Voorstel

**Zorgovereenkomst Generalistische Basis GGZ 2019**

De ondergetekenden:

**A De zorgverzekeraar:** VGZ Zorgverzekeraar N.V.

VGZ voor de Zorg N.V.

IZA Zorgverzekeraar N.V.

N.V. Zorgverzekeraar UMC

N.V. Univé Zorg

Correspondentieadres: VGZ

Contractmanagement

Postbus 445

5600 AK EINDHOVEN

Verder aangeduid als

'de zorgverzekeraar'

en

**B De zorgaanbieder:**

Verder aangeduid als

'de zorgaanbieder';

Komen overeen dat de contractuele relatie tussen partijen wordt beheerst door deze overeenkomst, bestaande uit:

Voorstel

**Artikel 1. Inhoud van de overeenkomst**

1. Van de overeenkomst maken de volgende bijlagen deel uit:

a. Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019;

b. Bijlage 1: Afrekenparameters en Zorgkostenplafond Generalistische Basis GGZ;

2. Aanvullingen op of wijzigingen van deze overeenkomst zijn slechts geldig indien deze schriftelijk zijn vastgelegd en door beide partijen

ondertekend zijn.

3. Op deze overeenkomst zijn de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019 van toepassing. Deze voorwaarden zijn meegezonden

met deze zorgovereenkomst en zijn tevens te raadplegen via onze website https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders ‘Geestelijke

Gezondheidszorg’. Indien het bepaalde in onderhavige overeenkomst afwijkt van hetgeen is bepaald in de Algemene Voorwaarden

Zorginkoop VGZ 2019, prevaleert onderhavige overeenkomst.

Op deze overeenkomst zijn algemene voorwaarden van de zorgaanbieder uitdrukkelijk niet van toepassing.

**Artikel 2. Zorgverlening**

1. De zorgaanbieder verleent aan de verzekerden van de zorgverzekeraar die zich tot de zorgaanbieder wenden en op zorg zijn

aangewezen Generalistische Basis GGZ zorg waarop de verzekerde krachtens de Zorgverzekeringswet aanspraak heeft. Onder

Generalistische Basis GGZ zorg wordt verstaan geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de

Zorgverzekeringswet, niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

2. De zorg die de zorgverzekeraar contracteert moet voldoen aan de eisen die de wet- en regelgeving aan de uitoefening stelt. Zorg die

niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, vergoeden wij niet en mag niet bij ons worden gedeclareerd. Het gaat daarbij

om zorg waarvoor (nog) onvoldoende wetenschappelijk bewijs is dat deze effectief en veilig is. De wijze waarop dit door Zorginstituut

Nederland (ZiNL) wordt beoordeeld kunt u vinden in het rapport van ZiNL ‘Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk’, waarvan in

januari 2015 een geactualiseerde versie is gepubliceerd (zie: www.zorginstituutnederland.nl). Een actueel overzicht van de

standpunten en adviezen staat beschreven in de ‘Lijst Therapieën GGZ’, te vinden via www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders thema

‘Geestelijke Gezondheidszorg’.

Overeenkomst Generalistische Basis GGZ 2019 Pagina 2 van 10

Voorstel

**Artikel 3. Voorwaarden zorgverlening**

1. De zorg wordt verleend vanuit het praktijkadres of bekende locatie(s) van de zorgaanbieder. Voorgenomen wijzigingen zijn slechts

mogelijk met uitdrukkelijke toestemming van de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder dient wijzigingen aan Vektis door te geven.

2. De zorgverzekeraar hanteert de regiebehandelaren zoals benoemd in het Kwaliteitsstatuut als limitatieve lijst. De behandelaren die

niet specifiek worden benoemd kunnen niet ingezet worden als regiebehandelaar.

3. Parallelle trajecten tussen Generalistische Basis GGZ en Specialistische GGZ zijn niet toegestaan Generalistische Basis GGZ ter

overbrugging van Specialistische GGZ is niet doelmatig en daarom niet toegestaan.

4. Het behandelplan/zorgplan dient binnen vier weken na start van de behandeling schriftelijk of elektronisch te zijn vastgelegd.

