



OHRA Direct
geregeld



OVEREENKOMST ZORGVERZEKERAAR – INSTELLING

2020

INZAKE VERLENING GENERALISTISCHE BASIS GGZ

Inhoudsopgave

Deel I	Individueel Deel Zorgovereenkomst¹	
Bijlage 1	Tarieven, voorwaarden en nacalculatie	
Bijlage 2	Overeengekomen offerteformat	
Deel II	Algemene bepalingen GGZ	Pagina 3
Deel III	Uniforme declaratieparagraaf	Pagina 9
Deel IV	Specifiek Deel Zorgovereenkomst Aanvullingen algemene bepalingen GGZ Aanvullingen uniforme declaratieparagraaf	Pagina 14

¹ Het individueel deel van deze overeenkomst kunt u met uw Vecozocertificaat raadplegen op <https://contracteren.zp.vecozo.nl>.

OVEREENKOMST ZORGVERZEKERAAR - INSTELLING INZAKE VERLENING GENERALISTISCHE BASIS GGZ 2020

DEEL II ALGEMENE BEPALINGEN GGZ

De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar hierna gezamenlijk en individueel te noemen:
Partijen respectievelijk Partij,

Nemen het volgende in overweging:

- De Zorgverzekeraar koopt zorg in en sluit daartoe een overeenkomst GGZ met de Zorgaanbieder om te voldoen aan de wettelijke zorgplicht die de Zorgverzekeraar tegenover haar (natura)verzekerden heeft;
- De afspraken in de overeenkomst GGZ worden gemaakt binnen de context van de landelijk geldende akkoorden en afspraken;
- De overeenkomst GGZ bestaat uit de Algemene bepalingen GGZ en een Zorgverzekeraar-specifiek deel;
- In het Zorgverzekeraar-specifiek deel zijn de specifieke afspraken tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar opgenomen die niet in de geüniformeerde (non-concurrentie) Algemene bepalingen zijn vastgelegd.
- In het Zorgverzekeraar-specifiek deel wordt niet afgeweken van de bepalingen die zijn opgenomen in het landelijk geüniformeerde deel en kunnen hier ook niet mee in tegenspraak zijn. De Algemene bepalingen GGZ kunnen in het Zorgverzekeraar-specifieke deel wel worden aangevuld;
- Partijen volgen bij de uitvoering van de overeenkomst GGZ de van toepassing zijnde bestuurlijke en landelijke afspraken.

Verklaren te zijn overeengekomen:

Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

a. (Bedrijfs)vertrouwelijke informatie

Alle bedrijfs- en fabricagegegevens en/of overige informatie die de ene Partij vertrouwelijk aan de andere Partij ter beschikking stelt of waarvan de andere Partij het vertrouwelijk karakter zonder die mededeling redelijkerwijs dient te begrijpen. Informatie in het publiek domein valt niet onder deze definitie.

b. Formele controle

Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub t van de Regeling zorgverzekering.

c. Fraude

De situatie waarin de zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de verzekerde dan wel de zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben.

d. Fraudeonderzoek

Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub v van de Regeling zorgverzekering.

e. Kwaliteitsstatuut

Een door de zorgaanbieder aan de hand van het Model Kwaliteitsstatuut opgesteld Kwaliteitsstatuut dat beschrijft wat zorgaanbieders hebben geregeld op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg te mogen verlenen in het kader van de Zorgverzekeringswet.

f. Materiële controle

Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub u van de Regeling zorgverzekering.

g. Model Kwaliteitsstatuut

In het model-Kwaliteitsstatuut ggz staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg. Dit model is geldig voor alle aanbieders van generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet. Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van dit model is voor een ggz-aanbieder verplicht en vormt een drempel voor de toegang tot de zorgmarkt. Het model-Kwaliteitsstatuut is in ontwikkeling. De actuele versie is vastgesteld door Zorginstituut Nederland dient als standaard en kan waar de lokale situatie dat vereist worden aangevuld.

h. Onderaanneming

Indien een Verzekerde zorg ontvangt van de Zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en deze voor (een deel van) de daadwerkelijke zorgverlening een andere zorgverlener (de onderaannemer), niet zijnde dezelfde entiteit als de Zorgaanbieder (hoofdaannemer), inschakelt en deze de Zorg laat verlenen.

i. Regiebehandelaar

De zorgverlener die de regie voert over het zorgproces conform het model kwaliteitsstatuut GGZ en NZa-regelgeving.

j. Treeknormen

De maximaal aanvaardbare wachttijden per zorgsoort zoals vastgesteld in overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en openbaar gemaakt door de Minister van VWS.

k. Verzekerde

De persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet als bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg heeft gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op de in die overeenkomst omschreven zorg in natura, dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van die zorg.

l. Zorgaanbieder

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent en die deze overeenkomst is aangegaan.

m. Zorgverzekeraar

De Zorgverzekeraar die deze overeenkomst is aangegaan en die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet of aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt.

