

Deel II – Algemeen Deel

Overeenkomst Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) Volwassenen 2024-2025

Regionale huisartsenorganisaties en samenwerkingsverbanden van leefstijlcoaches



OHRA

 nationale
nederlanden

Deel II overeenkomst

Inhoudsopgave

DEEL II: ALGEMEEN DEEL OVEREENKOMST – GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE VOLWASSENEN

3

ARTIKEL 1. DEFINITIES	3
ARTIKEL 2. ZORG	3
ARTIKEL 3. WEIGERING ZORGVERLENING	4
ARTIKEL 4. KWALITEIT VAN DE ZORG	5
ARTIKEL 5. VERWIJZING EN AKKOORDVERKLARING	6
ARTIKEL 6. PRAKTIJK- EN PATIËNTENREGISTRATIE	7
ARTIKEL 7. INFORMATIE EN GEGEVENSUITWISSELING	8
ARTIKEL 8. CONTROLE	8
ARTIKEL 9. VERZEKERING EN VRIJWARING	9
ARTIKEL 10. HONORERING, DECLARATIE EN BETALING	9
ARTIKEL 11. HOOFDELIJKE AANSPRAKELIJKHEID	11
ARTIKEL 12. FRAUDE	12
ARTIKEL 13. UBO (ULTIMATE BENEFICIAL OWNER)	12
ARTIKEL 14. DUUR EN EINDE VAN DE OVEREENKOMST	13
ARTIKEL 15. TOEPASSELIJK RECHT EN GESCHILLEN	14
ARTIKEL 16. SLOTBEPALINGEN	14

BIJLAGE II: PRAKTIJKINRICHTINGSEISEN

16

DEEL II: ALGEMEEN DEEL overeenkomst – Gecombineerde Leefstijlinterventie
Volwassenen

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

a. Medisch adviseur

de BIG-geregistreerde (para)medisch adviseur, (de (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker) 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.

b. Onderaanneming

er is sprake van Onderaanneming indien een Verzekerde in zorg is bij een Zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en deze, voor (een deel van) de daadwerkelijke zorgverlening een andere zorgverlener (de onderaannemer), niet zijnde dezelfde juridische entiteit als de hoofdaannemer, inschakelt door (een deel van) deze zorgverlening door te contracteren aan deze andere zorgverlener. De door de zorgaanbieder in te schakelen onderaannemer is een leefstijlcoach die voldoet aan de voorwaarden die gesteld zijn door de Zorgverzekeraar.

c. Overeenkomst

alle delen van deze zorgovereenkomst met inbegrip van de daarbij behorende bijlagen;

d. Partijen

de partijen die de Overeenkomst zijn aangegaan.

e. Verzekerde

de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet heeft gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op hetzij de omschreven Zorg in natura hetzij gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de omschreven zorg.

f. Zorg

de door de Zorgaanbieder te verlenen Gecombineerde Leefstijlinterventie Volwassenen waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet aanspraak kan doen gelden (verzekerde Zorg).

g. Zorgaanbieder

de rechtspersoon die bedrijfsmatig de zorg levert, tevens de Zorgaanbieder als bedoeld onder B van deel I (individueel deel) van deze overeenkomst.

h. Zorgverzekeraar

de Zorgverzekeraar als bedoeld onder A van deel I (individueel deel) van deze overeenkomst.

Artikel 2. Zorg

1. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en zich hiervoor tot aangesloten Onderaannemers van de Zorgaanbieder wendt. Deze verleent de Zorg met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Zorg worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens de Overeenkomst zijn overeengekomen.
2. De Zorgaanbieder levert de in lid 1 van dit artikel genoemde Zorg voor zover de Verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen. De inhoud en omvang van de Zorg wordt mede bepaald door de

