn dossier en/of informatieverstrekking uit zijn dossier aan een andere zorgverlener.

Artikel 14 Informatie aan verzekerden

1. De zorgaanbieder verschaft op een voor verzekerde passende wijze informatie aan verzekerden die relevant is met betrekking tot (zorg)aanbod, toegang, financiële aspecten en klachtenafhandeling. De zorgaanbieder maakt op eerste verzoek van de zorgverzekeraar inzichtelijk op welke wijze deze informatievoorziening is vorm gegeven en geborgd.
2. De zorgaanbieder publiceert de volgende informatie met betrekking tot de wachttijden binnen de praktijk op zijn eigen website.
 - De aanmeldwachttijd in weken.
 - De behandelwachttijd in weken. Wanneer er bij de zorgaanbieder geen wachttijd voor behandeling is, moet dit expliciet worden vermeld op de website.
 - Uitleg over of en hoe de wachttijd afhankelijk is van waar iemand verzekerd is.
 - Cliënten erop wijzen dat wanneer de wachttijd te lang is zij contact op kunnen nemen met hun zorgaanbieder of hun zorgverzekeraar kunnen vragen om wachtlijstbemiddeling.
 - De datum van de laatste update van de wachttijden.
 - De zorgaanbieder draagt er voor zorg dat er sprake is van actuele informatie. De informatie wordt tenminste maandelijks bijgewerkt
3. Met het oog op de keuze ondersteunende informatievoorziening van de verzekerde door de zorgverzekeraar stemt de zorgaanbieder ermee in dat gegevens over de zorgaanbieder waarover de zorgverzekeraar al beschikt/kan beschikken op de website(s) van de zorgverzekeraar worden geplaatst.

Artikel 15 Prijs (of Tarieven)

1. De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder ter zake van bij deze overeenkomst op zich genomen verplichtingen honoreren volgens de tussen partijen overeengekomen tarieven. De tarieven worden vastgesteld door de uitkomst van de berekening die is opgenomen in bijlage 1. De tarieven en nadere voorwaarden zijn tevens opgenomen in bijlage 1.

Artikel 16 Verantwoording en overleg

1. Teneinde te kunnen beoordelen of de tussen partijen bestaande overeenkomst naar behoren wordt nagekomen, is iedere partij gehouden de andere partij alle inlichtingen en/of inzage in relevante bescheiden te verschaffen die deze redelijkerwijs behoeft.
2. De zorgaanbieder meldt onverwijld aan de zorgverzekeraar, de gevallen waarin aan hem of aan een zorgverlener op grond van de Wet BIG een of meerdere maatregelen is/zijn opgelegd.
3. Zo vaak als noodzakelijk, maar in ieder geval bij voorzienbare niet nakoming, vindt overleg plaats over de overeenkomst en de uitvoering ervan.
4. De bevindingen naar aanleiding van analyse van verstrekte gegevens worden op verzoek van de zorgaanbieder door de zorgverzekeraar medegedeeld.

Bijlage 1: Algemene kwaliteitsparagraaf en omzetplafond-/tarief vrijgevestigde zorgaanbieder BGGZ en SGGZ