5. Voor het verlenen van rechtmatige zorg is een verwijzing noodzakelijk. De verwijzing voldoet aan de vigerende landelijke afspraken

zoals omschreven in het document ‘Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg’ voor het eerst door het Ministerie van VWS

uitgegeven in maart 2017 en indien van toepassing een recentere versie.

6. De zorgaanbieder verleent de zorg aan de verzekerden die volgens de daarvoor gestelde landelijke regels naar hem zijn verwezen door

een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, psychiater, specialist ouderen geneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten,

psychiater of straatdokter.

7. De zorgaanbieder zal een uiterste inspanning leveren om zorg te verlenen binnen de treeknormen. De zorgaanbieder treft de nodige

maatregelen om de toegangs- en wachttijden voor verzekerden van de zorgverzekeraar tot een minimum te beperken. Indien de

zorgaanbieder hier niet toe in staat is, doet hij hiervan onmiddellijk melding aan de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder meldt proactief

bij de zorgverzekeraar indien de treeknorm voor een diagnosegroep voor verzekerden van de zorgverzekeraar wordt overschreden. De

zorgverzekeraar zal dan samen met de zorgaanbieder het gesprek aangaan om de oorzaken te bespreken en samen te zoeken naar

mogelijke oplossingen.

8. Indien verbandmiddelen, geneesmiddelen en/of dieetpreparaten door personeel van de zorgaanbieder bij hun werkzaamheden worden

voorgeschreven, bevordert de zorgaanbieder dat dat medisch/ farmacotherapeutisch en doelmatig geschiedt. In het kader van

doelmatige farmacotherapie houden de tot voorschrijven bevoegde behandelaren van de zorgaanbieder zich aan de volgende algemene

voorschrijfrichtlijnen:

a. De tot voorschrijven bevoegde (regie)behandelaren schrijven geneesmiddelen voor onder vermelding van zijn/haar persoonlijke

AGB zorgverlenerscode.

b. De tot voorschrijven bevoegde (regie)behandelaren schrijven geneesmiddelen op stofnaam voor, tenzij er sprake is van een

situatie zoals beschreven in artikel 3 lid7 sub c.

c. De tot voorschrijven bevoegde (regie)behandelaren zijn ervan op de hoogte dat de zorgverzekeraar een preferentiebeleid voert ten

aanzien van geneesmiddelen. In de apotheek wordt aan de hand van het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar bepaald welk

product van een stofnaam geleverd wordt aan verzekerde. Zie

http://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/farmaceutische-zorg/preferentiebeleid. Indien het medisch niet

verantwoord is het aangewezen geneesmiddel te laten gebruiken door de verzekerde, kan de tot voorschrijven bevoegde

(regie)behandelaar besluiten op het recept naast de stofnaam ook het label te vermelden. In gevallen waarbij de verzekerde niet

eerder het aangewezen geneesmiddel heeft gebruikt, is het nauwelijks aannemelijk dat vastgesteld kan zijn dat het gebruik van

het aangewezen geneesmiddel medisch onverantwoord is. De apotheker kan in die gevallen in overleg treden met de

voorschrijver. Nadere onderbouwing van de ‘MN’ (Medische Noodzaak) wordt vastgelegd in het medisch dossier van de

verzekerde. Op alle uitgeschreven voorschriften staat in dit geval de aantekening ‘MN’ (Medische Noodzaak).

d. De tot voorschrijven bevoegde (regie)behandelaren schrijven bij voorkeur een geneesmiddel dat generiek beschikbaar is of als een

biosimilar beschikbaar is voor en kiezen daarmee voor het goedkoopste beschikbare geneesmiddel voor de zorgverzekeraar.

e. Op verzoek van de zorgverzekeraar geeft de zorgaanbieder inzage in het medisch dossier van de patiënt aan de medisch adviseur

van de zorgverzekeraar, rekening houdend met de geldende wettelijke bepalingen omtrent de privacy.

f. De zorgaanbieder spant zich in om transmurale afspraken te maken over het doelmatig voorschrijven van extramurale

geneesmiddelen.

g. De tot voorschrijven bevoegde (regie)behandelaren schrijven, waar dit mogelijk is, dieetpreparaten voor op basis van een

algemeen voedingsvoorschrift, bijvoorbeeld energieverrijkte drinkvoeding met eiwit. De tot voorschrijven bevoegde

(regie)behandelaar is ervan op de hoogte dat de zorgverzekeraar een voorkeursbeleid voert ten aanzien van dieetpreparaten en

schrijft dieetpreparaten niet op merknaam voor.