Deel II overeenkomst

stand van wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

3. De Zorg is uitsluitend van toepassing op volwassenen vanaf 18 jaar, expliciet niet op kinderen. Voor kinderen die bijna de leeftijd van 18 jaar bereiken, kan op zorginhoudelijke gronden de keuze gemaakt worden voor een zorgprogramma voor volwassenen. In dat geval dienen de prestaties uit deze beleidsregel in rekening te worden gebracht, en niet de prestaties in de Beleidsregel ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas. Een zorgprogramma voor volwassenen kan nooit gelijktijdig met een zorgprogramma voor kinderen worden aangeboden aan dezelfde Verzekerde.
4. De Zorgaanbieder staat open voor nieuwe Onderaannemers die voldoen aan de daarvoor geldende eisen. Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg verleend door de Onderaannemer. Dit impliceert onder andere dat
 - de Zorgaanbieder gehouden is alle verplichtingen die uit de Overeenkomst voortvloeien en de afspraken met de Onderaannemer op te nemen;
 - de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de Zorgverlening van de Onderaannemer het kwaliteitsniveau heeft waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - de Zorgaanbieder de Zorg, verleend door een Onderaannemer, bij de Zorgverzekeraar declareert;
 - de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en (achteraf)controles als bedoeld in artikel 10 van de Overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een Onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
5. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een actuele en correcte registratie in Vektis, ook van zijn in te schakelen Onderaannemers. De Zorgaanbieder registreert de in te schakelen Onderaannemers voorafgaand aan de Zorgverlening in Vektis. Gedurende de looptijd van deze overeenkomst is het mogelijk dat de Zorgaanbieder nieuwe Onderaannemers contracteert. Wijzigingen in de gecontracteerde Onderaannemers worden zo snel mogelijk maar uiterlijk binnen een maand nadat de wijziging heeft plaatsgevonden door de Zorgaanbieder aangepast in Vektis.
6. De Zorgverzekeraar behoudt zich in zwaarwegende gevallen het recht voor om (gecontracteerde) Onderaannemers te weigeren. Dit om te voorkomen dat Onderaannemers die op basis van het contracteerbeleid van de Zorgverzekeraar als individuele beroepsbeoefenaar zijn geweigerd alsnog Zorg leveren aan Verzekerden.
7. De door de Zorgaanbieder gecontracteerde Onderaannemers hebben met betrekking tot de beroepsinhoudelijke aspecten jegens de Zorgverzekeraar en eventuele verwijzers een eigen verantwoordelijkheid conform hetgeen bij of krachtens de (beroeps)wetgeving ten aanzien van de betrokken beroepsgroepen en de desbetreffende zorg is geregeld, alsook conform hetgeen gebruikelijk is in de kring van de vrijgevestigde beroepsgenoten. Desgewenst kunnen Zorgverzekeraar en Onderaannemers ten aanzien van de hiervoor bedoelde aspecten elkaar aanspreken.
8. De Zorgverzekeraar vergoedt alleen door het RIVM erkende GLI programma's die tevens door Zorginstituut Nederland zijn aangemerkt als verzekerde Zorg. Deze programma's zijn te vinden op de website: www.cz.nl/gli onder het kopje Beleid.
9. De leefstijlcoach is gedurende de Zorgverlening aantoonbaar in het bezit van een geldige licentieovereenkomst van het goedgekeurde GLI programma dat door de coach aangeboden wordt en borgt dat in te schakelen Onderaannemers ook beschikken over een licentie.
10. De Zorgaanbieder biedt het programma aan conform de voorwaarden zoals vastgelegd in de met de interventie eigenaar gesloten licentieovereenkomst.
11. De Zorgaanbieder verleent de Zorg op het (de) bij Vektis geregistreerde adres(sen). De praktijkinrichting voldoet aan de inrichtingseisen zoals opgenomen in Bijlage II Praktijkinrichtingseisen.

Artikel 3. Weigering zorgverlening

De Zorgaanbieder kan de Zorg weigeren of de aangevangen Zorg voortijdig beëindigen indien er

Deel II overeenkomst

gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) verlening van de Zorg redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd, ondanks het (voort)bestaan van een indicatie en op voorwaarde dat er geen sprake is van een spoedeisende situatie of een noodsituatie. De Zorgaanbieder handelt hierbij in lijn met de meest recente 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. In geval van weigering of beëindiging van de verlening van Zorg doet de Zorgaanbieder schriftelijk - zo mogelijk vooraf - mededeling aan de Verzekerde van de weigering c.q. 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 teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de verlening van de Zorg te waarborgen.

Artikel 4. Kwaliteit van de zorg

A. Algemene bepalingen

De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om bij het leveren van de Zorg de eisen in acht te nemen die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren Zorg mogen worden gesteld en 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 de betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en handelt conform de eisen gesteld in de Overeenkomst.

B. Privacy en dossiervorming

1. De Zorgaanbieder registreert en bewaart de (persoons)gegevens van elke Verzekerde op zorgvuldige wijze. De (persoons)gegevens dienen te worden geregistreerd en beheerd volgens de Wgbo en de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
2. Het doorgeven van (persoons)gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens de verstrekking van (persoons)gegevens die plaatsvindt met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
3. De Zorgaanbieder beschikt over een protocol waarin is vastgelegd welke medewerkers en Onderaannemers met welk doel toegang hebben tot het patiëntendossier.
4. De Zorgaanbieder verschaft de Verzekerde desgevraagd informatie over de wijze waarop zijn privacy wordt beschermd.

C. Patiëntbejegening

1. De Zorgaanbieder neemt in zijn relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntenrechten in acht.
2. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting aan de Verzekerde over alle relevante aspecten van de aan hem te verlenen Zorg. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg gerekend.
3. In het geval de Verzekerde een keuzemogelijkheid heeft en zijn voorkeur voor een bepaalde beroepsbeoefenaar en/of beweegprogramma heeft uitgesproken, voorziet de Zorgaanbieder erin dat deze Verzekerde zoveel mogelijk deze Zorg ontvangt.
4. De Zorgaanbieder dient te beschikken over een interne klachtenregeling die voldoet aan de eisen die daaraan worden gesteld in de Wkkgz.

