

**Zorgovereenkomst
Instelling voor Geestelijke
Gezondheidszorg (GGZ)
2016**

Multizorg VRZ

en

«ANaam»

**ZORGOVEREENKOMST
INSTELLING VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)
2016**

Partijen:

De zorgverzekeraars, genoemd in Bijlage 1, rechtsgeldig vertegenwoordigd door Multizorg VRZ B.V., statutair gevestigd te Utrecht en kantoorhoudende te (3584 BL) Utrecht aan de Euclideslaan 1, hierna te noemen: de zorgverzekeraars;

«**ANaam**», gevestigd te «Plaatsnaam», hierna te noemen: de zorgaanbieder, waarvan de verdere gegevens als volgt luiden:

AGB-code : «IPZCode_Inst»
Inschrijving KvK :
Correspondentieadres : «Straat» «Huisnummer» «HuisnummerToevoeging»
Postcode en Plaats : «PC» «Plaatsnaam»

Vestigingsadres(sen):

Adres Postcode Plaats

komen overeen als volgt:

Artikel 1 - Definities

Verstaan wordt onder:

- a. Behandelplan: het onderdeel van de overeenkomst tussen verzekerde en zorgaanbieder ten aanzien van de reden, het doel en de aard van de behandeling. Het behandelplan is gebaseerd op evidence-based, landelijk erkende behandelrichtlijnen. Het behandelplan wordt opgenomen in het cliëntendossier;
- b. CONO-beroepentabel: de beroepenstructuur van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO) waarin die beroepen zijn opgenomen die bevoegd en bekwaam zijn om een rol te vervullen in de (individuele diagnosegerichte) behandeling van patiënten in de GGZ;
- c. Deelomzet: het gedeelte van het totale omzetplafond dat bestemd is voor de kosten van de generalistische basis GGZ, respectievelijk de kosten van de gespecialiseerde GGZ en voor zover van toepassing, LGGZ;
- d. Early Warning Systeem: een instrument voor zorgverzekeraars met als doel het tijdig signaleren van situaties bij de zorgaanbieder die risicovol zijn voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening;
- e. GBGGZ: Generalistische Basis GGZ;
- f. GGGZ: Gespecialiseerde GGZ;
- g. GGZ-instelling: de overeenkomstig de toepasselijke wet- en regelgeving toegelaten instelling die geneeskundige zorg in verband met een psychiatrische aandoening levert en uit dien hoofde deze zorgovereenkomst aangaat;
- h. Hoofdbehandelaar: Binnen deze zorgovereenkomst worden twee typen hoofdbehandelaar onderscheiden:
 - Hoofdbehandelaar GBGGZ: een BIG-geregistreerde GGZ-beroepsbeoefenaar werkzaam in de instelling, die behoort tot in ieder geval een van de volgende beroepsgroepen: psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of GZ-psycholoog. BIG-geregistreerde verpleegkundig specialisten GGZ kunnen uitsluitend voor behandelingen die vallen onder de prestatie Basis GGZ Chronisch en binnen de setting van een instelling optreden als hoofdbehandelaar.
 - Hoofdbehandelaar GGGZ en LGGZ: een BIG-geregistreerde GGZ-beroepsbeoefenaar, werkzaam in de instelling, die behoort tot in ieder geval één van de volgende beroepsgroepen: psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut.
- i. JMV-kwaliteitsindicatoren: indicatoren die moeten worden aangeleverd voor de kwaliteitsparagraaf van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Het format voor het jaardocument is vastgesteld door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op grond van artikel 8a van de Regeling Verslaggeving WTZi;
- j. Klinische GGZ: geestelijke gezondheidszorg met verblijf, waarbij verblijf medisch noodzakelijk is;
- k. LGGZ: Langdurige, op behandeling gerichte GGZ;
- l. LPGGz: Landelijk Platform GGz;
- m. Medebehandelaar: een beroepsbeoefenaar met één van de beroepen uit de CONO-beroepentabel voor de GGZ, niet zijnde de hoofdbehandelaar;
- n. Multidisciplinair overleg (MDO): Het MDO is een door de instelling gepland gestructureerd overleg waarbij tenminste ook een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut is betrokken en waarvoor de instelling heeft vastgelegd welke specifieke groepen hoofdbehandelaren en medebehandelaren structureel deelnemen aan het MDO;

