

Overeenkomst Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) en Niet-klinische Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) 2018 Vrijgevestigde zorgaanbieders

Partijen

De zorgverzekeraar: Menzis Zorgverzekeraar NV
Anderzorg NV

En

De zorgaanbieder: Naam zorgverlener
Zorgverlenerscode:
Praktijknaam
Praktijkcode:
Adres
KvK-nummer:

Hierna gezamenlijk te noemen 'partijen'.

Komen als volgt overeen:

Definities

Artikel 1

1. Onder zorgaanbieder wordt verstaan: degene die voldoet aan de criteria voor vrijgevestigden, zoals omschreven in het Kwaliteitsstatuut en die de overeenkomst met de zorgverzekeraar is aangegaan.
2. De zorgaanbieder beschikt op 1 januari 2018 en gedurende de duur van deze overeenkomst, op basis van en naar voorbeeld van het model Kwaliteitsstatuut, over een getoetst en geaccordeerd inzichtelijk kwaliteitsstatuut dat is opgenomen in het openbaar register van Zorginstituut Nederland.

Zorgverlening

Artikel 2

1. De overeenkomst tussen partijen heeft betrekking op zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering, zoals deze thans luidt dan wel in de toekomst zal komen te luiden, meer specifiek:
 - a. Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)
 - b. Gespecialiseerde GGZ (SGGZ)

2. De overeenkomst heeft geen betrekking op zorg die niet verzekerd is in de Basisverzekering, waaronder – maar niet uitputtend – is begrepen:
 - a. medische psychologische zorg;
 - b. diagnostische zorg met een ander oogmerk dan behandeling;
 - c. zorg die als 'Niet verzekerd' is opgenomen in bijlage 1 'Verzekerde therapieën GGZ' bij het Zorginkoopbeleid GGZ 2018.

Artikel 3

1. De zorgaanbieder verleent aan verzekerden, die zich gedurende de duur van deze overeenkomst tot hem wenden, de zorg zoals bedoeld in artikel 2 lid 1.
2. De zorgaanbieder verleent de zorg aan verzekerden die volgens de geldende landelijke afspraken naar hem zijn verwezen. De meest actuele versie van deze afspraken is van toepassing, gepubliceerd op: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/documenten/besluiten/2017/03/16/besluit-verwijzingen-ggz>.
3. De verwijzing is opgesteld conform de NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling Huisarts – GGZ.
4. De zorgaanbieder laat zich bij de behandeling mede leiden door overwegingen van gepaste, doeltreffende, transparante, gepersonaliseerde en op zelfregie gerichte zorg.
5. De zorgaanbieder houdt per verzekerde een gestructureerd en compleet dossier bij conform de richtlijnen zoals gesteld door de branche- en/ of beroepsverenigingen.
6. De zorgaanbieder kan bij de zorgverlening gebruikmaken van medebehandelaars voor zover hiervoor geopteerd in de digitale vragenlijst en de zorgverzekeraar daarmee akkoord is gegaan.
7. De zorg die wordt uitbesteed via medebehandelaars zoals bedoeld in het vorige lid behelst niet meer dan gemiddeld 20% van de totaal geschreven tijd op alle DBC's/zorgvraagzwaarteproducten GBGGZ.
8. De medebehandelaar die wordt ingezet is volledig gekwalificeerd voor een van de beroepen uit de DBC-beroepentabel.
9. Een beroepsbeoefenaar die als medebehandelaar werkzaam is onder verantwoordelijkheid van de gecontracteerde zorgaanbieder, kan niet zelfstandig DBC's en/of zorgvraagzwaarteproducten GBGGZ openen en/of sluiten.
10. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de beroepsbeoefenaren die als medebehandelaar zorg verlenen, worden handelingen van de beroepsbeoefena(a)r(en) beschouwd als handelingen verricht door de zorgaanbieder.
11. Omwille van kwaliteit, beschikbaarheid en continuïteit van zorg werkt de zorgaanbieder minimaal 768 uur en maximaal 2.080 uur (directe en indirecte tijd), exclusief de tijd besteed via medebehandelaarschap, per jaar in de vrijgevestigde praktijk. Bij het opstarten of afbouwen van een praktijk kan hiervan worden afgeweken.

Artikel 4

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn/haar praktijkinrichting en instrumentarium aan de praktijk-eisen zoals die door de branche- en/of beroepsverenigingen worden gesteld beantwoordt, in het bijzonder die eisen die de privacy waarborgen.

2. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de praktijk toegankelijk is voor minder validen. De behandeling van minder validen kan niet worden uitgesloten door de aard van de praktijkruimte. Indien dit problemen oplevert, treft de zorgaanbieder hiervoor een praktische oplossing.
3. De zorgaanbieder verleent de zorg op of vanuit de praktijklocatie, zoals vermeld in Vektis.

Artikel 5

1. De zorgaanbieder past e-health in de behandeling toe als dat mogelijk, effectief dan wel gewenst is.
2. Alleen na uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde is een beroepsbeoefenaar in opleiding bij de zorgverlening aanwezig. Deze mag zorg bieden onder leiding, toezicht en verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. De opleidingskosten van de beroepsbeoefenaren in opleiding kunnen niet ten laste van het toegekende budget worden gebracht.

Artikel 6

Voor zover gerechtigd om medicatie voor te schrijven zal de zorgaanbieder deze medicatie op stofnaam voorschrijven, tenzij er een medische noodzaak is om hiervan af te wijken.

Artikel 7

De zorgaanbieder registreert wachtenden en wisselt desgevraagd deze gegevens uit met de zorgverzekeraar. Indien de wachttijd langer is dan de Treeknorm meldt de zorgaanbieder dit bij de zorgverzekeraar en verwijst de zorgaanbieder de verzekerde naar een andere door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder dan wel naar de Zorgadviseur van de zorgverzekeraar, behalve indien de verzekerde aantoonbaar op zijn nadrukkelijk verzoek op de wachtlijst wil blijven staan.

Tarief, declaratie- en betalingsverkeer

Artikel 8

1. De zorgaanbieder heeft in het kalenderjaar 2018 tegenover de zorgverzekeraar recht op betaling van ten hoogste het bedrag in het budget.
2. Het budget bedraagt voor de GBGGZ en SGGZ samen maximaal €. Het genoemde budget is vastgesteld op jaarbasis en geldt als omzetplafond. Indien de overeenkomst wordt gesloten voor een deel van 2018 wordt het budget naar rato aangepast.
3. Voor de toepassing van lid 1 wordt het bedrag van het budget, bedoeld in lid 2 vergeleken met de som van de DBC's en zorgvraagwaarteproducten GBGGZ die in het kalenderjaar 2018 worden geopend ten behoeve van verzekerden van de zorgverzekeraar, maal de overeengekomen tarieven. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een gelijkmatige spreiding van het afgesproken budget, zoals benoemd in lid 2, over het kalenderjaar. Indien het omzetplafond eerder bereikt is dan het einde van het contractjaar, verwijst de zorgaanbieder verzekerden met een naturaverzekering/restitutieverzekering met gecontracteerde zorg naar de Menzis Zorgadviseur, tenzij de verzekerde aangeeft op de wachtlijst te willen blijven staan tot een nieuw contractjaar. Voor verzekerden die reeds in zorg zijn dient de behandeling afgemaakt te worden.

Zorg verleend aan verzekerden met een 'naturaverzekering' of een 'restitutieverzekering met gecontracteerde zorg' boven het omzetplafond komt niet voor vergoeding in aanmerking. Zorg verleend boven het budgetplafond aan verzekerden met een 'zuivere restitutieverzekering' komt wel voor vergoeding in aanmerking. Het peilmoment voor dat omzetplafond is het moment van openen van de DBC's en zorgvraagzwaarteproducten GBGGZ (en de bijbehorende schadelast).