D. Inhoudelijke professionele kwaliteit

1. De Zorgaanbieder werkt samen met de eerstelijns zorg en zorgt ervoor dat zij op de hoogte is van het regionale GLI-aanbod. De Zorgaanbieder informeert minimaal de regionale huisartsen en maakt afspraken over verwijzing.
2. De Zorgaanbieder werkt samen met het sociaal domein en is op de hoogte van diens zorgaanbod. De Zorgaanbieder overlegt minimaal twee keer per jaar met het sociaal domein.
3. De Zorgaanbieder werkt samen met het lokaal beweegaanbod en is op de hoogte van het regionaal aanbod. De Zorgaanbieder stuurt erop aan dat een patiënt gestimuleerd wordt gedurende- en na afloop van een GLI programma dichtbij huis te bewegen.
4. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en de eventueel aan hem verbonden beroepsbeoefena(a)r(en) handelen volgens de standaard die binnen de kring van beroepsgenoten algemeen aanvaard is. Door onder meer deelname aan deskundigheidsbevordering dienen zij te

Deel II overeenkomst

blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor verlening van de Zorg volgens deze standaard noodzakelijk is.

5. De door de Zorgaanbieder als Onderaannemer in te schakelen leefstijlcoach is gedurende de looptijd van de overeenkomst als leefstijlcoach geregistreerd:
 - in het kwaliteitsregister KABIZ, het onafhankelijke kwaliteitsorgaan waar de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN) haar leden heeft ondergebracht;
 - in het Kwaliteitsregister Fysiotherapie (KRF-NL)/Stichting Keurmerk Fysiotherapie (SKF), waar de beroepsverenigingen voor fysiotherapeuten (KNGF en SKF) hun leden hebben ondergebracht; of
 - in het Kwaliteitsregister Paramedici (KP), waar de beroepsverenigingen voor oefentherapeuten (VvOCM) en diëtisten (NVD) hun leden hebben ondergebracht.
6. De Zorgaanbieder en de bij de Zorgaanbieder aangesloten Onderaannemers werken volgens landelijke vastgestelde kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen en voldoen aan de verplichtingen voortvloeiend uit de Wgbo, de Wet BIG en overige relevante wet- en regelgeving.

E. Continuïteit

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van de Zorg, en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
2. In geval de Zorgaanbieder of, indien de Zorgaanbieder een instelling is, een aan hem verbonden beroepsbeoefenaar, krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, een maatregel is opgelegd, dan wel dat hij is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister 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 of een aan hem verbonden beroepsbeoefenaar gedurende de schorsing c.q. doorhaling wordt waargenomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.
3. De Zorgaanbieder is gehouden in zijn overeenkomsten met Onderaannemers te borgen dat de voorwaarden uit deze overeenkomst worden nageleefd door de Onderaannemer. De relevante vereisten uit deze overeenkomst dienen derhalve onderdeel te zijn van de overeenkomsten met de Onderaannemer.
4. Indien de Zorgaanbieder onderhevig is aan een onderzoek van de IGJ en/of de NZa stelt de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar hiervan direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder (niet) openbaar rapport van de IGJ en/of NZa dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de Overeenkomst.

F. Praktijkvoering en praktijkruimte

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een goede organisatie van zijn praktijk.

Artikel 5. Verwijzing en akkoordverklaring

De Zorgaanbieder verleent de Zorg voor rekening van de Zorgverzekeraar, indien:

1. Voor de Zorg een indicatie bestaat. Deze indicatie dient te blijken uit een schriftelijk(e) en gedateerd(e) verwijzing van de huisarts volgens de NHG standaard en Zorgstandaard Obesitas.
2. De verwijzing dient voorafgaande aan de start van de verlening van de Zorg te zijn verstrekt.
3. Iedere (digitale) verwijzing dient minimaal de volgende gegevens te bevatten:
 - naam, woonplaats, AGB-code en (digitale) handtekening van de verwijzer;
 - naam, adres, geboortedatum en BSN van de Verzekerde;
 - datum verwijzing;
 - de indicatie.
4. De verwijzing dient leesbaar en achteraf raadpleegbaar te zijn waarbij de authenticiteit in voldoende mate gewaarborgd dient te zijn.
5. Indien bij de Zorgaanbieder twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van het voorschrift of de verwijzing of onderdelen daarvan, dan zal de Zorgaanbieder contact opnemen zich in verbinding stellen met de voorschrijver of verwijzer om hem te verzoeken om een aanvulling op het voorschrift of de verwijzing.
6. Met betrekking tot de geldigheidsduur van de verwijzing geldt als uitgangspunt dat de verwijzing maximaal 3 maanden geldig blijft totdat de verlening van de Zorg een aanvang neemt.