- o. Omzetplafond: de door de zorgaanbieder maximaal in rekening te brengen omzet voor het geheel van de zorg, verleend in het kader van de in een kalenderjaar geopende DBC's, deelprestaties verblijf, overige deelprestaties, prestaties GBGGZ, en voor zover van toepassing, ZZP's GGZ-B;
- p. Onderhanden Werk (OHW): de in geld uitgedrukte waarde van activiteiten op enig moment waarvoor de zorgaanbieder de behandeling nog niet heeft afgesloten en nog geen declaratie bij de zorgverzekeraar heeft ingediend, berekend tegen 90% van de maximale tarieven;
- q. Onderlinge dienstverlening: de zorg als bedoeld in artikel 1, Wmg, die door een zorgaanbieder wordt verleend als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie op het gebied van de GGZ. De eerstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder wordt in dit kader aangeduid als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder';
- r. Opbrengstoverschot: er is sprake van een opbrengstoverschot wanneer de gedeclareerde omzet 2016 van de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraars (behorende bij zorg gestart in 2016) hoger is dan het afgesproken omzetplafond 2016. De zorgaanbieder is het opbrengstoverschot verschuldigd aan de zorgverzekeraars;
- s. Opbrengstverrekening: de verrekening van het opbrengstoverschot door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraars;
- t. Prestatie GBGGZ: (een van) de prestatie(s) als omschreven in de meest recente beleidsregel Generalistische basis GGZ van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa):
- Basis GGZ Chronisch
 - Basis GGZ Intensief
 - Basis GGZ Kort
 - Basis GGZ Middel
 - Onvolledig behandeltraject.
- u. Prestatie: onder een prestatie wordt verstaan:
- een deelprestatie verblijf
 - een Diagnose Behandel Combinatie (DBC)
 - een overige deelprestatie
 - een prestatie GBGGZ
 - een zorgzwaartepakket GGZ-B (ZZP GGZ-B).
- v. Tarieven: de tussen partijen overeengekomen prijs voor gecontracteerde prestaties die de zorgaanbieder rechtsgeldig in rekening mag brengen;
- w. Treeknormen: landelijk vastgestelde aanvaardbare wachttijden voor GGZ t.w.:

GGZ	Treeknorm
Wachttijd tussen aanmelding en intake	Maximaal 4 weken
Wachttijd tussen intake en diagnose	Maximaal 4 weken
Wachttijd tussen diagnose en aanvang van de behandeling	Maximaal 6 weken

- x. Verwijsbrief: hierin staat ten minste vermeld: een korte beschrijving van de klacht/aard van de aandoening, de reden van verwijzing (bijvoorbeeld vermoeden van DSM IV stoornis), verwijzing voor de GBGGZ dan wel de GGGZ en, voor zover van toepassing, de relevante voorgeschiedenis, de NAW-gegevens en de AGB-code van de verwijzer, de NAW-gegevens en geboortedatum van de verzekerde. Een digitale verwijzing wordt gezien als een verwijsbrief, mits deze de gevraagde informatie bevat.

Artikel 2 - Inhoud van de zorgovereenkomst

1. Op deze zorgovereenkomst zijn de Algemene Inkoopvoorwaarden (AIV) van Multizorg VRZ van toepassing. De zorgaanbieder verklaart een exemplaar van deze voorwaarden te hebben ontvangen en daarvan te hebben kennisgenomen. Daar waar onduidelijkheden of tegenstrijdigheden zouden zijn tussen de AIV en de zorgovereenkomst prevaleert de zorgovereenkomst boven de AIV.
2. Daarnaast maken de volgende bijlagen deel uit van deze zorgovereenkomst:
 - Bijlage 1: Zorgverzekeraars 2016
 - Bijlage 2: Aanvullende afspraken (indien van toepassing)
 - Bijlage 3: Leveringsvoorwaarden LGGZ (indien van toepassing)