1 Zorgverlening

Artikel 1. Zorg

Geneeskundige GGZ, dat wil zeggen: Generalistische basis-ggz (GB-GGZ) en Gespecialiseerde ggz (G-GGZ) zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet en Besluit zorgverzekering. Het betreft zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf, voor zover deze zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en niet op grond van wet- of regelgeving is bepaald dat voor deze zorg geen vergoeding geldt.

Artikel 2. Kwaliteitsnormen

1. De zorgaanbieder verleent zorg met inachtneming van de stand van wetenschap en praktijk, voor hem toepasselijke richtlijnen, standaarden en protocollen, waaronder begrepen de kwaliteitstandaarden en meetinstrumenten van het Zorginstituut Nederland. Afwijkingen zijn toegestaan in het belang van goede zorg, mits vastgelegd in het medisch dossier van de verzekerde.
2. De zorgaanbieder beschikt gedurende de duur van deze overeenkomst, op basis van en naar voorbeeld van model Kwaliteitsstatuut, over een eigen organisatie specifiek Kwaliteitsstatuut opgenomen in de het register van het Zorginstituut Nederland én handelt hiernaar.

Artikel 3. Doelmatige Zorg en gepast gebruik

1. De Zorgaanbieder levert zorg die binnen de aanspraken van de Zorgverzekeringswet valt en die volgens de professionele richtlijnen gepast en doelmatig is.
2. Onder gepast gebruik wordt verstaan:
 - a. Zorg die voldoet aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zorgverzekeringswet;
 - b. Zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk;.

- c. Zorg waarop de Verzekerde redelijkerwijs is aangewezen gezien zijn gezondheidssituatie.
3. De Zorgaanbieder zal gepast gebruik bevorderen door zich te houden aan hetgeen is bepaald in het document 'Uitleg aanspraken geneeskundige GGZ op basis van DSM-5 classificatie' van het Zorginstituut Nederland.
4. Wanneer in het licht van voorschrift of verwijzing en indicatiestelling meerdere behandelingen geacht kunnen worden adequaat te zijn, kiest de Zorgaanbieder in overleg met de cliënt voor de meest doelmatige behandeling.

Artikel 4. Niet-aangaan of beëindiging zorgverlening

De Zorgaanbieder handelt in lijn met de meest recente 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Artikel 5. Bereikbaarheid en toegankelijkheid

1. De Zorgaanbieder zorgt voor goede fysieke, telefonische, schriftelijke en digitale bereikbaarheid.
2. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede toegankelijkheid van de Zorg.
3. De zorgaanbieder verleent de zorg zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen de Treeknormen.
4. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar zodra te voorzien is dat de Treeknormen structureel worden overschreden. Ze treden, zo nodig, in overleg over passende maatregelen. Op verzoek van de Zorgverzekeraar geeft de Zorgaanbieder inzage in deze maatregelen.
5. De Zorgverzekeraar kan op verzoek van Verzekerde bemiddelen, zodat de Verzekerde de behandeling elders krijgt. De zorgaanbieder wijst de Verzekerde hier op.

Artikel 6. Continuïteit van zorg

1. Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar informeren elkaar tijdig over zaken die relevant zijn voor continuïteit en kwaliteit van zorg en treden daarover zo nodig in overleg. Het overleg wordt gevoerd op een tijdstip dat het overleg van wezenlijke invloed kan zijn op het besluit van de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder verstrekt tijdig informatie aan de Zorgverzekeraar die voor het overleg redelijkerwijs nodig is. Desgevraagd geeft de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar inzicht in alle relevante stukken die betrekking hebben op de problematiek, een en ander met inachtneming van de toepasselijke regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen.
2. Bij een mogelijke bedreiging van de continuïteit van zorg overlegt de Zorgaanbieder in ieder geval met de Zorgverzekeraar voordat een besluit genomen wordt over:
 - a. het (gedeeltelijk) overdragen van de zeggenschap, fusie, omzetting, splitsing of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere zorgaanbieder;
 - b. de gehele of een gedeeltelijke opheffing, verhuizing of ingrijpende verbouwing van (een vestiging van) de Zorgaanbieder;
 - c. het starten van een nieuwe zorgonderneming gelieerd aan de Zorgaanbieder;
 - d. grote wijzigingen in het zorgaanbod;
 - e. aanvraag van surséance van betaling of faillissement (of indien de zorgaanbieder een natuurlijk persoon is, hij verzoekt om toepassing van de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen);
 - f. maatregelen vanuit de IGJ.

Artikel 7. Onderaanneming

Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor de Zorg verleend door de Onderaannemer. Dit impliceert onder andere:

- dat de Zorgaanbieder borgt dat alle verplichtingen die uit deze overeenkomst voortvloeien voor zover van toepassing ook bij de uitvoering door de Onderaannemer worden nagekomen
- de Zorgaanbieder declareert de Zorg verleend door een Onderaannemer bij de Zorgverzekeraar.