Deel II overeenkomst

7. Wanneer in het licht van de verwijzing en indicatiestelling meerdere behandelingen geacht kunnen worden adequaat te zijn, kiest de Zorgaanbieder te allen tijde voor de meest doelmatige behandeling.
8. Indien de Verzekerde reeds gebruik gemaakt heeft van een GLI zorgprogramma en opnieuw van een (zelfde of ander) GLI zorgprogramma gebruik wil maken, dient vooraf bij de Zorgverzekeraar een akkoordverklaring aangevraagd te worden.

Artikel 6. **Praktijk- en patiëntenregistratie**

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de Onderaannemers een adequate patiëntenregistratie voeren.
De Onderaannemers registreren de volgende patiënten- en zorgverleningsgegevens:
 - a) naam, geboortedatum, adresgegevens en BSN van de Verzekerde;
 - b) het relatienummer van de Verzekerde;
 - c) de naam, AGB-code en handtekening van de verwijzend huisarts;
 - d) de AGB-code van de declarerende Zorgaanbieder;
 - e) de AGB-code van de uitvoerende Zorgaanbieder;
 - f) de geleverde prestatie;
 - g) het GLI zorgprogramma;
 - h) het gedeclareerde tarief;
 - i) de startdatum van het zorgprogramma;
 - j) de startdatum van de prestatie;
 - k) de einddatum van de prestatie;
 - l) de data waarop de behandelingen zijn gegeven;
 - m) het verloop van het zorgprogramma;
 - n) indien van toepassing moment van uitval en reden van uitval;
 - o) het evaluatieverslag t.b.v. de verwijzer.
2. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat alle contactmomenten met de Verzekerde worden geregistreerd, waarbij de contactmomenten worden onderverdeeld in:
 - groepsbijeenkomst;
 - individueel consult;
 - telefonisch contact;
 - e-health contact;
 - overige vormen van contact.
3. De Zorgaanbieder registreert per groepsbijeenkomst het aantal deelnemers dat aan de groepsbijeenkomst heeft deelgenomen.
4. De Zorgaanbieder neemt de verwijzing door de huisarts of andere verwijzer op in de administratie.
5. Na de intake moet, ook voor de Verzekerde, duidelijk zijn welk GLI zorgprogramma gestart wordt. Een eenmaal aangevangen GLI zorgprogramma kan niet gedurende het programma gewijzigd worden in een ander GLI zorgprogramma.
6. De indicatoren die tenminste op drie momenten, te weten in ieder geval bij de start, na de behandelfase en bij de afsluiting of bij eerdere beëindiging vastgelegd en geregistreerd dienen te worden zijn: tailleomvang, gewicht en lengte, BMI en de kwaliteit van leven vragenlijst EQ5d. Op de website www.cz.nl/gli onder het kopje Beleid wordt de registratie-eis nader uitgewerkt.
7. De Zorgaanbieder spant zich maximaal in om de landelijke indicatoren aan te leveren bij het RIVM ten behoeve van de GLI-monitor. De Zorgaanbieder draagt zorg dat Verzekerden gevraagd worden om toestemming en dat de Onderaannemers de uitkomstindicatoren met behulp van de indicatorenlijst registreren.
8. Onverlet hetgeen ter zake in wetgeving is bepaald, wordt de originele patiëntenregistratie tenminste vijf jaar na afloop van het desbetreffende kalenderjaar bewaard. Deze blijft, met inachtneming van het bepaalde in artikel 8, voor de Medisch adviseur van de Zorgverzekeraar ter inzage beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat de Overeenkomst een einde heeft genomen.

Artikel 7. Informatie en gegevensuitwisseling

1. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in de Overeenkomst aangegane verplichtingen.
 2. Partijen behandelen de (persoons)gegevens van de betrokken Verzekerden en de Zorgaanbieders op wie die gegevens betrekking hebben die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
 3. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vullen en daarna het actueel, correct en volledig houden van zijn eigen persoons- en praktijkgegevens en die van de onderaannemers in Vektis. De gegevens worden gepresenteerd in Zorgvinder op de website van de Zorgverzekeraar.
 4. De Zorgaanbieder zorgt dat de Zorgverzekeraar bij aanvang van de overeenkomst over een actueel overzicht beschikt van het werkgebied van de Zorgaanbieder, en diens onderaannemers. Daartoe verstrekt de Zorgaanbieder de postcoderanges van het gehele werkgebied, en het werkgebied per onderaannemer, waarin de Zorg geleverd wordt aan de Zorgverzekeraar en borgt dat wijzigingen hierin tijdig docht uiterlijk binnen een maand nadat de wijziging heeft plaatsgevonden aan de Zorgverzekeraar wordt doorgegeven.
-

