

Overeenkomst

Zorgverzekeraar – Zorgaanbieder Generalistische basis GGZ

2017 - 2018

Overeenkomst Zorgverzekeraar - Zorgaanbieder Generalistische basis GGZ 2017 - 2018

Deel I Zorgaanbiedergebonden deel

De ondergetekenden, partijen bij deze
overeenkomst:

- I De Zorgverzekeraar:** De Friesland Zorgverzekeraar N.V.
KvK Nummer: 50884565
- Statutair gevestigd en
kantoorhoudend: Harlingertrekweg 55
8913 HR LEEUWARDEN
- Rechtsgeldig vertegenwoordigd door: Mr. drs. B. Mark-van Haarst, directeur Zorg en
Gezondheid
- II De Zorgaanbieder:** De praktijkhouder(s)² van de praktijk
- Praktijknaam: Psychologenpraktijk Monique Geertzen
- Vestigings-/praktijkadres: Brinklaan 7-B
- Postcode/plaats: 1404EP BUSSUM
- KvK nummer: 56027486
- Praktijkcode (AGB)¹: 94059701

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 bovenvermelde e-mailadres en/of het correspondentieadres zoals dat onder de praktijkcode (AGB) in het nieuwe AGB-bestand staat weergegeven. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat in het nieuwe AGB-bestand telkens het meest recente correspondentieadres staat vermeld.

² Voor zover de ondertekeningbevoegde praktijkhouder/rechtsgeldig vertegenwoordiger deze overeenkomst ondertekent namens (zichzelf en) anderen, is de ondertekeningbevoegde 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 overeen wat in de overeenkomst Zorgverzekeraar - Zorgaanbieder Generalistische basis GGZ 2017-2018 is bepaald. De overeenkomst bestaat uit:

- Deel I Zorgaanbiedergebonden deel
- Deel II Algemene bepalingen
- Deel III Zorgspecifiek deel
- Bijlage 1: Algemene kwaliteitsparagraaf en tarieven Generalistische basis GGZ
- De vigerende verzekeringsvoorwaarden van De Friesland voor Generalistische basis 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 2017 en te zijner tijd van de basisverzekeringen 2018 zijn te raadplegen op www.defriesland.nl/zorgaanbieders/service/downloads/voorwaarden.aspx.
- Na de datum van ondertekening gemaakte (aanvullende) afspraken, op voorwaarde dat deze digitaal (via het Zorginkoopportaal van VECOZO) dan wel schriftelijk zijn vastgelegd en door beide partijen zijn bekrachtigd

De zorgaanbieder stemt er mee in dat de verzekeringsvoorwaarden via www.defriesland.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 is van kracht van **1 januari 2017** tot en met **31 december 2018**, behoudens de situaties genoemd in artikel 25 over tussentijdse beëindiging.

V **Slotbepaling**

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

VI Ondertekening

Opgemaakt te Leeuwarden, 28-09-2016 14:27

De Friesland Zorgverzekeraar,
Namens deze:



De Zorgaanbieder,
Namens deze:

MAM Geertzen
30000000156320
(Naam en VECOZO certificaatnummer)

Overeenkomst geaccepteerd op: 28-09-2016 14:27

Mr. drs. B. Mark-van Haarst,
Directeur Zorg en Gezondheid

De ondertekeningsbevoegde praktijkhouder²
dan wel rechtsgeldig vertegenwoordiger

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.

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 nieuwe zorgprestaties uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten 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;
- 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 behandelings- overeenkomst' 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, 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 – Maatschappelijk verantwoord ondernemen

1. De zorgaanbieder neemt verantwoordelijkheid voor de effecten van de bedrijfsactiviteiten op mens en milieu.
2. De zorgaanbieder spant zich in om positieve effecten te creëren op sociaal (people), ecologisch (planet) en economisch (prosperity) gebied.
3. De zorgaanbieder maakt in zijn jaarverslag (voor zover van toepassing) inzichtelijk op welke wijze hij vorm geeft aan het maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Artikel 7 – 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 8 – 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 retour- informatie 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 9 – 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 bank- of girorekeningnummer 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 10 – 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 11 – Betaling

1. De zorgverzekeraar voldoet de door de zorgaanbieder ingediende declaratie, voor zover juist bevonden, door betaling op het door de zorgaanbieder aangegeven bank- of girorekeningnummer.
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 12 – 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) prestatieindicatoren 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 13 – 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 14 – 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 15 – 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 16 – 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 Wet bescherming persoonsgegevens, de ten aanzien van zorgverzekeraars toepasselijke gedragscode, de Zorgverzekeringswet en de Wet marktordening gezondheidszorg.