4. De zorgaanbieder heeft geen recht op voldoening van declaraties voor DBC's en zorgvraagzwaarteproducten GBGGZ, voor zover de som van de tarieven die gelden voor de DBC's en zorgvraagzwaarteproducten GBGGZ die in 2018 worden geopend hoger is dan het bedrag van het budget, met inachtneming van het bepaalde in lid 3.
5. Indien door de declaraties het totaalbedrag van het budget wordt bereikt, is de zorgaanbieder evenwel verplicht de declaraties voor verleende zorg bij de zorgverzekeraar te blijven indienen.
6. Wanneer de declaraties met inachtneming van hetgeen in lid 3, 4 en 5 bepaald is het overeengekomen budget overschrijden, dan zal het totale bedrag van de eventuele overschrijding voor 1 april 2020 in één keer door de zorgaanbieder worden terugbetaald aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft tevens de mogelijkheid om het bedrag van de overschrijding te verrekenen met ingediende declaraties. In geval van tussentijdse beëindiging van de overeenkomst is een eventuele overschrijding van het budget direct opeisbaar. De zorgaanbieder betaalt dit bedrag dan op eerste verzoek van de zorgverzekeraar aan de zorgverzekeraar.
7. Indien uit controle of anderszins blijkt dat de zorgaanbieder niet voldoet aan de inkoopcriteria gesteld voor de GBGGZ en SGGZ (waaronder de voorwaarden voor de productieafspraken), dan zal het tarief en budget met terugwerkende kracht opnieuw worden vastgesteld. Het herziene percentage zal dan bestaan uit het percentage dat ten tijde van de contractafspraken tot stand is gekomen minus het percentage dat als volgt is berekend: het aantal inkoopcriteria dat onjuist is ingevuld vermenigvuldigd met 3%, met een minimum van 5%. Het eventueel door de zorgverzekeraar te veel betaalde, op basis van het nieuw berekende budget en tarief, zal worden verrekend dan wel teruggevorderd.
8. De door de zorgaanbieder gebruikte declaratiesoftware is volgens de meest recente landelijke specificaties (EI standaard) gebouwd en getoetst. Dit blijkt uit een accountantsverklaring of verklaring van de declaratiesoftwareleverancier.

Artikel 9

1. De zorgaanbieder declareert conform hetgeen bepaald is in de 'Handleiding declareren GGZ Cure 2018'. Deze handleiding is gepubliceerd op www.menzis.nl/zorgaanbieders/ggz.
2. De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder voor de aan verzekerden verleende zorg als volgt honoreren:
 - a. GBGGZ: % van het NZa tarief;
 - b. SGGZ: % van het NZa tarief;echter met inachtneming van het bepaalde in lid 3.
3. a. Het gemiddeld uurtarief voor de GBGGZ zal voor de producten BK, BM en BI niet meer bedragen dan € .. en voor product BC niet meer bedragen dan € .., waarbij het gemiddeld uurtarief als volgt wordt berekend: de gedeclareerde omzet van een zorgaanbieder wordt gedeeld

door de totaal op de zorgvraagzwaarteproducten verantwoorde tijdsinvestering, dit in combinatie met het gegunde tariefpercentage.

b. Het gemiddeld uurtarief voor de SGGZ zal niet meer bedragen dan € .. (indien omzet voor 85% of meer bestaat uit DBC's <3000 minuten) of € .. (indien omzet niet voor 85% of meer bestaat uit DBC's <3000> minuten), waarbij het gemiddeld uurtarief als volgt wordt berekend: de gedeclareerde omzet van een zorgaanbieder wordt gedeeld door de totaal op de DBC's verantwoorde tijdsinvestering (directe en indirecte tijd), dit in combinatie met het gegunde tariefpercentage.

4. De volgende DBC's komen niet voor vergoeding in aanmerking:
 - a. DBC's van 6000 minuten en langer, en
 - b. Parallele DBC's voor één en dezelfde verzekerde bij behandeling door één en dezelfde regiebehandelaar. Uitzondering hierop is behandeling bij farmacotherapie.

Aanvullende declaratiebepalingen

Artikel 10

In aanvulling op de 'Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg 2018' geldt het volgende:

1. Als de zorgverzekeraar een verzekerde uitschrijft met terugwerkende kracht en de zorgaanbieder zich voorafgaand heeft overtuigd van het verzekeringsrecht van de verzekerde (gecontroleerd via de Centrale Opvraag Verzekerden (COV) module van VECOZO), dan neemt de zorgverzekeraar hiervoor het debiteurenrisico over de tussenliggende periode van uitschrijfdatum en verwerkingsdatum.
2. Gecorrigeerde schaderegels kunnen in de eerstvolgende declaratie opnieuw ingediend worden via VECOZO.
3. Een creditnota kan pas worden ingediend als de debetnota is betaald. Correcties moeten vóór en bij voorkeur apart van een volgende declaratie digitaal worden ingediend.
4. Bij waarneming moet worden gedeclareerd op naam van de zorgaanbieder voor wie wordt waargenomen.
5. Declaraties moeten met de juiste UZOVI-code zorgverzekeraar worden ingediend.