Artikel 8. Controle

1. De Zorgverzekeraar kan een controle uitvoeren ten aanzien van de uitvoering van de Overeenkomst door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder dient hier zijn medewerking aan te verlenen. De Zorgverzekeraar kan de controle uitvoeren al dan niet naar aanleiding van een vermoeden van niet (juiste) nakoming van de in de Overeenkomst opgenomen verplichtingen door de Zorgaanbieder. De Zorgverzekeraar meldt schriftelijk een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden, tenzij er reden is van die termijn af te wijken.
2. De Zorgverzekeraar kan periodiek formele en materiële controles uitvoeren conform de vigerende wet- en regelgeving, waaronder de Regeling Zorgverzekering en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekering WMG. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van een dergelijke controle de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringwet en artikel 68a Wet marktordening gezondheidszorg en, ten aanzien van de formele en materiële controle, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG.
3. Deze controle is gericht op declaraties van de Zorgaanbieder en de Onderaannemers rechtstreeks aan de Zorgverzekeraar voor Zorg die onderdeel is van deze overeenkomst. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de afstemming met de Onderaannemers en wordt derhalve ook verantwoordelijk gesteld voor de eventuele vordering die uit een controle naar voren komt.
4. De controle als bedoeld in lid 1 en 2 van dit artikel zal niet onnodig belastend zijn voor de Zorgaanbieder en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
5. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle in de praktijk van de instelling ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden tenzij er reden is van die termijn af te wijken. Reden om daarvan af te wijken is in ieder geval aan de orde in het geval onderzoek niet langer kan wachten omdat dit schadelijk is voor de Zorgverzekeraar of de Verzekerden of indien de onregelmatigheden door langer wachten niet of moeilijk zijn aan te tonen. Indien serieuze vermoedens van malversaties bestaan, zorgt de Zorgaanbieder dat de bevoegde medewerkers van de

Deel II overeenkomst

Zorgverzekeraar onmiddellijk na aankondiging van een controle toegang tot praktijk- en patiëntenregistratie van de Zorgaanbieder krijgen.

6. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering en artikel 5 van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG 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 Medisch adviseur 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.

Artikel 9. Verzekering en vrijwaring

1. De Zorgaanbieder sluit een adequate beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering af die voldoende dekking biedt. Daarnaast garandeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar dat eenzelfde soort verzekering is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde (rechts)personen die in het kader van de Overeenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van het polisblad en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekeringen.
2. Indien de Zorgverzekeraar door een derde, waaronder maar niet uitsluitend de (nabestaande van de) Verzekerde, aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de nakoming van de verplichting om Zorg te leveren waarop de Verzekerde aanspraak heeft, vrijwaart de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar terzake van door hem geleden schade als gevolg van de aanspraak van deze derde, ongeacht of de Zorgaanbieder zelf tekort is geschoten dan wel dat de tekortkoming voor rekening van de Onderaannemer is.

Artikel 10. Honorering, declaratie en betaling

A. Declaratie

1. De Zorgaanbieder verleent de Zorg zonder enige betaling voor de Zorg door de Verzekerde, tenzij hierna anders wordt overeengekomen. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen. In dat geval brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze Overeenkomst.
2. De Zorgaanbieder neemt op de declaratie in ieder geval de volgende gegevens op:
 - de geleverde prestatie onder vermelding van de bijbehorende prestatiebeschrijving;
 - het gedeclareerde tarief;
 - de startdatum van de prestatie;
 - de naam- en adresgegevens van de Verzekerde;
 - de geboortedatum van de Verzekerde;
 - BSN van de verzekerde;
 - de AGB-code van de verwijzer;