Artikel 8. Verwijzing

De verwijzing dient te voldoen aan de voorwaarden zoals vastgelegd in de meest recente versie van het 'Besluit verwijzingen GGZ' gepubliceerd door het ministerie van VWS.

2 Controle

Artikel 9. Controle

1. De Zorgverzekeraar kan (periodiek) controleren of de Zorgaanbieder zijn verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomt en de Zorgaanbieder verleent hieraan zijn medewerking.
2. De Zorgverzekeraar kan een Formele of Materiële controle uitvoeren bij de Zorgaanbieder zoals hierna omschreven.
3. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van de controle de bij of krachtens wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de Verzekerde in acht, alsmede bij de Formele of Materiele controle de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland, Wmg en AVG.
4. Een controle kan, naast terugvordering van de ten onrechte in rekening gebrachte declaraties, afhankelijk van de ernst en zwaarte van de geconstateerde feiten onder andere leiden tot de volgende maatregelen:
 - a. opzegging van de overeenkomst;
 - b. melding van de controle aan andere zorgverzekeraars;
 - c. melding van geconstateerde tekortkomingen in de kwaliteit van zorg bij de IGJ;
5. De Zorgaanbieder zal declaraties die de Zorgverzekeraar terugvordert als gevolg van de controle niet alsnog in rekening brengen bij verzekerde.

Artikel 10. Fraude

1. De Zorgverzekeraar kan een Fraudeonderzoek uitvoeren en houdt zich hierbij aan de bepalingen in de AVG, Zorgverzekeringswet, Regeling Zorgverzekering, Wmg en de Maatregelen Zorgverzekeraars bij Vastgestelde Fraude van ZN voor zover van toepassing.
2. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde Fraude het recht op vergoeding van geleverde Zorg uit hoofde van deze overeenkomst (betreffende het gedeelte waarop de Fraude betrekking heeft). In geval van Fraude kan de Zorgverzekeraar afhankelijk van de ernst en zwaarte van de geconstateerde feiten onder andere de volgende maatregelen treffen:
 - de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen.
 - deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - registratie van Fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg;
 - melding c.q. aangifte doen bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg, enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.
3. De in lid 2 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, of schadevergoeding te vorderen onverlet.

3 Informatieverwerking en verstrekking

Artikel 11. Verwerking persoonsgegevens

Partijen handelen bij de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens in het kader van deze overeenkomst zorgvuldig en nemen de geldende privacy wet- en regelgeving in acht.

Artikel 12. Bedrijfsvertrouwelijke informatie

Partijen gaan zorgvuldig om met bedrijfsvertrouwelijke informatie van de andere partij en treffen passende organisatorische en technische maatregelen voor een veilige opslag, uitwisseling en andere verwerking daarvan.

Artikel 13. Gegevens ten behoeve van transparantie van de kwaliteit van zorg

1. De zorgaanbieder verzamelt ROM-gegevens. Voor ROM dienen ten minste voor- en nametingen te worden verzameld. Indien wettelijk toegestaan en met toestemming van de cliënt worden deze aangeleverd bij Akwa GGZ.
2. De Zorgaanbieder maakt -in ieder geval aan het begin en het eind van de behandeling- gebruik van gevalideerde, door de beroepsgroep erkende meetinstrumenten en/of vragenlijsten ter ondersteuning van onder andere de diagnosestelling, het bewaken van de voortgang van de behandeling en het meten van de effectiviteit van de Zorg. De uitkomsten van de effectmetingen worden gebruikt in de behandeling en worden teruggekoppeld aan de individuele Patiënt.

Artikel 14. Informatie-uitwisseling tussen Partijen

1. De Zorgverzekeraar kan gegevens over het zorgaanbod van de Zorgaanbieder opnemen op één of meer door de Zorgverzekeraar beheerde websites. De Zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor het aanleveren en daarna actueel, correct en volledig houden van de juiste gegevens in relevante landelijke databases en registers. De Zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor onjuiste gegevens die op bedoelde websites zijn opgenomen als de Zorgaanbieder niet aan het bepaalde in de vorige zin heeft voldaan.
2. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar desgevraagd op welke manier de Zorgaanbieder de Governancecode Zorg naleeft. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar als de situatie ontstaat van ontoereikende naleving van de geldende Governancecode Zorg².
3. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder openbaar rapport van de IGJ dat de Zorgaanbieder betreft.

Artikel 15. Informatieverstrekking aan verzekerden

1. Onverlet de verplichting die de Zorgverzekeraar jegens de Verzekerde heeft om deze te informeren over de inhoud van de polis en de verantwoordelijkheid van de verzekerde zelf hiervan kennis te nemen informeert de Zorgaanbieder de Verzekerden voor aanvang van de Zorg waar Verzekerde redelijkerwijs op is aangewezen en, voor zover nodig, daarna conform de NZa beleidsregel Transparantie.
2. Indien de door de Zorgaanbieder te verlenen zorg niet de Zorgverzekeringwet betreft verwijst de Zorgaanbieder Verzekerde voor de informatievoorziening door naar de Zorgverzekeraar.