9. De zorgaanbieder past de methodiek van Samen Beslissen toe en borgt dit binnen zijn organisatie. Uit het dossier per verzekerde

moet blijken dat Samen Beslissen is toegepast.

Overeenkomst Generalistische Basis GGZ 2019 Pagina 3 van 10

Voorstel

**Artikel 4. Continuïteit van zorgverlening**

1. Indien en voor zover de overeenkomst (tussentijds) wordt beëindigd om wat voor reden dan ook, rust op de zorgaanbieder de plicht om de verzekerde zorg te blijven verlenen en voor zover dat onmogelijk wordt geacht te zorgen voor een goede overdracht aan een andere gecontracteerde zorgaanbieder met inachtneming van de daarvoor gestelde regels inzake verwijzingen.

2. De zorgaanbieder handelt, indien van toepassing, overeenkomstig de ‘Richtlijn nietaangaan

of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst’ van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

3. Van een weigering of beëindiging van de behandeling doet de zorgaanbieder onmiddellijk melding aan de verzekerde en de huisarts van de verzekerde. In het geval de continuïteit van de zorgverlening niet gewaarborgd kan worden, neemt de zorgaanbieder, met in achtneming van de geldende privacywetgeving, onmiddellijk contact op met de zorgverzekeraar.

**Artikel 5. Monitoring en effectmeting**

1. De zorgaanbieder zal de vragenlijsten CQi voor de GGZ gebruiken voor het meten van cliëntervaringen. De vragenlijst dient minimaal één keer per jaar afgenomen te worden.

a. De zorgaanbieder laat de meting uitvoeren door een geaccrediteerde meetorganisatie. Mocht de CQI in de ROM meelopen dan dient de CQI aangeleverd te worden aan het SBG (Stichting Benchmark GGZ). De geaccrediteerde meetorganisaties zijn te vinden op http://www.ciio.nl/register. Op de website staat per meting aangegeven aan welke aspecten de geaccrediteerde meetorganisatie moet voldoen (A, B, B-online). De meetorganisatie dient zorg te dragen dat aan alle privacy eisen is voldaan.

b. De zorgaanbieder geeft hierbij de zorgverzekeraar uitdrukkelijk toestemming voor het aanleveren van de data uit de

cliëntervaringsmetingen conform de aanleverspecificaties, ten behoeve van een landelijke benchmarkrapportage via Zorgprisma. Dit geldt ook wanneer voldoende meetgegevens zijn gevalideerd in een voor de verzekerde toegankelijke vorm, gepubliceerd conform landelijke afspraken vastgelegd in een publicatieprotocol te vinden op http://www.patientervaringsmetingen.nl.

c. De zorgaanbieder draagt in samenwerking met de meetorganisatie er zorg voor dat de patiënt op de hoogte is dat de resultaten van de metingen uit de ROM en CQi op geaggregeerd niveau door de zorgverzekeraar gebruikt kunnen worden voor verbeterinformatie, zorginkoop-informatie en keuze-informatie.

2. De zorgaanbieder verstrekt op verzoek van de zorgverzekeraar de CQi data van de recente jaren 2014 t/m 2019 aan de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder stemt er mee in dat de zorgverzekeraar deze data gebruikt voor de inkoop van zorg en voor de verstrekking van informatie aan verzekerden van de zorgverzekeraar.

3. De zorgaanbieder zal de ROM informatie aanleveren aan een landelijke benchmarkorganisatie voor vergelijking van de eigen resultaten met de landelijke uitkomsten, zoals aangeboden wordt door bijvoorbeeld SBG, Reflectum of TelePsy. Hierbij dient de zorgaanbieder alle in- enuitgangsmetingen van de totale cliëntenpopulatie conform de voorwaarden en landelijke afspraken aan te leveren aan de benchmarkorganisatie.