Deel II overeenkomst

- de AGB-code van de declarerende Zorgaanbieder;
 - de AGB-code van de uitvoerende zorgverlener.
3. De prestaties GLI vormen tezamen een zorgprogramma en dienen derhalve in de juiste volgorde in rekening te worden gebracht, te weten de intake, de behandelfase per kwartaal en de onderhoudsfase per kwartaal. De prestatie behandelfase per kwartaal kan maximaal vier keer in rekening worden gebracht per GLI per Verzekerde. De prestatie onderhoudsfase per kwartaal kan eveneens maximaal vier keer in rekening worden gebracht per GLI per Verzekerde.
 4. De declaraties van de overeengekomen prestaties worden, met uitzondering van de prestatie intake die op de prestatiedatum gedeclareerd wordt, door de Zorgaanbieder gedeclareerd in de eerste week van de maand volgend op de periode van drie maanden waarop deze declaratie betrekking heeft. Hiervoor wordt het tarief van de prestatie, zoals opgenomen in de bijlage van het Individueel Deel (Deel I) van deze overeenkomst, gedeclareerd. De Zorgaanbieder dient deze declaraties als verzamelnota in, met als prestatiedatum de dag van de intake (bij de prestatie intake) respectievelijk de eerste dag van het desbetreffende kwartaal (bij prestaties behandelfase en onderhoudsfase). Hierbij wordt een kwartaal begrepen als een periode van drie aaneengesloten maanden.
 5. De looptijd van elke prestatie behandelfase en onderhoudsfase is een kwartaal, ofwel drie aaneengesloten maanden waarbij de onderhoudsfase pas gedeclareerd mag worden nadat de behandelfase volledig is afgerond.
 6. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan de in lid A.4 genoemde declaratietermijn, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de in lid B.17 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen.
 7. Als een Verzekerde gedurende een behandelkwartaal of onderhoudskwartaal stopt met het GLI zorgprogramma, mag de prestatie behorende bij dat kwartaal nog in rekening gebracht worden, mits face-to-face contact heeft plaatsgevonden tussen Zorgaanbieder en de Verzekerde.
 8. Als een Verzekerde gedurende de looptijd van een GLI zorgprogramma verandert van Zorgverzekeraar is de peildatum (startdatum) van een prestatie leidend. Een prestatie wordt gedeclareerd bij de Zorgverzekeraar bij wie de Verzekerde is verzekerd op de startdatum.
 9. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het voorkomen van dubbele declaraties van zijn Onderaannemers. Elke declaratie beschikt over een uniek factuurnummer. Dit houdt in dat elk factuurnummer bij de Zorgaanbieder maar één keer mag voorkomen. De Zorgaanbieder legt hierover afspraken vast in de overeenkomsten die hij heeft met de Onderaannemers. Indien Onderaannemers voor eenzelfde indicatie zonder dat er sprake is van een aanvullende zorgvraag consulten of (GLI-)verrichtingen bij de Zorgverzekeraar en/of de Verzekerde declareren, worden deze kosten verhaald op de Zorgaanbieder. Indien andere zorgverleners voor eenzelfde indicatie declareren, zonder dat er sprake is van een aanvullende zorgvraag, consulten of (GLI-)verrichtingen bij de Zorgverzekeraar, zal de Zorgverzekeraar de zorgverlener waarbij de Verzekerde het eerst in zorg was, vergoeden.
 10. De Zorgaanbieder declareert de Zorg door de declaratiegegevens via www.vecozo.nl aan te leveren en maakt hierbij gebruik van de meest recente Externe Integratie Paramedische Zorg dat door Vektis is vastgelegd.
 11. De Zorgaanbieder controleert via de COV-check (Controle Op Verzekeringsrecht) het verzekeringsrecht van de Verzekerde in Vecozo. Als peildatum wordt de prestatiedatum gehanteerd.
 12. De Zorgaanbieder draagt zorg voor inhoudelijk kwalitatief goede declaraties. De Zorgverzekeraar stelt bij afwijzing van een declaratie de Zorgaanbieder op de hoogte via de retourinformatie conform lid B.6 van dit artikel.
 13. Onverminderd zijn verplichting de (her)declaraties in te dienen conform lid A.3 van dit artikel, zal de Zorgaanbieder de Zorg die deze in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk twaalf maanden na de prestatiedatum declareren bij de Zorgverzekeraar. Na die datum ontvangen (her)declaraties neemt de Zorgverzekeraar niet in behandeling, behoudens in geval van overmacht aan de zijde van de

Deel II overeenkomst

Zorgaanbieder.

B. Honorering

14. De Zorgverzekeraar honoreert de Zorgaanbieder ter zake van aan de Verzekerde verleende Zorg op basis van het door Partijen in het Individueel Deel (Deel I) van de Overeenkomst overeengekomen Tarief, zulks met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.
15. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om ten onrechte gedane betalingen terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe declaraties aan elk van de in het Individueel Deel (Deel I) genoemde Zorgverzekeraars individueel of gezamenlijk (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente).
16. Als een Verzekerde na de intake daadwerkelijk gestart is met het GLI programma, vergoedt de Zorgverzekeraar per drie maanden dat de Verzekerde daadwerkelijk in Zorg is het overeengekomen tarief. De voorwaarden die hieraan verbonden zijn, zijn opgenomen in Deel I van de overeenkomst en in artikel A.10.
17. De Zorgverzekeraar zal de declaraties die voor betaling in aanmerking komen binnen vijftien kalenderdagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de Zorgaanbieder, conform de voorwaarden gesteld onder artikel A.10. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
18. De Zorgverzekeraar stelt retourinformatie over de via www.vecozo.nl ingediende declaraties, waaronder de afrekeningspecificatie, via www.vecozo.nl beschikbaar aan de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder kan de retourinformatie na afhandeling van de declaraties ophalen via www.vecozo.nl. De retourinformatie is tot een jaar na verwerking van de declaratie beschikbaar.