4 Relatie zorgverzekeraar – zorgaanbieder

Artikel 16. Aansprakelijkheid en vrijwaring

1. De Zorgaanbieder sluit een adequate beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering af, die voldoende dekking biedt. De Zorgaanbieder geeft op verzoek aan de Zorgverzekeraar inzage in de betreffende polisbladen.
2. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor aanspraken van (nabestaanden van) Verzekerden voor een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de verplichtingen uit de geneeskundige behandeling overeenkomst met de Verzekerde, ongeacht of de Zorgaanbieder zelf tekort geschoten is dan wel dat de tekortkoming voor rekening is van een Onderaannemer.

Artikel 17. Geschillen

1. Als over deze overeenkomst of de uitvoering daarvan een geschil ontstaat, proberen Partijen daar in onderling overleg uit te komen.
2. Mochten Partijen niet in onderling overleg tot een oplossing van het geschil komen, dan legt één der partijen het geschil voor aan de burgerlijk rechter of indien overeengekomen aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie zorgcontractering.

Artikel 18. Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.

Artikel 19. Overdracht van rechten

De Zorgaanbieder mag, met uitzondering van pandrechten en het uit handen geven van een vordering aan een incassobureau, geen rechten en/of plichten uit de overeenkomst overdragen aan derden zonder expliciete schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar.

5 Duur en einde overeenkomst

Artikel 20. Duur, einde en wijziging van de overeenkomst

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de tussen Partijen overeengekomen datums.
2. De overeenkomst eindigt tussentijds zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
 - a. met wederzijds goedvinden en;
 - b. indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de Wet toelating zorginstellingen wordt ingetrokken.

² Kleine organisaties kunnen volstaan met toepassing van principe 1 en, voor zover relevant, principe 2 alsmede de waarborgen en randvoorwaarden voor goede zorg van de overige principes van deze code.

- c. Indien een of meer noodzakelijke vergunningen in het kader van de Wft of Solvency II van de Zorgverzekeraars wordt ingetrokken, zodanig dat de Zorgverzekeraar het zorgverzekeringsbedrijf niet meer kan uitoefenen.
3. De overeenkomst kan verder met onmiddellijke ingang zonder rechterlijke tussenkomst geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
- a. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, (voorlopig) surseance, gerechtelijk akkoord, vereffening, executoriaal beslag waardoor de verlening van Zorg in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
 - b. door een der Partijen, als aan de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling is verleend;
 - c. door een der Partijen, als de wederpartij failliet wordt verklaard;
 - d. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel wordt ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming voor is verleend door de Zorgverzekeraar;
 - e. door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de Zorgaanbieder significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;
 - f. door een der Partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
 - g. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) Fraude, misdrijf, dwang of bedreiging;
 - h. door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit deze overeenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een achterafcontrole.
4. Als wijziging in wet- of regelgeving of andere voor Partijen bindende beslissingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden. Tussenkomst van de rechter is hier niet noodzakelijk.
5. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
6. Rechten en plichten uit deze overeenkomst die naar hun aard bestemd zijn om ook na het einde van deze overeenkomst voort te duren, blijven na het einde van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid, geheimhouding, controle en fraude.
7. Alle wijzigingen van deze overeenkomst zijn uitsluitend geldig indien zij schriftelijk zijn overeengekomen door een daartoe bevoegde vertegenwoordiger van ieder der Partijen.
8. In geval van einde of beëindiging van de overeenkomst draagt de Zorgaanbieder zorg voor continuïteit van de zorgverlening aan de Verzekerden, die voorafgaande aan de beëindiging reeds bij Zorgaanbieder in zorg waren. Partijen treden voor zover noodzakelijk in overleg over de verdere (maatschappelijke) gevolgen van het einde van de overeenkomst.

OVEREENKOMST ZORGVERZEKERAAR - INSTELLING INZAKE VERLENING GENERALISTISCHE BASIS GGZ 2020

DEEL III UNIFORME DECLARATIEPARAGRAAF

Deze declaratieparagraaf beschrijft hieronder de volgende onderwerpen:

- **Artikel 1 Algemeen**
- **Artikel 2 Controle verzekeringsrecht**
- **Artikel 3 Declareren**
- **Artikel 4 Declareren via derden** (voor zover van toepassing)
- **Artikel 5 Herdeclaraties en correcties**
- **Artikel 6 Betaling**
- **Artikel 7 Retourinformatie**
- **Artikel 8 Beheer en onderhoud gegevens in AGB en UZOVI**

Artikel 1. Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken zijn altijd leidend.
2. De declaratieparagraaf geldt voor:
 - a. het declaratieproces en onderwerpen die daarmee samenhangen, en
 - b. declaraties betrekking hebbende op zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.
3. Deze declaratieparagraaf is niet van toepassing op afspraken onder de beleidsregel innovatie, tenzij specifiek afgesproken bij die afspraken onder de beleidsregel innovatie.
4. De declaratieparagraaf is een bijlage bij de individuele zorgovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder en vormt hiermee één geheel.
5. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de zorgverzekeraar dan wel de verzekerde namens zorgaanbieder die in de overeenkomst genoemd wordt.