Artikel 3 - Zorg

1. De zorgaanbieder verleent aan verzekerden van 18 jaar en ouder van de zorgverzekeraars klinische GGZ, LGGZ en/of ambulante GGZ (zowel GGGZ als GBGGZ) waarop de verzekerden bij of krachtens het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering met inachtneming van de polisvoorwaarden van hun zorgverzekeraar, aanspraak hebben en voor zover deze zorg behoort tot de prestaties als overeengekomen via VECOZO.
2. De zorgaanbieder is gehouden kwalitatief verantwoorde zorg te leveren. Hieronder wordt verstaan: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde. De zorg is bovendien proportioneel, gebaseerd op de huidige stand van de wetenschap en praktijk en onder- en overconsumptie van zorg wordt vermeden. Tevens verleent de zorgaanbieder slechts die zorg waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen gezien zijn gezondheidssituatie.
3. De zorg wordt verleend door en onder verantwoordelijkheid van één van de hoofdbehandelaren zoals omschreven in artikel 1.
4. Onder specifieke voorwaarden kunnen binnen de instelling een GZ-psycholoog, een verslavingsarts KNMG of een specialist ouderengeneeskunde de rol van hoofdbehandelaar voor de GGGZ vervullen. Hiervoor dient binnen de instelling op structurele basis multidisciplinair overleg (MDO) plaats te vinden. De voorwaarden hierbij zijn:
 - Betrokkene beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om het hoofdbehandelaarschap op een verantwoorde wijze in te vullen en heeft ten minste 3 jaar werkervaring in zijn beroep;
 - Van iedere cliënt worden de diagnostische mogelijkheden en de behandelmogelijkheden besproken;
 - In het behandelplan van de cliënt wordt vastgelegd op welke momenten de voortgang van zijn behandeling in het MDO wordt besproken. Een bespreking vindt in ieder geval plaats binnen de diagnostische fase, en voor beëindiging van de behandeling. Voor langdurige trajecten geldt dat de voortgang van de behandeling van de cliënt ten minste eenmaal per 3 maanden in het MDO wordt besproken;
 - Een verslavingsarts (KNMG) kan alleen als hoofdbehandelaar optreden bij cliënten met een alcohol- of andere middelenverslaving en waarbij geen sprake is van co-morbiditeit;
 - Een specialist ouderengeneeskunde kan alleen als hoofdbehandelaar optreden bij cliënten die behandeld worden voor dementie, amnestische of een overige cognitieve stoornis;
 - Een arts-assistent, anders dan een psychiater in opleiding, kan niet binnen een MDO-constructie als hoofdbehandelaar optreden.
5. De zorgaanbieder zal verder rechtmatig handelen en gepast gebruik bevorderen door zich te houden aan hetgeen gesteld is in de rapporten "Geneeskundige GGZ (deel 1 respectievelijk deel 2)" van het Zorginstituut Nederland (v/h het College voor Zorgverzekeringen) waarmee de zorgaanbieder zich bekend verklaart. De rapporten zijn te raadplegen op de website van Multizorg VRZ.