C. Betaling

19. Declaraties worden uitbetaald op de bij de Zorgverzekeraar bekende bankrekening (IBAN). Dit bankrekeningnummer is van de Zorgaanbieder of van een door de Zorgaanbieder ingeschakeld servicebureau.
20. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 6 genoemde termijn betaalbaar te stellen, stelt de Zorgverzekeraar een voorschot betaalbaar van in de regel 100% van het gedeclareerde bedrag. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot 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 de Overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
21. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, kunnen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hier voor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder worden gebracht.
22. Zorg verleend buiten de kaders van de Overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Zorgverzekeraar komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking.
23. De Zorgaanbieder zal de declaratie, die is afgewezen omdat die niet voldoet aan de voorwaarden die in de Overeenkomst aan 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.

Artikel 11. Hoofdelijke aansprakelijkheid

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

Deel II overeenkomst

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 de afdwingbaarheid van uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen.

Artikel 12. Fraude

1. De Zorgverzekeraar kan een fraudeonderzoek uitvoeren conform artikel 7.10 Regeling Zorgverzekering en artikel 5 van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen Wmg.
2. Onder fraude wordt verstaan 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 (of aan de Zorgaanbieder verbonden personen) geen recht heeft of recht kan.
3. De Zorgaanbieder verliest bij fraude het recht op vergoeding uit hoofde van de Overeenkomst (betreffende het gedeelte waarop de fraude betrekking heeft), ongeacht de geleverde zorg.
4. In geval van fraude kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze in ieder geval één of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - a) de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
 - b) de Overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c) registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d) een klacht indienen bij een tuchtrechtelijke instantie waarbij de Zorgaanbieder is aangesloten;
 - e) melding c.q. aangifte doen bij enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.
5. De in lid 4 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
6. 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 13. UBO (Ultimate Beneficial Owner)

1. De Zorgaanbieder heeft geen UBO die vermeld staat op een sanctielijst zoals bedoeld in lid 2 van dit artikel.
2. Onverminderd hetgeen bepaald in lid 1 mag de Zorgverzekeraar op grond van de Sanctiewet- en regelgeving (waaronder de Sanctiewet 1977) nooit betalingen verrichten aan een Zorgaanbieder waarvan de UBO (uiteindelijk belanghebbende) is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving. Om dit te kunnen controleren maakt de Zorgverzekeraar onder andere gebruik van het landelijk UBO-register en Vektis. De Zorgaanbieder draagt daartoe – indien voor hem een registratieplicht geldt – zorg voor een juiste UBO-registratie in het landelijk UBO-register en Vektis. Mocht de Zorgverzekeraar niet zelfstandig, onder andere door gebruikmaking van het UBO-register en Vektis, kunnen vaststellen wie de UBO van de Zorgaanbieder is, dan verstrekt Zorgaanbieder op eerste verzoek van Zorgverzekeraar deze informatie aan de Zorgverzekeraar.
3. De Zorgverzekeraar verricht nooit betalingen aan de Zorgaanbieder indien blijkt dat de UBO van Zorgaanbieder is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving.

Deel II overeenkomst

4. Indien Zorgverzekeraar de UBO van de Zorgaanbieder niet kan achterhalen en Zorgaanbieder na het eerste verzoek van de Zorgverzekeraar geen informatie verstrekt over de UBO (zoals bedoeld in lid 2), dan heeft Zorgverzekeraar de mogelijkheid om betalingen aan Zorgaanbieder op te schorten totdat Zorgverzekeraar meer duidelijkheid over de UBO van de Zorgaanbieder heeft verkregen.

Artikel 14. Duur en einde van de Overeenkomst

1. De Overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in Deel I onder D van de Overeenkomst genoemde data.
2. De Overeenkomst eindigt tussentijds en zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
 - a) met wederzijds goedvinden;
 - b) indien de zorgaanbieder een instelling is in de zin van de Wtza: indien de toelatingsvergunning van de Zorgaanbieder op grond van de Wtza is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de Wtza.
3. Naast de wettelijke beëindigingsgronden kan de Overeenkomst verder met onmiddellijke ingang zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
 - a) door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
 - b) door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging waardoor de verlening van Zorg (mogelijk) in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
 - c) door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: door faillissement of overlijden van de Zorgaanbieder of indien de persoon is toegelaten tot de Wsnp;
 - d) door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
 - e) door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming is gegeven door de Zorgverzekeraar;
 - f) door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de instelling van de Zorgaanbieder naar het oordeel van de Zorgverzekeraar significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie, tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;
 - g) door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een controle;
 - h) 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;
 - i) indien (een ten behoeve van de Zorgaanbieder werkzame zorgverlener) de Zorgaanbieder is een maatregel is opgelegd die gevolgen heeft voor de uitvoering van de Overeenkomst of die is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister;
 - j) als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, fraude, dwang of bedreiging.
4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van de 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.
5. Als wijzigingen in wet- of regelgeving aanpassing van de 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 met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkomst van de rechter is hier niet noodzakelijk.