Artikel 2. 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 3. 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 **uiterlijk drie maanden na het sluiten van de prestatie** 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.
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. Stuurt 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 **100% binnen 3 maanden** bij de zorgverzekeraar. Nb. Dit is sectorspecifiek afhankelijk of er een behandeltraject is; bijvoorbeeld verloskundetraject, DBC of per behandeling declareren.
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 4. Declareren via derden (voor zover van toepassing)

1. Alle bepalingen uit deze declaratieparagraaf 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 5. 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 **42** 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).
5. De zorgaanbieder stelt de zorgverzekeraar op de hoogte van het intrekken van een factuur met betrekking tot een restitutenota.

Artikel 6. 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 zorgovereenkomst is gesloten, vindt uitsluitend betaling van zorg plaats tegen de in de zorgovereenkomst 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 **25** kalenderdagen mits de declaraties zijn ontvangen binnen de overeengekomen declaratietermijn.
5. Declaraties die **later dan 1 april van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de prestatie is gesloten**, 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 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 **100%** het gedeclareerde bedrag.
9. Als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar met het voorschot teveel heeft betaald, **verreken de zorgverzekeraar het teveel betaalde met de volgende betaling(en). De zorgverzekeraar verstrekt in dit geval, binnen de overeengekomen betaaltermijn, een duidelijke verreken- of betaalspecificatie.**
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 7. 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 **25** kalenderdagen, beschikbaar via VECOZO. Tenzij sprake is van een voorlopige betaling in de vorm van een voorschot.

Artikel 8. 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.

OVEREENKOMST ZORGVERZEKERAAR - INSTELLING INZAKE VERLENING GENERALISTISCHE BASIS GGZ 2020

DEEL IV SPECIFIEK DEEL ZORGOVEREENKOMST Aanvullingen algemene bepalingen

Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

a. KPUC

Het bedrag indien vermeld in rubriek C, van deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst. De KPUC is de gemiddelde omzet per unieke Verzekerde. De omzet per unieke Verzekerde wordt berekend over het aantal te behandelen Verzekerden. Van Verzekerden met alleen een DBC -diagnostiek, -crisis, of – behandeling kort telt daarbij wel de omzet mee, maar niet het aantal. Een Verzekerde kan maximaal eenmaal als unieke cliënt voorkomen;

b. Medische dienst

De BIG-geregistreerde (para)medisch adviseur die de Zorgverzekeraar adviseert over (para)medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied en de functionele eenheid c.q. eenheden waaraan door de medisch adviseur functioneel leiding wordt gegeven. In de functionele eenheid zijn deskundige medewerkers onder verantwoordelijkheid van de (para)medisch adviseur voor specifieke doeleinden betrokken bij de verwerking van persoonsgegevens;

c. Omzetmaximum

Het bedrag als bedoeld in rubriek C, of in bijlage 1, van deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst;

d. Partijen

De partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan;

e. Zorg

De medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering die psychiaters en klinisch psychologen plegen te bieden, al dan niet in combinatie met verblijf, verpleging, verzorging of paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.10 en 2.11 van genoemd Besluit, en waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet een natura- of restitutie-aanspraak kan doen gelden (verzekerde zorg);

f. Zorgverlener

De voor de Zorgaanbieder werkzame beroepsbeoefenaren die met de Verzekerde in het kader van de behandeling of begeleiding persoonlijk contact heeft;

Toelichting

Onderstaande bepalingen gelden als aanvulling op de Algemene bepalingen GGZ. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen aanvullingen op onderwerpen die reeds in de Algemene bepalingen voorkomen en nieuwe onderwerpen. Aanvullingen op de onderwerpen die reeds in de Algemene bepalingen voorkomen, zijn opgenomen met het hetzelfde artikelnummer, waarbij de leden zijn doorgenummerd. Nieuwe onderwerpen volgen daarna, met een eigen artikelnummer.

Artikel 1. Zorg

2. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg of een nader overeengekomen deel daarvan te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en die zich tot hem wendt.
3. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de aan de Zorgaanbieder verbonden Zorgverleners, is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg die zij aan Verzekerde verleent.
4. De Zorg voldoet in ieder geval aan de meest actuele versie van de ZN circulaire Therapieën GGZ.
5. De Zorgaanbieder beoordeelt bij Verzekerden op de wachtlijst waarbij de wachttijd boven de Treeknorm uit gaat (komen), of e-health en/of Eleo, indien dat laatste overeengekomen, mogelijkheden biedt om de wachttijden voor de betreffende Verzekerden te verkorten.