4. De zorgaanbieder geeft op verzoek van de zorgverzekeraar toestemming om in de benchmarkomgeving van SBG (BRaM) ROMbenchmarkgegevens op locatieniveau te bekijken met het oog op overleg tussen partijen over de mate van bespreken door zorgaanbieder van de ROM-uitkomsten met de cliënt, de interpretatie van de behandeleffecten, kwaliteit van de ROM-metingen en de casemix-variabelen.

Overeenkomst Generalistische Basis GGZ 2019 Pagina 4 van 10

Voorstel

**Artikel 6. Declaraties en betaling**

1. De zorgaanbieder declareert conform het uniforme declaratieprotocol, te vinden via onze website www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders

thema ‘Geestelijke Gezondheidszorg’. Declaraties kunnen alleen worden ingediend onder de AGBcode

van de zorgaanbieder, zoals vermeld in deze zorgovereenkomst. Het is de zorgaanbieder niet toegestaan om onder een ongecontracteerde AGB code (verder) te declareren. Het declaratieprotocol prevaleert boven het bepaalde daaromtrent in de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2019.

2. Betaling van zorg waarvoor de verzekerde bij de zorgverzekeraar is verzekerd, vindt plaats op basis van de afspraken (waaronder

overeengekomen tarieven en het zorgkostenplafond) die zijn opgenomen in deze overeenkomst.

3. De zorgaanbieder declareert in het kader van deze zorgovereenkomst geen laboratoriumdiagnostiek bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt geen laboratorium diagnostiek rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Een declaratie kan alleen worden ingediend door een door de zorgverzekeraar gecontracteerd laboratorium.

4. De zorgaanbieder heeft geen recht op betaling voor geleverde zorg indien door voldoening van de declaratie een voor dat jaar geldend zorgkostenplafond zou worden overschreden.

Overeenkomst Generalistische Basis GGZ 2019 Pagina 5 van 10

Voorstel

**Artikel 7. Zorgkostenplafond en afrekening**

1. Het zorgkostenplafond zoals vermeld in bijlage 2 bij deze overeenkomst, vormt het maximum van de som van de declaraties dat de

zorgverzekeraar in enig jaar aan de zorgaanbieder vergoedt voor in dat jaar geopende producten in de Generalistische Basis GGZ. Het

voorgaande geldt voor zowel de verzekerden met een natura-polis als met een restitutie-polis.

2. Uitgangspunt is dat de zorgaanbieder binnen het kader van de in deze overeenkomst vastgelegde afspraken, passende GGZ zorg

biedt aan de naar de zorgaanbieder verwezen verzekerden van de zorgverzekeraar. Zorgaanbieder zet het zorgkostenplafond (zoals

vastgelegd in bijlage 2) zo veel als mogelijk gespreid over het jaar in. Indien door het in rekening brengen van prestaties het

zorgkostenplafond wordt overschreden, blijft de zorgaanbieder verplicht om zorg aan de verzekerden van zorgverzekeraar te verlenen.

Van 1 april tot 1 augustus 2019 kan een verhogingsaanvraag ingediend worden zodra de zorgaanbieder een overschrijding van het

zorgkostenplafond verwacht. Zowel de toekenning als de hoogte van de verhoging zijn geheel ter beoordeling aan de zorgverzekeraar.

Nadere informatie over verhogingsaanvragen is t.z.t. te vinden op de website www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders , thema

‘Geestelijke Gezondheidszorg’.

3. Indien de zorgverzekeraar na het bereiken van het zorgkostenplafond declaraties betaalt aan de zorgaanbieder zijn deze

onverschuldigd betaald en direct opeisbaar. Partijen komen overeen dat de zorgaanbieder het bedrag van de overschrijding zo spoedig

mogelijk na het eerste verzoek terugbetaalt aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan de vordering ook verrekenen met al

hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder verschuldigd is. Verrekening is niet gebonden aan een termijn.

4. In geval van het tussentijds eindigen van deze overeenkomst wordt het zorgkostenplafond naar tijdsevenredigheid nader vastgesteld.

5. Bij de bepaling van de som van de declaraties als bedoeld in voornoemd lid 1 worden mede de kosten van zorg, verleend door een

andere zorgaanbieder dan die van de zorgaanbieder in aanmerking genomen, indien: de activa, passiva, baten en lasten van die

zorgaanbieder worden opgenomen in de geconsolideerde jaarrekening van de zorgaanbieder, dan wel beide zijn opgenomen in de

geconsolideerde jaarrekening van een derde partij en de andere zorgaanbieder dan wel de derde partij met de zorgverzekeraar geen

zorgkostenplafond is overeengekomen.