UZOVI-codes:

- Menzis 3332
- Anderzorg 3333

6. De zorgaanbieder heeft tegenover de zorgverzekeraar, binnen 30 dagen nadat de zorgverzekeraar de declaratie heeft ontvangen, recht op voldoening van de (her)declaratie voor zorg die in overeenstemming met de overeenkomst is verleend. Als de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan de betalingstermijn van 30 dagen zal de zorgverzekeraar een voorschot van 100% van de ingediende digitale declaratie verstrekken. Behoudens overmacht ontvangt de zorgaanbieder een afrekeningspecificatie binnen 6 maanden nadat het voorschot is ontvangen. Als blijkt dat het uitbetaalde voorschotbedrag hoger is dan het bedrag op de afrekeningspecificatie, zal de zorgverzekeraar het teveel betaalde bij de zorgaanbieder terugvorderen, dan wel verrekenen.

7. De zorgverzekeraar kan de voldoening van declaraties opschorten indien hij een tekortkoming in de uitvoering van de overeenkomst door de zorgaanbieder constateert.

Contractuele relatie

Artikel 11

1. Op de overeenkomst zijn de 'Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg 2018' van toepassing. De partijen verklaren door ondertekening van deze overeenkomst een exemplaar te hebben ontvangen van de algemene inkoopvoorwaarden, kennis te hebben genomen van de inhoud ervan met de daarin genoemde wet- en regelgeving en ermee in te stemmen.
2. De bijlagen vormen een integraal onderdeel van de overeenkomst en enige verwijzing naar de overeenkomst zal tevens een verwijzing inhouden naar de bijlagen en andersom.
3. De zorgaanbieder voldoet en blijft voldoen aan de geschiktheidseisen, contracteisen en inkoopcriteria zoals opgenomen in de, bij de totstandkoming van deze overeenkomst, ingevulde digitale vragenlijst 2018.
4. De contractuele relatie tussen partijen wordt beheerst door:
 - a. de door de zorgaanbieder ingevulde vragenlijst indien en voor zover door de zorgverzekeraar aanvaard;
 - b. deze overeenkomst inclusief de bijlage 1 'Verzekerde therapieën GGZ';
 - c. de 'Algemene Inkoopvoorwaarden Zorg 2018'.In geval van strijdigheid tussen bovengenoemde documenten prevaleert hetgeen is gesteld in het hoogst aangeduide document in dit artikel.
5. Wijzigingen van en/of aanvullingen op deze overeenkomst zijn eerst geldig indien en voor zover zij schriftelijk tussen partijen zijn overeengekomen. Deze zullen als een nadere overeenkomst integraal deel uitmaken van de overeenkomst.

Artikel 12

1. Indien de ondertekende overeenkomst vóór 1 januari 2018 door de zorgverzekeraar is ontvangen, treedt de overeenkomst in werking op 1 januari 2018 en eindigt zonder dat schriftelijke opzegging is vereist van rechtswege op 1 januari 2019.
2. Indien de ondertekende overeenkomst na 1 januari 2018 door de zorgverzekeraar is ontvangen, treedt de overeenkomst in werking op de eerste dag van de maand waarin de overeenkomst door de zorgverzekeraar is ontvangen en eindigt zonder dat schriftelijke opzegging is vereist van rechtswege op 1 januari 2019.
3. Indien uit controle of anderszins blijkt dat de uitsluitingsgronden van toepassing zijn en/of de zorgaanbieder niet voldoet aan de geschiktheidseisen, dan heeft de zorgverzekeraar het recht om zonder schadeloosstelling te zijn:
 - a. de overeenkomst zonder dat een ingebrekestelling is vereist per ingangsdatum van de overeenkomst buitengerechtelijk te ontbinden, en/of
 - b. eventuele schade (inclusief toekomstige schade) op de zorgaanbieder te verhalen, en/of
 - c. de zorgaanbieder de komende drie kalenderjaren uit te sluiten van contractering, en/of
 - d. melding te maken bij de IGZ en het OM.

Artikel 13

De zorgverzekeraar heeft het recht om, in geval van wijziging in de aanspraak op c.q. de vergoeding van GBGGZ en/of SGGZ zoals omschreven bij of krachtens het bepaalde in de Zorgverzekeringswet, de overeenkomst zonder tot schadevergoeding gehouden te zijn buitengerechtelijk te ontbinden. De zorgverzekeraar heeft dit recht ook ingeval de overeenkomst nog niet in werking is getreden (1 januari 2018).

Aldus overeengekomen te Wageningen, d.d.,

De zorgverzekeraar

De zorgaanbieder

directeur Zorg

Naam zorgverlener
Zorgverlenerscode:
Praktijknaam
Praktijkcode:
KvK-nummer:

Naam van de ondertekenaar:
Certificaatnummer:
Datum van ondertekening:

SPECIMEN