Artikel 2. Kwaliteitsnormen

3. De Zorgaanbieder handelt in overeenstemming met de voor de Zorgaanbieder relevante wet- en regelgeving, waaronder (maar niet uitsluitend) de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet BIG, de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens, de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), Wet verplichte GGZ en de eisen gesteld in deze overeenkomst.
4. Bij Zorg aan Verzekerden met een chronisch psychiatrische aandoening is inzet van ervaringsdeskundigheid noodzakelijk. Over de inzet van ervaringsdeskundigen heeft de Zorgaanbieder samen met cliëntenraad en/of cliëntorganisatie(s) een visie en actieagenda vastgesteld.

Artikel 4. Niet-aangaan of beëindiging zorgverlening

2. In geval van niet-aangaan of beëindiging van de Zorg, doet de Zorgaanbieder schriftelijk - zo mogelijk vooraf – mededeling aan de Verzekerde doet van het niet-aangaan of beëindiging en de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De Zorgaanbieder neemt waar nodig en met toestemming van de Verzekerde, tevens contact op met de Zorgverzekeraar om gezamenlijk te trachten (de continuïteit) de verlening van de Zorg te waarborgen.
3. Temporisering van de Zorgverlening in het kader van de gemaakte afspraken wordt uitdrukkelijk niet gerekend tot de weigering van de Zorg die in dit artikel wordt geregeld.
4. Het staat de Zorgaanbieder vrij om in geval van overschrijding van het Omzetmaximum dat jaar geen nieuwe Verzekerden in Zorg te nemen. Het staat de Zorgaanbieder niet vrij om ten tijde of ter voorkoming van overschrijding van het Omzetmaximum, geopende DBC's, en/of behandelovereenkomsten te staken of op te schorten. De na overschrijding van het Omzetmaximum verleende Zorg is voor eigen rekening en risico van de Zorgaanbieder ongeacht de titel waarop de Zorg wordt verleend; dit betekent derhalve ook dat een beroep van de Verzekerde op artikel 13 van de Zorgverzekeringswet geen titel is voor een declaratie voor verleende Zorg. Iedere overschrijding van het Omzetmaximum wordt bij de Zorgaanbieder teruggevorderd of verrekend.
5. Indien het hanteren van een cliëntenstop voor Verzekerden niet is toegestaan op grond van Deel I, artikel 2, zijn de leden 1 en 3 van dit artikel niet van toepassing.

Artikel 6. Continuïteit van de zorg

3. In geval een aan de Zorgaanbieder verbonden Zorgverlener krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd en dit gevolgen heeft voor de te leveren Zorg door de Zorgaanbieder aan de Verzekerden en/of dit gevolgen heeft voor de kwaliteit van de Zorg, meldt hij dit onverwijld aan de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de

Zorgaanbieder gedurende de schorsing c.q. ontzegging wordt waargenomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.

Artikel 8. Verwijzing

2. De Zorgaanbieder verleent de Zorg voor rekening van de Zorgverzekeraar, indien voor de Zorg een indicatie bestaat. Deze indicatie dient te blijken uit een schriftelijk(e) en gedateerd(e) verwijzing van de huisarts (bij voorkeur ondersteund door een Praktijk Ondersteuner GGZ), straatdokter, medisch specialist, bedrijfsarts of Regiebehandelaar generalistische basis GGZ.
3. De Zorgaanbieder zorgt er voor dat er in de regel vóór aanvang van de behandeling een geobjectiverde, geldige verwijzing aanwezig is. De afspraken gemaakt in het Plan van Aanpak³, hoofdstuk 4.2, zijn van toepassing.
4. De verwijzing dient geobjectiveerd te zijn en is naast een diagnostisch gesprek gebaseerd op gegevens verkregen uit een af te nemen oriënterend onderzoek, bij voorkeur een (digitaal) gevalideerd beslissingsondersteunend instrument. Hieruit is gebleken dat bij Verzekerde sprake is van (een vermoeden van) een psychiatrische stoornis die qua ernst behandeld dient te worden binnen de generalistische basis GGZ. De uitkomst maakt integraal deel uit van de verwijzing en dient derhalve bij de Zorgaanbieder aanwezig te zijn.
5. Indien bij de Zorgaanbieder twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van de verwijzing of onderdelen daarvan, dan zal de Zorgaanbieder zich in verbinding stellen met de verwijzer om hem te verzoeken om een aanvulling op de verwijzing. Zo nodig draagt Zorgaanbieder zelf zorg voor een geobjectiverde validatie van de zorgvraag.