6. Bij de bepaling van de som van de declaraties als bedoeld in voornoemd lid 1 worden mede de kosten van zorg, verleend door een in

het buitenland gevestigde zorgaanbieder, in aanmerking genomen, indien:

de zorgaanbieder de verzekerde naar de in het buitenland gevestigde zorgaanbieder heeft verwezen en de in het buitenland gevestigde

zorgaanbieder met de zorgverzekeraar geen zorgkostenplafond is overeengekomen.

7. Kosten, die onder de aanvullende verzekering vallen of als niet verzekerde zorg worden aangemerkt, worden buiten het

zorgkostenplafond gehouden.

8. De zorgverzekeraar kan, indien visitaties door medisch advies of materiële/formele controles van de zorgverzekeraar daar aanleiding

toe geven, het zorgkostenplafond zoals genoemd in Bijlage 2 bij deze overeenkomst tussentijds eenzijdig verlagen. De zorgaanbieder

wordt door zorgverzekeraar in kennis gesteld van het voornemen om op basis hiervan het zorgkostenplafond te verlagen.

9. Indien de zorgaanbieder ook inkomsten verkrijgt voor geleverde zorg via, door de zorgverzekeraar gecontracteerde,

ketenorganisaties/derde partijen, heeft de zorgverzekeraar het recht het overeengekomen plafond hierop tussentijds neerwaarts aan te

passen.

10. Het niet voldoen aan één of meer van de criteria die het tarief bepalen, leidt tot een aanpassing van de grondslag voor nacalculatie op

het tariefpercentage en daarmee de relatieve aanpassing van het zorgkostenplafond.

Overeenkomst Generalistische Basis GGZ 2019 Pagina 6 van 10

Voorstel

**Artikel 8. Early warning**

1. De zorgaanbieder zal aan de zorgverzekeraar onmiddellijk feiten en omstandigheden melden die wijzen op risico’s voor continuïteit of

kwaliteit van de door de zorgaanbieder te verlenen zorg.

2. Partijen treden op eerste verzoek van de zorgverzekeraar terstond in overleg, indien de zorgverzekeraar reden heeft om aan te nemen

dat de zorgaanbieder het bepaalde in lid 1 niet is nagekomen dan wel er naar zijn oordeel reden is om te twijfelen over de mate waarin

de continuïteit of kwaliteit van de zorgverlening is gewaarborgd. Indien dit overleg niet binnen 48 uur na het verzoek van de

zorgverzekeraar heeft plaatsgevonden dan wel de uitkomst daarvan naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet voldoende

geruststellend is, is de zorgaanbieder gehouden op eerste verzoek van de zorgverzekeraar aan hem de relevante informatie te

verstrekken. Deze verplichting omvat het verstrekken van:

a. financiële gegevens waaronder, maar niet beperkt tot, realisatiecijfers en prognoses inzake de liquiditeit, solvabiliteit, rentabiliteit

en de stand van reserves, voorzieningen en het eigen vermogen;

b. gegevens betreffende de kwaliteit van zorg waaronder, maar niet beperkt tot, interne rapporten, andere interne communicatie,

klachten, communicatie van en met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), wordt de privacywetgeving in acht

genomen.

Overeenkomst Generalistische Basis GGZ 2019 Pagina 7 van 10

Voorstel

**Artikel 9. Informatieverstrekking en overleg**

1. De zorgaanbieder is gehouden de juiste informatie te verstrekken bij het aangaan van de overeenkomst met in achtneming van de

geldende privacywetgeving. Het aanleveren van onjuiste informatie kan gevolgen hebben voor de overeenkomst. Verzekeraar behoudt

zich in die situatie het recht voor om de overeenkomst te ontbinden waarbij alle uitstaande vorderingen bij de zorgaanbieder direct

opeisbaar worden.