Deel II overeenkomst

6. De opzegging van de Overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
7. Rechten en plichten die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van de Overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van de Overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.

Artikel 15. Toepasselijk recht en geschillen

1. Op de Overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.
2. Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de uit de Overeenkomst voortvloeiende geschillen in gezamenlijk overleg tot een oplossing te brengen. Voor zover dit niet mogelijk blijkt te zijn, kunnen geschillen uitsluitend worden voorgelegd aan de bevoegde rechter te Den Haag, zulks tenzij de wet afwijking van de bevoegde rechter niet toestaat, of de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering.

Artikel 16. Slotbepalingen

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van wijzigingen en/of mededelingen van de Zorgaanbieder van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. Indien de Zorgverzekeraar van dit recht gebruik maakt, zal hij de Zorgaanbieder daarvan schriftelijk in kennis stellen. In dat geval zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder eenmalig de overeenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de Zorgverzekeraar de overeenkomst alsnog tot stand te brengen.
2. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder, met uitzondering van het vestigen van pandrechten niet toegestaan rechten en verplichtingen uit de Overeenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan de toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.
3. Ten aanzien van communicatie-uitingen (zoals reclame) geldt:
 - a) het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk en/of woordmerk 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 logo en/of woordmerk is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
 - b) indien (het logo en/of woordmerk 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;
 - c) indien de Zorgaanbieder het beeldmerk en/of woordmerk van de Zorgverzekeraar in strijd met hetgeen bepaald onder a) en/of b) gebruikt, staakt de Zorgaanbieder dit gebruik op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar kan, eventueel na sommatie, passende (rechts)maatregelen treffen als het gebruik niet wordt gestaakt.
4. Indien één of meerdere bepalingen van de Overeenkomst nietig c.q. onverbindend blijken te zijn, zullen de overige bepalingen van de Overeenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen die nietig c.q. onverbindend blijken te zijn overleg plegen teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van de Overeenkomst behouden blijft.
5. Op de Overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.

Deel II overeenkomst

6. Het niet terstond uitoefenen van enig recht dat de Zorgverzekeraar op grond van de wet of de Overeenkomst heeft zal in geen geval worden geacht te zijn het doen van afstand van dat recht door de Zorgverzekeraar.

De praktijkinrichting van de zorgaanbieder voldoet minimaal aan de hieronder gestelde inrichtingseisen.

Algemene eisen

- De praktijk is duidelijk herkenbaar als praktijk voor GLI. Als de praktijk in een instelling is gevestigd, is er een duidelijke bewegwijzering naar de praktijkruimten.
- De praktijkruimten en de wachtkamer zijn gescheiden door gesloten vaste wanden en deuren.
- De praktijk is goed toegankelijk, ook voor minder validen (drempelvrij, brede ingang, et cetera). In geval van een verdieping is een (trap)lift aanwezig.
- De praktijkruimten zijn geschikt voor het geven van GLI.
- De praktijkruimten beschikken over meubilair dat is afgestemd op de doelgroep.
- De praktijk is tijdens de openingstijden telefonisch goed bereikbaar. Bij afwezigheid wordt een antwoordapparaat gebruikt (met opnamemogelijkheid of voicemail).
- De praktijk beschikt over adequaat instructiemateriaal ter ondersteuning van GLI.
- De prijslijst en de klachtenregeling zijn duidelijk zichtbaar voor de verzekerde.

Hygiëne

- De praktijk beschikt over een toilet en de gelegenheid om de handen te wassen. Het toilet en de handenwasgelegenheid zijn vanuit de wachtruimte toegankelijk.
- De praktijkruimten, inventaris en gebruiksmaterialen worden op een verantwoorde manier gereinigd.
- De praktijkruimten hebben een goed te reinigen, egaal vloeroppervlak.

Privacy

- De praktijk beschikt over behandelruimten die de privacy van de patiënt waarborgen (auditief en visueel).
- De praktijk beschikt over administratieve voorzieningen die de privacy van de patiënt waarborgen. Deze zijn in overeenstemming met de relevante wet- en regelgeving.
- Geluidsoverdracht tussen verschillende ruimten wordt voorkomen.

Veiligheid

- De praktijk beschikt over een goedgekeurde elektriciteits- en energievoorziening.
- De praktijk voldoet aan de geldende (brand)veiligheidseisen.
- In de praktijk zijn een EHBO-does en een brandblusapparaat aanwezig.
- De verlichting, verwarming en ventilatie voldoen aan algemeen te stellen eisen van hygiëne en veiligheid.
- De ruimtelijke voorziening en inventaris zijn van zodanige kwaliteit en constructie, dat zij bij gebruik geen gevaren voor personen opleveren.



Zorg die verder gaat

Versie 2024.1