Artikel 9. Controle

6. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering verplicht medewerking te verlenen aan een materiële controle die wordt uitgevoerd overeenkomstig de Regeling zorgverzekering. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk toe dient te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers die uitvoering geven aan de controle(s) behulpzaam te zijn voor zover dat redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat de Zorgaanbieder desgevraagd actieve medewerking verleent aan het daadwerkelijk toegang verschaffen van de praktijk- en patiëntenregistratie.
7. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aanspraken van verzekerden is de Zorgaanbieder gehouden de Medische dienst van de Zorgverzekeraar met inachtneming van de daarvoor geldende wettelijke voorschriften inzage te geven in de medische dossiers van de Verzekerden. Op verzoek van de Zorgverzekeraar worden deze dossiers op beveiligde wijze (versleuteld), zoals bijvoorbeeld middels Cryptshare, door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.
8. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden na de controledatum schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen en de Zorgaanbieder binnen redelijke termijn de gelegenheid geven daarop schriftelijk te reageren (hoor- en wederhoor).

Artikel 10. Fraude

4. De in lid 2 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar onverlet om de overeenkomst te beëindigen.
5. De Zorgverzekeraar spant zich in om onterechte declaraties en fraude in de zorg zoveel mogelijk te bestrijden. Om die reden legt de Zorgverzekeraar (persoons)gegevens vast en kan de Zorgverzekeraar de gegevens delen met bevoegde derden waarmee de Zorgverzekeraar samenwerkt in het kader van veiligheid en integriteit van de Zorgverzekeraar en de branche.

Artikel 20. Duur en einde overeenkomst

³ Plan van aanpak verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz naar aanleiding van de NBA audit alert 32

9. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze overeenkomst op grond van één van de situaties zoals genoemd in lid 2 en 3 van dit artikel, geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
10. In geval de overeenkomst met de Zorgverzekeraar eindigt en niet aansluitend wordt vernieuwd, is de Zorgaanbieder gehouden de Verzekerde met een naturapolis op de hoogte te brengen van de beëindiging van de contractuele relatie met de Zorgverzekeraar met inachtneming van het volgende:
 - a. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde waar mogelijk twee maanden voorafgaand aan de datum van afloop van de overeenkomst over de beëindiging van de overeenkomst met de Zorgverzekeraar.
 - b. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde over de consequenties van het opheffen van het rechtstreeks declareren aan de Zorgverzekeraar, inclusief de eventueel afgesproken incassoprocedure tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar.
 - c. De Zorgaanbieder declareert de behandeling(en) na afloop van de overeenkomst rechtstreeks bij de Verzekerde met inachtneming van de bij deze overeenkomst afgesproken tarieven.
 - d. De Zorgaanbieder wijst de Verzekerde op de mogelijkheid de behandeling tegen volledige vergoeding voort te zetten bij een aanbieder die wel een overeenkomst met de Zorgverzekeraar heeft. De Zorgaanbieder adviseert de Verzekerde contact op te nemen met de Zorgverzekeraar waarbij tevens verwezen kan worden naar Zorgvinder op de website van de Zorgverzekeraar.
11. Indien de behandeling van de Verzekerde wordt voortgezet door een gecontracteerde aanbieder is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor een adequate overdracht, een en ander in overeenstemming met de daarvoor geldende wet- en regelgeving.

Artikel 21. Praktijk en patiëntenregistratie

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder registreert van iedere Verzekerde de volgende patiënten- en zorgverleninggegevens:
 - a. naam, adres, geboortedatum, en inschrijfnummer van de Verzekerde;
 - b. het burgerservicenummer van de Verzekerde;
 - c. de naam en het beroep van de verwijzer die de Verzekerde naar de Zorgaanbieder verwees;
 - d. het aantal behandelingseenheden;
 - e. de data waarop de behandelingen zijn gegeven;
 - f. de tijdsduur van alle contactmomenten;
 - g. behandeling thuis of in praktijk;
 - h. de naam van de Regiebehandelaar en Zorgverlener en het door hen bestede aantal behandelminuten;
 - i. het resultaat van het onderzoek;
 - j. het behandelplan;
 - k. het verloop van de behandeling;
 - l. het evaluatieverslag t.b.v. de verwijzer.

Artikel 22. Informatie en gegevensuitwisseling

1. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor een inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegeven verplichtingen.
2. De Zorgaanbieder levert tijdig, in ieder geval vóór de door de Zorgverzekeraar gestelde datums, informatie aan over de door haar aan Verzekerden van de Zorgverzekeraar geleverde Zorg, met behulp van de uniforme productiemonitor zoals verstrekt door de Zorgverzekeraar.