Algemene kwaliteitseisen

1. De zorgaanbieder voert een kwaliteitsbeleid dat gericht is op systematisch bewaking, beheersing en verbetering van de zorg.
2. De zorgaanbieder verleent de zorg op doelmatige en professionele wijze. De zorg sluit aan bij de zorgvraag van de verzekerde. De zorgaanbieder zal zich daarbij laten leiden door een afweging tussen de belangen van de patiënt, de effectiviteit van zorg en de kosten.
3. De geleverde zorg wordt verleend volgens (inter)nationale normen zoals die binnen de beroepsgroep gelden. Indien hiervan op essentiële punten wordt afgeweken dient de zorgverzekeraar hiervan tijdig op de hoogte te worden gesteld.
4. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en de eventuele zorgverleners binnen zijn praktijk(en) handelen volgens de professionele standaarden op zijn/hun vakgebied.
5. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en de eventuele zorgverleners binnen zijn praktijk(en), onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering, opleiding en bijscholing blijft/blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor een goede verlening van de zorg noodzakelijk zijn.
6. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de eventuele zorgverleners binnen zijn praktijk(en) geen taken worden opgedragen die niet in overeenstemming zijn met hun kennis en kunde en/of wettelijke bevoegdheden.
7. De zorgaanbieder respecteert de patiëntenrechten en draagt zorg voor een correcte bejegening en een adequate behandeling van klachten van verzekerden over de zorgverlening.
8. De zorgaanbieder zorgt, conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), voor tijdige en voldoende mondelinge en schriftelijke voorlichting over de behandeling, inclusief alternatieven en mogelijke complicaties.
9. De zorgaanbieder verschaft op een voor verzekerde passende wijze informatie aan verzekerden die relevant is met betrekking tot (zorg)aanbod, toegang, financiële aspecten en klachtenafhandeling. De zorgaanbieder maakt op verzoek van de zorgverzekeraar inzichtelijk op welke wijze deze informatievoorziening is vormgegeven en geborgd.
10. Als de zorgaanbieder bij levering van de zorg gebruik maakt van een derde partij draagt de zorgaanbieder er zorg voor dat de kwaliteit van de uitbestede zorg voldoet aan hetgeen bepaald is in deze overeenkomst.
11. De zorgaanbieder past ROM toe binnen de behandelingen aan verzekerden via een landelijk erkende online tool (bv. ROM portal LVVP).
12. De zorgaanbieder levert de ROM gegevens aan bij SBG of diens opvolger zodra dit mogelijk is.

Criteria tarief 2019-2010

Indien wordt voldaan aan hieronder vermelde kwaliteitsparameters geeft het percentage, wat bij de betreffende parameter is aangegeven aan waarmee het standaard tarief (83% van het maximum NZa-tarief) kan worden opgehoogd.

De parameters zijn afgeleid van de speerpunten die centraal staan in het kwaliteitsbeleid van De Friesland Zorgverzekeraar.

Standaard tarief		83% maximum NZa-tarief 2019		
Effectiviteit				
	De zorgaanbieder past online Routine Outcome Monitoring (ROM) toe tijdens de behandeling, voor het meten van de effectiviteit van het eigen handelen, de behandeling en de therapeutische relatie. De toepassing hiervan geldt voor minimaal 50% van de bij De Friesland Zorgverzekeraar declarabele patiënten.	Ja/nee	Kopie bewijs van deelname ROM portal/ andere landelijke portal meesturen (ondertekende geldige licentie-overeenkomst). De zorgaanbieder past bij% cliënten ROM-metingen toe.	2% ¹
	De zorgaanbieder levert gedurende de looptijd van de overeenkomst "Blended Care: : eHealth applicaties worden verweven met face to face contacten	Ja/nee		2%
	Wachtlijsten binnen Treeknorm	Ja/nee		1%
Alleen psychiaters	De psychiater is beschikbaar voor deelname aan de regionale crisisfunctie die wordt uitgevoerd door GGZ Friesland.	Ja/nee	Uploaden dienstverleningsovereenkomst	5%
Totaal²	tarief			88 % (psychiaters 93%) van het maximum NZa-tarief

Voorbehoud maximum NZa tarief 2019-2020

Als de maximum NZa tarieven voor 2019 meer dan 0,5% stijgen ten opzichte van 2018, dan:

- kan de zorgverzekeraar 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;
- heeft de zorgverzekeraar het recht om per prestatie een afwijkend tariefbedrag vast te stellen. Het maximum NZatarief moet dan worden gelezen als het maximum De Friesland tarief.

Er wordt nooit meer betaald dan het geldende maximum NZa-tarief.

¹⁾ De verschillende percentages dienen **bij elkaar te worden opgeteld**. De zorgaanbieder dient aan te geven welk percentage van toepassing is.

²⁾ Alle (deel) percentages worden bij elkaar opgeteld. Het totaal tarief geldt op zorgaanbiederniveau.