6. De zorgaanbieder gebruikt bij het verlenen van zorg slechts psychologische interventies die voldoen aan de huidige stand van wetenschap en praktijk. De zorgaanbieder gebruikt geen therapievormen in de behandeling die voorkomen op de negatieve lijst van het dynamisch overzicht van psychologische interventies binnen de GGZ, zoals opgenomen in bijlage 2 van het in lid 5 van dit artikel genoemde rapport.
7. De indirecte tijd per prestatie GBGGZ bedraagt maximaal 30% van de totale behandeltime.
8. De zorgaanbieder zal, indien (delen van) een prestatie word(t)(en) uitbesteed aan derden, de kosten daarvan zelf met die derden verrekenen. Er is dan sprake van onderlinge dienstverlening. De zorgaanbieder die de prestatie levert (de uitvoerder) dient alle geleverde activiteiten door te geven aan de zorgaanbieder (opdrachtgever) die de prestatie heeft aangevraagd. De uitvoerder opent geen eigen prestatie voor de verzekerde.
9. Indien de zorgaanbieder structureel (delen van de) zorg uitbesteedt aan derden, worden zorgverzekeraars hiervan direct op de hoogte gebracht door de zorgaanbieder. Structureel onderaannemerschap wordt in principe uitgesloten door zorgverzekeraars.
10. Partijen komen in overleg overeen welke locaties buiten de instelling deel uitmaken van de instelling en welke prestaties daar geleverd kunnen worden.
11. Het is de zorgaanbieder onder de volgende voorwaarden toegestaan om medebehandelaren (zogenaamde verlengde arm) in te zetten:
 - a. De uiteindelijke diagnosestelling geschiedt door de hoofdbehandelaar;
 - b. Medebehandelaren registreren onder eigen naam en beroep de activiteiten en verrichtingen.
12. De zorgaanbieder biedt op verzoek van de verzekerde de mogelijkheid om een deel van de behandeling via e-healthtoepassingen plaats te laten vinden. De hoofdbehandelaar is daarbij verantwoordelijk voor het monitoren van het deel van de behandeling dat plaatsvindt door middel van de e-healthtoepassing. De daarmee gepaard gaande tijd wordt geschreven binnen de oorspronkelijke prestatie GBGGZ, DBC of ZZP GGZ-B.

Artikel 4 - Verwijzing

1. Voor GBGGZ, respectievelijk GGGZ is een verwijzing door middel van een verwijsbrief nodig zoals vermeld in de polisvoorwaarden van de verzekerde.
2. Voordat de behandeling start overtuigt de zorgaanbieder zich ervan dat de verwijzing op adequate wijze is gebeurd.
3. De originele verwijsbrief dient aanwezig te zijn in het dossier dat de zorgaanbieder van de betreffende verzekerde aanlegt, en moet op verzoek van de zorgverzekeraar worden overlegd.
4. De datum van de verwijsbrief mag niet meer dan negen maanden voor de eerste aanmelding van de verzekerde bij de zorgaanbieder liggen. Indien deze termijn wordt overschreden, verwijst de zorgaanbieder de verzekerde terug naar de verwijzer.
5. Indien een bekende verzekerde zich aanmeldt die in de 12 maanden voorafgaand aan de aanmelding geen zorg heeft ontvangen, verwijst de zorgaanbieder de cliënt terug naar de verwijzer.
6. In de volgende situaties is een verwijzing zoals genoemd in lid 1 van dit artikel niet noodzakelijk:
 - Spoedzorg, niet zijnde crisiszorg;
 - Aansluitende (vervolg)behandeling na start met (ambulante) crisiszorg;
 - Aansluitende vrijwillige (vervolg)behandeling na gedwongen opname/behandeling;
 - Aansluitende (vervolg)behandeling na justitieel traject.
7. Als sprake is van een in lid 6 van dit artikel genoemde situatie meldt de zorgaanbieder dit schriftelijk aan de huisarts van de betreffende cliënt. Deze melding wordt vastgelegd in het dossier van de cliënt en geldt samen met de verslaglegging in het dossier als geldige verwijzing.

8. Indien een cliënt waarvoor sprake is van een in lid 6 van dit artikel genoemde situatie, geen huisarts heeft, zorgt de zorgaanbieder ervoor dat de cliënt een huisarts krijgt. Na overleg met de nieuwe huisarts, stuurt de zorgaanbieder de van toepassing zijnde schriftelijke melding aan de huisarts. Deze melding wordt vastgelegd in het dossier van de cliënt en geldt samen met de verslaglegging in het dossier als geldige verwijzing.