Artikel 23. Hoofdelijke aansprakelijkheid

1. Indien de Zorgaanbieder die deze overeenkomst aan is gegaan de rechtsvorm van een maatschap, CV of een vof heeft, zijn de maten respectievelijk vennoten ieder hoofdelijk aansprakelijk voor de verplichtingen die voortvloeien uit deze overeenkomst. Indien de Zorgverzekeraar aan haar verplichtingen voortvloeiende uit deze overeenkomst voldoet jegens één van de maten dan wel vennoten, gelden deze verplichtingen als geheel voldaan jegens de Zorgaanbieder en kunnen

afzonderlijke maten of vennoten geen vorderingen instellen voor de nakoming van (een deel) van deze verplichtingen door de Zorgverzekeraar.

2. De Zorgverzekeraar kan niet gebonden worden door onderlinge afspraken tussen de maten of vennoten, met betrekking tot de onderlinge verdeling dan wel afdwingbaarheid van uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen.

Artikel 24. Patiëntbejegening

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting aan de Verzekerde over de aan hem te verlenen Zorg. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg gerekend.

Artikel 25. Slotbepalingen

1. Ten aanzien van communicatie-uitingen (zoals reclame) geldt:
 - a. het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatie-uitingen zolang het gebruik plaatsvindt in overeenstemming met het beleid van de Zorgverzekeraar. Het beleid inzake het gebruik van het beeldmerk is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
 - b. indien (het logo van) de Zorgverzekeraar in communicatie-uitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar. Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.
2. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in de welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
3. Het niet terstond uitoefenen van enig recht dat de Zorgverzekeraar op grond van de wet of deze overeenkomst heeft zal in geen geval worden geacht te zijn het doen van afstand van dat recht door de Zorgverzekeraar.

OVEREENKOMST ZORGVERZEKERAAR - INSTELLING INZAKE VERLENING GENERALISTISCHE BASIS GGZ 2020

DEEL IV SPECIFIEK DEEL ZORGOVEREENKOMST Aanvullingen uniforme declaratieparagraaf

Toelichting

Onderstaande artikelen gelden als aanvulling op de Uniforme declaratieparagraaf GGZ. Aanvullingen op de onderwerpen die reeds in de Uniforme declaratieparagraaf voorkomen, zijn opgenomen met het hetzelfde artikelnummer, waarbij de leden zijn doorgenummerd.

Artikel 3. Declareren

12. Indien een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen, dan brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
13. De Zorgaanbieder zal de declaratie die is afgewezen omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de Zorg, de declaratie en/of de indiening daarvan worden gesteld, niet ter betaling aan de Verzekerde voorleggen. Bij overtreding van deze bepaling is de Zorgverzekeraar gerechtigd een eventuele vergoeding aan de Verzekerde te verrekenen met nieuwe declaraties van de Zorgaanbieder.
14. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden die ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.

Artikel 5. Herdeclaraties en correcties

6. De Zorgverzekeraar behoudt zich in aanvulling op artikel 5 lid 3 eveneens het recht voor om ten onrechte gedane betalingen te verrekenen met nieuwe declaraties aan elk van de in deel I genoemde zorgverzekeraars.
7. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties van de Zorgaanbieder. De digitale, en overige gegevens over de declaratieverwerking en betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waar onder begrepen die van Vecozo, strekken Partijen tot volledig bewijs, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.

Artikel 6. Betaling

12. In aanvulling op artikel 6 lid 4. Indien (een) feestdag(en) binnen de betaaltermijn valt/vallen, wordt de betaaltermijn verlengd met de duur van de betreffende feestdag(en). Als feestdag wordt in dat kader beschouwd: Nieuwjaarsdag, Goede Vrijdag, Tweede Paasdag, Hemelvaartsdag, Tweede Pinksterdag, Eerste kerstdag en Tweede kerstdag.
13. De Zorgaanbieder stelt de declaratie op met vermelding van alle gegevens die volgens de meest recente versie van het voor de onderhavige zorgsector toepasselijke rapport externe integratie op de declaraties dienen te worden vermeld.
14. Onder betaalbaarstelling wordt in artikel 6 lid 4 verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
15. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot, zoals bedoeld in artikel 6 lid 8, betaalbaar indien de oorzaak van de vertraging gelegen is in de risicosfeer van de Zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de declaratie niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
16. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of zorg die niet voldoet aan de voorwaarden uit de verzekeringspolis van de betreffende Verzekerde komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking,

17. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, komen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hier voor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.

Bijlage A: Specifieke afspraken

A.1: Uitgezonderde prestaties

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

Prestatiecode/Declaratiecode	Omschrijving/toelichting

A.2: UZOVI-code

Overzicht code UZOVI die gehanteerd moeten worden in de declaraties:

UZOVI-code	UZOVI-naam
9664	Centrale Verwerkingseenheid CZ: CZ, Nationale Nederlanden en OHRA

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	Ja, voor alle labels	Ja, voor alle labels	Nee
Eigen bijdrage (co-payment)	Nee	Nee	Nee
Boven maximale vergoeding (co-insurance)	Nee	Nee	Nee
Onverzekerde zorg	Nee	Nee	Nee
...			