2. De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar onverwijld indien de situatie zich voordoet of dreigt voor te doen dat:

a. zorgaanbieder niet meer aan de zorgplicht kan voldoen dan wel dat de continuïteit van de levering van zorg in gevaar komt;

b. zorgaanbieder niet meer aan zijn betalingsverplichtingen kan voldoen;

c. surseance van betaling waarschijnlijk is;

d. een faillissement waarschijnlijk is;

e. zorgaanbieder zijn onderneming of een deel daarvan overdraagt;

f. de zeggenschapsverhouding bij de zorgaanbieder wordt gewijzigd door overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie;

g. de zorgaanbieder de uitoefening van de onderneming staakt dan wel wordt ontbonden.

3. De zorgaanbieder is verplicht bij de zorgverzekeraar zo snel mogelijk melding te maken van het opleggen van waarschuwingen of

maatregelen door het Tuchtcollege of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), ook indien hiertegen bezwaar of beroep is

ingesteld.

4. Indien één van partijen daarom verzoekt, zullen partijen met elkaar overleg plegen over:

a. de ontwikkeling van de kosten in relatie tot de afspraak en zorgkostenplafond, waaronder te verwachten onder- of overschrijding

van het zorgkostenplafond;

b. de maatregelen die kunnen worden genomen om overschrijding van het zorgkostenplafond te voorkomen, zonder dat toegangs- of

wachttijden toenemen;

c. de beschikbare gegevens over de kwaliteit van de door de zorgaanbieder verleende zorg;

d. wenselijke verbeteringen van de kwaliteit van de door de zorgaanbieder te verlenen zorg;

e. de toepassing van nieuwe kwalitatieve of kwantitatieve normen, ontwikkeld door beroepsverenigingen of bracheorganisaties;

f. andere onderwerpen, waarvan de bespreking naar het oordeel van een van beide partijen wenselijk is.

g. aard, omvang, kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening door de zorgaanbieder alsmede de daarmee samenhangende

kosten en de gewenste capaciteitsontwikkeling;

h. de visie van partijen op de ontwikkeling in de zorg en de wijze waarop hieraan uitvoering wordt gegeven;

i. het financiële beleid van de zorgaanbieder met inbegrip van de liquiditeitsen

vermogenspositie;

j. het opname-, zorg- en ontslagbeleid van de zorgaanbieder;

k. klachten van verzekerden;

l. eventuele rapportages van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ);

m. resultaten van formeleen

materiële controles;

n. resultaten van klant-ervaringsonderzoek en ROM metingen.

6. De zorgaanbieder pleegt overleg met de zorgverzekeraar alvorens een besluit te nemen inzake:

a. het overdragen van de zeggenschap of fusie of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere

instelling;

b. gehele of gedeeltelijke opheffing van een instelling, verhuizing of ingrijpende verbouwing.

7. Het in het lid 6 bedoelde overleg wordt waar mogelijk op een zodanig tijdstip gevoerd, dat het van wezenlijke invloed kan zijn op het

door de zorgaanbieder te nemen besluit.

Overeenkomst Generalistische Basis GGZ 2019 Pagina 8 van 10

Voorstel

**Artikel 10. Duur en einde van de overeenkomst**

Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2019 en eindigt 31 december 2019.

Aldus overeengekomen en ondertekend op [[Contract:DatumTijdAcceptatie]].

Namens de zorgverzekeraar, Namens de zorgaanbieder,

J.F.A. van Noorden [[Contract:GeaccepteerdNaam]]

Directeur Zorginkoop [[Contract:GeaccepteerdVecozo]]

(naam en VECOZO certificaatnummer)

Overeenkomst voorgesteld op: [[Contract:DatumTijdAcceptatie]]

Overeenkomst Generalistische Basis GGZ 2019 Pagina 9 van 10

Voorstel

**Bijlage 1: Afrekenparameters en zorgkostenplafond Generalistische Basis GGZ 2019**

Contractpartijen zijn het volgende overeengekomen:

Tariefpercentage GBGGZ -- procent

Totaal zorgkostenplafond Generalistische Basis GGZ\* ----- Euro

\*Als de zorgverzekeraar een verhoging van het zorgkostenplafond toekent, dan blijven de overige bovenstaande expliciet genoemde

parameters van kracht gedurende de looptijd van de overeenkomst.

Overeenkomst Generalistische Basis GGZ 2019 Pagina 10 van 10