Artikel 5 - Kwaliteit

1. De zorgaanbieder maakt gebruik van Routine Outcome Monitoring (ROM), dat wil zeggen dat hij gebruik maakt van gevalideerde meetinstrumenten/vragenlijsten ter ondersteuning van diagnosestelling, bewaakt de voortgang en meet de effectiviteit van de geleverde zorg. De effectiviteitgegevens worden aangeleverd bij Stichting Benchmark GGZ (SBG). Voor 2016 streeft de instelling er naar voor 50% van de verzekerden in dat jaar de voor- en nametingen van de volledig gemeten zorgtrajecten aan te leveren bij SBG.
2. De zorgaanbieder verleent aan Multizorg VRZ en deelnemende zorgverzekeraars toegang tot hun gegevens in Benchmark Rapportage Module (BRaM) van SBG.
3. Uitkomsten van ROM worden met verzekerden besproken waardoor de vragenlijsten integraal deel uitmaken van de behandeling.
4. De zorgaanbieder heeft voor alle stoornissen die behandeld worden binnen de instelling, zorgpaden ontwikkeld en geïmplementeerd, waarbij het helder is welke prestatie(s) er aan het eind van een zorgpad gedeclareerd wordt/worden. De zorgpaden zijn gebaseerd op evidence-based, landelijk erkende behandelrichtlijnen.
5. De zorgaanbieder geeft uitvoering aan de criteria vanuit cliënten- en familieperspectief zoals opgesteld door de LPGGz voor het jaar 2016 bij de organisatie en levering van de zorg. Deze criteria zijn te vinden op de website van de LPGGz via de link: www.platformggz.nl/lpggz/thema_zorginkoop.
6. De zorgaanbieder monitort de kwaliteit van de geleverde zorg middels de Kernset 2014 Prestatie-indicatoren GGZ en VZ 2014 en de Basisset risico-indicatoren GGZ, verslavingszorg en forensische zorg 2014 (of 2015 indien vastgesteld).
7. Het behandelplan wordt binnen drie weken na start van de behandeling schriftelijk of elektronisch vastgelegd. Dit behandelplan zal met de verzekerde geëvalueerd worden.
8. De zorgaanbieder zorgt voor een goede en tijdige terugkoppeling aan de huisarts van de verzekerde over de behandeling vanuit de GBGGZ, respectievelijk de GGGZ.
9. De zorgaanbieder verleent de zorg zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen de Treeknormen.
10. De zorgaanbieder vermeldt op de eigen website wat de wachttijden (per aandoening) zijn. Indien er een wachttijd dreigt of de Treeknormen overschreden dreigen te worden, dient de zorgaanbieder dit tijdig te melden bij Multizorg VRZ.
11. Indien de Treeknormen overschreden worden, wijst de zorgaanbieder de verzekerde op de mogelijkheid om contact op te nemen met de eigen zorgverzekeraar. De eigen zorgverzekeraar kan de verzekerde vervolgens verder informeren en adviseren.
12. De zorgaanbieder beschikt over een geldig en extern getoetst kwaliteitscertificaat voor de totale organisatie en verricht structureel metingen van de tevredenheid c.q. ervaringen van verzekerde (structureel bij ten minste 75% van de verzekerden) bij afsluiting behandeling door toepassing van de CQ-index of GGZ thermometer.
13. De zorgaanbieder stelt zich ten doel om de patiëntveiligheid te vergroten, bijvoorbeeld middels de Handreiking Veilig Incidenten Melden (VIM), de Handreiking Veiligheidscultuur en de Handreiking integrale aanpak brandveiligheid. Eén van de bestuursleden van de instelling is expliciet als portefeuillehouder aangewezen voor kwaliteit en daarmee veiligheid.

14. De zorgaanbieder beschikt over een gecertificeerd VMS (veiligheidsmanagementsysteem) of is gecertificeerd op het HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) - certificatieschema voor GGZ-instellingen.

Artikel 6 - Prestaties en tarieven

1. De registratie van prestaties en de declaratie daarvan, gebeurt conform het gestelde hierover in de meest recente, van toepassing zijnde regelgeving met betrekking tot de GBGGZ en de GGGZ van de NZa.
2. Voor het leveren van prestaties GBGGZ geldt het volgende:
Indien blijkt dat er geen sprake is van een DSM-stoornis wordt de behandeling afgesloten en wordt de prestatie Onvolledig behandeltraject in rekening gebracht.
3. Zorg verleend in opdracht van een andere zorgaanbieder als onderdeel van een door de betreffende zorgaanbieder uit te voeren prestatie wordt via onderlinge dienstverlening gedeclareerd bij de opdrachtgevende zorgaanbieder.
4. Alleen de prestaties die zijn overeengekomen en vastgelegd via VECOZO, kunnen worden gedeclareerd. Van toepassing zijn de tarieven zoals vastgelegd in VECOZO.