Omzetplafond 2019-2020

Het totaal te declareren bedrag door de zorgaanbieder per jaar gedurende de looptijd van deze overeenkomst is maximaal € 230.000,=, per fulltime werkende BIG geregistreerde psychotherapeut/ klinisch (neuro)psycholoog gecorrigeerd voor het marktaandeel van De Friesland Zorgverzekeraar en Zilveren Kruis in de omzet van de betreffende praktijk, maar kan nooit meer zijn dan de uitkomst van onderstaande berekening (formule) tenzij de uitkomst minder is dan €75.000. Als ondergrens hanteert de Friesland een omzetplafond van € 75.000 (voor verzekerden van De Friesland Zorgverzekeraar en Zilveren Kruis³). Indien het totaal van de declaraties meer bedraagt dan (achteraf) blijkt door toepassing van voorgaande, komen de (meer)kosten voor rekening van de zorgaanbieder. Deze (meer)kosten kunnen niet in rekening worden gebracht bij de verzekerde. Indien de zorgverzekeraar declaraties betaalt terwijl het bedrag van de omzet als hieronder is aangegeven reeds is betaald, betaalt de zorgaanbieder op eerste verzoek het bedrag van de betreffende declaraties terug

Maximaal te declareren bedrag:

- A. Het gemiddelde aandeel van verzekerden van De Friesland Zorgverzekeraar en Zilveren Kruis³ dat in de cliëntenpopulatie van de zorgaanbieder in 2019-2020 wordt verwacht is ...%.
- B. Het aantal FTE BIG geregistreerde psychotherapeuten / klinisch (neuro)psychologen is ... FTE.

Berekening omzetplafond 2019-2020: € 230.000 x A x B = €
(minimaal € 75.000).

Wanneer De Friesland Zorgverzekeraar constateert dat het verklaarde niet overeenstemt met de werkelijkheid of (de uitvoering van) datgene wat is verklaard niet (voldoende) plaats vindt/plaats heeft gevonden/is nagekomen of niet conform de daarbij gestelde voorwaarden/eisen, dan behoudt de zorgverzekeraar zich het recht voor om zonder waarschuwing vooraf/zonder ingebrekestelling het percentage van het tarief/ het tarief dienovereenkomstig (met terugwerkende kracht per 1 januari 2019) eenzijdig naar beneden bij te stellen, wat tot terugvorderingen van gelden (middels verrekeningen) kan leiden. Ook heeft de zorgverzekeraar het recht om indien meer declaraties zijn betaald dan het maximaal te declareren bedrag gelet op bovenstaande formule en de zorgaanbieder het teveel gedeclareerde niet op eerste verzoek terug betaalt om zonder waarschuwing vooraf/zonder ingebrekestelling tot terugvordering middels verrekening over te gaan

Ondertekening

Naam zorgaanbieder:

Aldus naar waarheid en voor akkoord ingevuld op

.....(datum) te (plaats)

Handtekening zorgaanbieder.....

..... (naam en functie)

Voor akkoord(datum) te Leeuwarden

Handtekening De Friesland Zorgverzekeraar.....

S. Hofenk, directeur

³ Met Zilveren Kruis wordt bedoeld: Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., Interpolis Zorgverzekeringen N.V., FBTO Zorgverzekeringen N.V., Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V, mede voor haar volmachten IAK Volmacht B.V. en Aevitae B.V.

Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: Uitgezonderde prestaties

Onderstaande prestaties dienen niet rechtstreeks bij de verzekeraar te worden gedeclareerd:

Prestatiecode	Omschrijving
n.v.t.	n.v.t.

A.2: UZOVI-code

Overzicht code UZOVI die gehanteerd moeten worden in de declaraties.

UZOVI-code	UZOVI-naam
3311	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (inclusief Pro Life)
3358 (tot 2019 7084)	De Friesland Zorgverzekeringen
3313	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.
3314	OZF Zorgverzekeringen N.V.
3351 (tot 2018 0211)	FBTO Zorgverzekeringen N.V.
3329	Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
8971	Volmachten Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.
8958	IAK Volmacht B.V. Aevitae B.V.

A.3: Betaalafspraken

Betaalafspraken gelden per code UZOVI, voor alle prestaties en/of op prestatieniveau. Mogelijke betaalafspraken zijn (combinaties zijn mogelijk):

Soorten eigen betalingen	Overname incassoprocedure	Overname Incassorisico	Aanvullend Clausules
Eigen risico	X	X	n.v.t.
Eigen bijdrage (co-payment)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Boven maximale vergoeding (co insurance)	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Onverzekerde zorg	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
...			