Artikel 17 – 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 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 praktijkouder 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 18 – 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 gezondheidszorgpsycholoog, die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG; een eerstelijns psycholoog, zijnde een gezondheidszorgpsycholoog die als zodanig geregistreerd staat zoals bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG en voldoet aan de opleidings- en kwaliteitseisen zoals opgenomen in de Kwalificatieregeling eerstelijnspsychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen; een psychotherapeut die geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG; een klinisch psycholoog, zijnde een gezondheidszorgpsycholoog die als klinisch psycholoog staat geregistreerd zoals bedoeld in artikel 14 van de Wet BIG; een klinisch neuropsycholoog, zijnde een gezondheidszorg psycholoog die als klinisch neuropsycholoog staat geregistreerd zoals bedoeld 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*: diagnostiek en kortdurende generalistische behandeling van niet complexe psychische aandoeningen, waarbij de betrokkenheid van een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut niet nodig is. 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 alleen de integrale prestaties Basis GGZ Kort, Basis GGZ Middel, Basis GGZ Intensief en Basis GGZ Chronisch als bedoeld in de geldende regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);

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](#)).
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. Het 'Dynamisch overzicht (psychologische) interventies binnen de GGZ' zoals vermeld op de website van ZINL wordt gevolgd ([zie Dynamisch overzicht interventies binnen de GGZ](#)).
5. De te declareren tarieven worden vastgesteld door de uitkomst van de berekening in bijlage 1.

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 behandel- richtlijnen 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

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.

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/of 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.
4. De zorgaanbieder zorgt voor een voor de behandelrelatie passende mate van privacy.

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, verrekenet 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 – Gezondheidszorgpsycholoog in opleiding

1. De zorgaanbieder kan een persoon, die een opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog 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 en nadere voorwaarden zijn 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 meegedeeld.

Bijlage 1: Algemene kwaliteitsparagraaf en tarief generalistische basis GGZ vrijgevestigde zorgaanbieder

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 zodra dit mogelijk is.

Criteria tarief 2017 - 2018

Indien wordt voldaan aan hieronder vermelde kwaliteitsparameters geeft het percentage, wat bij de betreffende parameter is aangegeven, aan waarmee het standaard tarief (90% 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. De parameters gaan over effectiviteit en registratie.

Standaard tarief				90% maximum NZa-tarief
Effectiviteit		Van toepassing		Percentage
1.	Outcome monitor 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 40% van de bij De Friesland declarabele patiënten (verantwoording vindt plaats via het LVE-codeboek). Mocht u geen gebruik maken van het LVE-codeboek, dan verzoeken wij u ons de ondertekende geldige licentieovereenkomst te uploaden van het door u gebruikte ROM-portaal.	Ja / Nee	Kopie bewijs van deelname ROM portal/ andere landelijke portal uploaden (ondertekende geldige licentieovereenkomst).	4%
2.	De Zorgaanbieder past ROM toe binnen de behandeling en bespreekt de uitslag van iedere meting met de cliënt.	Ja / Nee	U toont dit aan door een blanco behandelplan te uploaden waarin zichtbaar wordt dat ROM een standaard onderdeel van de behandeling is.	1%
Totaal¹				95% <i>van het maximum NZa-tarief</i>

¹ Het totaal tarief geldt op zorgaanbiederniveau.

Omzetplafond 2017 en 2018

Het totaal te declareren bedrag door de zorgaanbieder per kalenderjaar is maximaal € 125.000,=, per fulltime werkende BIG geregistreerde zorgverlener, maar kan nooit meer zijn dan de uitkomst van onderstaande berekening (formule) tenzij de uitkomst minder is dan € 20.000. Als ondergrens hanteert de Friesland een omzetplafond van € 20.000. 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 verwachte gemiddelde aandeel De Friesland verzekerden in de cliëntenpopulatie van de zorgaanbieder in 2017-2018:	10 %
B. Aantal FTE BIG geregistreerde regiebehandelaren, die werkzaam mogen zijn in de GBGGZ, welke werken binnen de praktijk:	1
Berekening omzetplafond per jaar : € 125.000 x A x B =	€ 12.500 (minimaal € 20.000).

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 2017) 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.