Artikel 7 - Omzetplafond

1. De zorgverzekeraars en de zorgaanbieder komen voor het schadejaar 2016 een omzetplafond overeen van in totaal € invoeren,-.
Dit omzetplafond kan – indien van toepassing – als volgt worden gespecificeerd:
 - a. Deelomzet gespecialiseerde ggz: € XX,-
 - b. Deelomzet generalistisch basis ggz: € XX,-
2. Substitutie tussen de deelomzetten is alleen mogelijk van GGGZ naar GBGGZ.
3. De zorgaanbieder brengt aan de zorgverzekeraars voor elke geleverde prestatie die in 2016 is geopend het tarief in rekening dat is overeengekomen en vastgelegd in VECOZO. Met de tariefstelling wordt beoogd te komen tot een reële prijsstelling die passend is binnen het omzetplafond en die in verhouding staat tot de gemaakte kosten.
4. Indien het omzetplafond wordt overschreden, laat dit de verplichting van de zorgaanbieder om zorg aan verzekerden van de zorgverzekeraars te verlenen en/of te continueren onverlet.
5. Verlaging van het omzetplafond door de zorgverzekeraars is mogelijk in het geval dat de zorgaanbieder niet in staat is het zorgvolume te realiseren waar bij aanvang van de zorgovereenkomst redelijkerwijs op gerekend mocht worden. De (rechts)feiten of omstandigheden die in dit kader uitsluitend aanleiding kunnen geven tot aanpassing van het omzetplafond worden hieronder nader beschreven:
 - a. Aanzienlijke wijziging in het profiel van de zorgaanbieder ten opzichte van 2015;
 - b. Calamiteiten zoals natuurrampen en terroristische aanslagen waardoor meer dan 30 dagen (een deel van) de zorg niet in het bij de aanvang van de zorgovereenkomst verwachte volume geleverd kan worden. Na het verstrijken van de 30 dagen wordt het omzetplafond verlaagd naar rato van de daling van het bij aanvang van de zorgovereenkomst verwachte zorgvolume;
 - c. Feiten of omstandigheden die in de risicosfeer van de zorgaanbieder liggen en waardoor (een deel van) de zorg niet in het bij aanvang van de zorgovereenkomst verwachte volume geleverd kan worden. Het omzetplafond wordt verlaagd naar rato van de daling van het verwachte zorgvolume;
 - d. Tussentijdse beëindiging van de zorgovereenkomst zoals geregeld in artikel 20 van de AIV. Het omzetplafond wordt verlaagd naar rato van het aantal dagen dat de zorgovereenkomst niet meer van kracht is.

6. De zorgaanbieder heeft, in afwijking van het hierover gestelde in artikel 8 lid 1 van de AIV, tot 1 maart 2018 de mogelijkheid om declaraties in te dienen bij de zorgverzekeraars welke betrekking hebben op zorg gestart in 2016. Declaraties over 2016 ingediend op of na 1 maart 2018 worden niet vergoed en mogen ook niet in rekening worden gebracht bij verzekerden.

Artikel 8 - Opbrengstverrekening

1. De zorgverzekeraars maken aan de hand van de declaratiegegevens op 1 maart 2018 en op 1 oktober 2018 een vergelijking tussen het omzetplafond en de daadwerkelijke declaraties ten behoeve van de voorlopige opbrengstverrekening respectievelijk de definitieve opbrengstverrekening. De daadwerkelijke declaraties bevatten de uitbetaalde declaraties, aangevuld met de op dat moment betaalbaar gestelde declaraties. De bepaling van de daadwerkelijke declaraties is dus exclusief Onderhanden Werk en nog niet gedeclareerde declaraties. Indien de zorgaanbieder zich niet in de resultaten herkent, dan worden gegevens van de zorgaanbieder naast de declaratiegegevens gelegd ter vergelijking. Wanneer dit niet tot herkenning leidt, dan wordt een onafhankelijke partij (bijvoorbeeld een accountant) ingeschakeld ter verificatie van de gegevens en wordt een beslissing genomen door de partijen welke gegevens leidend zijn.
2. Als uit de vergelijking als bedoeld in lid 1, blijkt dat de daadwerkelijke declaraties afwijken van het omzetplafond, wordt per zorgverzekeraar een voorlopige opbrengstverrekening respectievelijk een definitieve opbrengstverrekening uitgevoerd volgens de werkwijze als geregeld in lid 3.
3. De zorgverzekeraars stellen de voorlopige opbrengstverrekening 2016 en de definitieve opbrengstverrekening 2016 vast door de daadwerkelijke declaraties te vergelijken met de afspraak zoals deze is vastgelegd in deze zorgovereenkomst. Het te verrekenen saldo per zorgverzekeraar wordt vervolgens op basis van het marktaandeel binnen Multizorg VRZ vastgesteld. De voorlopige opbrengstverrekening wordt uiterlijk één maand na vaststelling van het te verrekenen saldo per zorgverzekeraar verrekend met de zorgaanbieder, doch uiterlijk op 1 april 2018 voor de voorlopige opbrengstverrekening en uiterlijk op 1 november 2018 voor de definitieve opbrengstverrekening. De zorgverzekeraars houden bij het vaststellen van de definitieve opbrengstverrekening rekening met het bedrag dat in het kader van de voorlopige opbrengstverrekening al verrekend is.
4. Indien de daadwerkelijke declaraties als bedoeld in lid 1 hoger zijn dan het omzetplafond, is de zorgaanbieder het verschil van deze beide bedragen verschuldigd aan de zorgverzekeraars, al naar gelang ieders aandeel in de som van de tarieven.
5. De zorgverzekeraars informeren de zorgaanbieder schriftelijk over de bedragen die de zorgaanbieder in het kader van de opbrengstverrekening verschuldigd is, met vermelding van de wijze van voldoening van de vordering. Indien de voldoening van de vordering niet of niet volledig na 30 dagen na de vaststelling van het te verrekenen bedrag is gerealiseerd, is de eisende partij gerechtigd om de vordering te verrekenen met openstaande vorderingen van de schuldenaar op de eisende partij, een en ander onverminderd de overige (rechts)middelen die hem daarbij ten dienste staan.
6. Formele en materiële controles vinden in beginsel plaats voorafgaande aan de definitieve opbrengstverrekening 2016 op 1 oktober 2018, zodat de gevolgen daarvan kunnen worden meegenomen bij de bepaling van de daadwerkelijke declaraties als bedoeld in lid 1. Hierbij gelden de volgende afspraken:
 - Voor formele en materiële controles met een gezamenlijk karakter (als bijvoorbeeld in het onderzoek controles cGGZ 2013) geldt voor instellingen die deelnemen aan dit landelijke onderzoek dat de definitieve opbrengstverrekening 2016 plaats vindt na afronding van de bovengenoemde controle.

- Voor formele en materiële controles die (zelfstandig) worden uitgevoerd over instellingen die niet meedoen aan de controles met een gezamenlijk karakter, alsmede de controles die buiten de scope van de controles met een gezamenlijk karakter vallen, geldt dat zowel de zorgverzekeraar als de instelling zich inspant deze controles zoveel mogelijk af te ronden vóór de definitieve opbrengstverrekening 2016.

Artikel 9 - Administratieve organisatie en interne controle

Indien voorafgaand aan het ingaan van deze zorgovereenkomst een convenant Administratieve organisatie en interne controle tussen GGZ-instellingen (georganiseerd via GGZ Nederland) en zorgverzekeraars (georganiseerd via Zorgverzekeraars Nederland) is gesloten, zal dit convenant gelden als toetsingskader voor de accountantsverklaring bij de jaarrekening van de zorgaanbieder voor 2016. Indien een dergelijk convenant niet uiterlijk 1 september 2016 tot stand is gekomen, hanteert Multizorg VRZ een eigen protocol als toetsingskader voor de aan te leveren accountantsverklaring. Dit protocol is te vinden op www.multizorgvrz.nl.

Artikel 10 - No-show tarief

De zorgaanbieder kan in het geval een verzekerde niet op zijn afspraak komt en dit niet ten minste 24 uur voor het tijdstip van de afspraak heeft gemeld, de tijd die hij niet anders kan besteden niet registreren in de prestatie GBGGZ respectievelijk in de DBC-systematiek. De zorgaanbieder kan de verzekerde wel rechtstreeks een rekening sturen voor de verloren tijd. De zorgaanbieder dient hierover de verzekerden van te voren te informeren.

Artikel 11 - Informatie en registratie

1. De zorgaanbieder beschikt over een actuele beschrijving van de wijze waarop de registratie wordt gevoerd, declaratie plaatsvindt en invulling wordt gegeven aan de controle daarvan. Uit deze beschrijving blijkt dat de meest recente Regeling Generalistische Basis GGZ respectievelijk de meest recente Regeling Gespecialiseerde GGZ van de NZa zijn gevolgd.
2. De zorgaanbieder zal, zodra hij op de hoogte is van publicatie van een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) met betrekking tot de zorgaanbieder, dit terstond melden aan de zorgverzekeraars.
3. De zorgaanbieder stelt de zorgverzekeraars zo spoedig mogelijk schriftelijk in kennis bij betalingsproblemen en/of wanneer de zorgaanbieder surseance van betaling heeft aangevraagd.
4. De zorgaanbieder levert in ieder geval de zorgverzekeraars de volgende informatie met inachtneming van de daarin genoemde termijnen:

Uiterlijk op 1 juli 2017

De Kernset Prestatie-indicatoren GGZ en VZ en de Basisset risico-indicatoren GGZ en VZ en Forensische zorg betreffende het verslagjaar 2015 via het daarvoor landelijk bestemde aanleverloket.

Uiterlijk op 1 juli 2017

Indien, conform het gestelde in artikel 9 van deze zorgovereenkomst, tussen Zorgverzekeraars Nederland en de GGZ-zorgaanbieders voor het jaar 2016 geen convenant is afgesproken met betrekking tot de administratieve organisatie stuurt de zorgaanbieder uiterlijk 1 juli 2017 een door het bestuur van de zorgaanbieder ondertekende AO/IC Verklaring aan Multizorg VRZ. Op de website van Multizorg VRZ zal worden vermeld waaraan deze verklaring moet voldoen.

Periodiek

De zorgaanbieder levert vanaf juni 2016 iedere 2 maanden (maximaal 30 dagen na het verstrijken van de voorafgaande tweemaandelijks periode) de – door de zorgverzekeraars via de website van Multizorg VRZ beschikbaar gestelde – productiemonitor aan.

Desgevraagd

- a. De uitkomsten van een cliënttevredenheidsonderzoek.
- b. De uitkomsten van de CQ-index.

Artikel 12 - Wijzigingen in wet- en regelgeving tijdens looptijd van de zorgovereenkomst

Tijdens de looptijd van deze zorgovereenkomst kunnen aanspraken van verzekerden uit hoofde van wet- en regelgeving wijzigen. Indien die wijzigingen effect hebben of kunnen hebben op de inhoud van deze zorgovereenkomst treden partijen met elkaar in overleg om vervangende afspraken te maken. Dit gebeurt met inachtneming van het nieuwe overheidsbeleid, waaronder bezuinigingsmaatregelen en/of wijzigingen in wet- en regelgeving. De vervangende afspraken doen zoveel mogelijk recht aan de intenties die partijen hebben gehad bij het aangaan van deze zorgovereenkomst.

Artikel 13 - Duur van de zorgovereenkomst

De zorgovereenkomst is van kracht vanaf 1 januari 2016 en eindigt op 31 december 2016.

Aldus in tweevoud opgemaakt te Utrecht, 2015

namens de zorgverzekeraars,
Multizorg VRZ B.V.

namens de zorgaanbieder,
«ANaam»

A.H.W. Crommelin
Directeur

«Naam_Ondertekenaar»
«Functie_Ondertekenaar»