



OHRA Direct
geregeld

N nationale
nederlanden

Deel II – Algemeen deel
Overeenkomst Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) 2021

Regionale Samenwerkingsverbanden

Inhoudsopgave

DEEL II: ALGEMEEN DEEL OVEREENKOMST – GECOMBINEERDE LEEFSTIJLINTERVENTIE	3
ARTIKEL 1. DEFINITIES	3
ARTIKEL 2. ZORG	3
ARTIKEL 3. WEIGERING ZORGVERLENING	4
ARTIKEL 4. KWALITEIT VAN DE ZORG	5
ARTIKEL 5. PRAKTIJKRUIMTE	6
ARTIKEL 6. VERWIJZING	6
ARTIKEL 7. PRAKTIJK- EN PATIËNTENREGISTRATIE	7
ARTIKEL 8. INFORMATIE EN GEGEVENSUITWISSELING	8
ARTIKEL 9. DECLARATIE EN HONORERING	8
ARTIKEL 10. CONTROLE	10
ARTIKEL 11. VERZEKERING EN VRIJWARING	12
ARTIKEL 12. FRAUDE	12
ARTIKEL 13. DUUR EN EINDE VAN DE OVEREENKOMST	12
ARTIKEL 14. GESCHILLEN	13
ARTIKEL 15. SLOTBEPALINGEN	13
BIJLAGE: PRAKTIJKINRICHTINGEISEN	15

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

a. Medische dienst

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. Onderaannemer

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.

c. Partijen

De partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan.

d. Tarief

Het door partijen, met inachtneming van de wettelijke kaders, overeengekomen Tarief voor een prestatie of geheel van prestaties door de Zorgaanbieder te leveren.

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 waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet aanspraak kan doen gelden (verzekerde Zorg).

g. Zorgaanbieder

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 deze 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

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 en niet op kinderen. Jeugdigen vanaf 16 jaar kunnen een uitzondering vormen als er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een gecombineerde leefstijlinterventie die gericht is op volwassenen.
4. 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 deze 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 deze overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een Onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
5. 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 door de Zorgaanbieder aangepast in Vektis. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor een correcte registratie 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 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 voorbedeelde aspecten elkaar aanspreken.
8. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de door de Zorgaanbieder gecontracteerde Onderaannemers, is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de te organiseren en te leveren Zorg die aan de Verzekerde wordt verleend.
9. De Zorgaanbieder garandeert en controleert dat de gecontracteerde Onderaannemers aan de gebruikelijke en wettelijke beroepsmatige verplichtingen voldoen.
10. De Zorgverzekeraar vergoedt alleen GLI programma's die worden bestempeld als verzekerde Zorg. Deze programma's zijn te vinden op de website: www.cz.nl/gli. 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.

Artikel 3. Weigering zorgverlening

De Zorgaanbieder kan de Zorg weigeren of de aangevragen Zorg voortijdig beëindigen indien er 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 KNMG. 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), indien toepasselijk de Wet BIG, de wet- en regelgeving met betrekking tot bescherming persoonsgegevens en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en handelt conform de eisen gesteld in deze overeenkomst.

B. Privacy en dossiervorming

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hijzelf en de Onderaannemer op zorgvuldige wijze van elke Verzekerde de gegevens registreren en bewaren. De 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 gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is niet toegestaan tenzij de verstrekking van de gegevens plaatsvindt met inachtneming van daarvoor gegeven 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 diens relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntrechten in acht en ziet er op toe dat Onderaannemers dit ook doen.
2. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting, tevens door de Onderaannemer, aan de Verzekerde over de te verlenen Zorg en procedures. Hiertoe worden uitdrukkelijk ook de financiële aspecten van de Zorg gerekend.
3. De Zorgaanbieder beschikt over een interne klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de eisen die daaraan worden gesteld in de Wkkgz. De Zorgaanbieder leeft alle verplichtingen na die deze wet oplegt en draagt er zorg voor dat alle Onderaannemers hierover geïnformeerd zijn.

D. Continuïteit

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue zorgverlening, en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen 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 dan wel de onderaannemer 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.

E. Inhoudelijke professionele kwaliteit

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en de eventueel aan hem verbonden beroepsbeoefena(r)(en) dan wel in te schakelen Onderaannemers handelen volgens de standaard die binnen de kring van beroepsgenoten algemeen aanvaard is, en onder meer door deelname aan deskundigheidsbevordering blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor verlening van de Zorg volgens deze standaard noodzakelijk is.
2. De door de Zorgaanbieder als Onderaannemer in te schakelen leefstijlcoach is lid van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN).
3. 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.
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 dan wel diens Onderaannemers betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de overeenkomst.

Artikel 5. Praktijkruimte

De Zorgaanbieder verleent de Zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde praktijkruimte, die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is. De praktijkruimte(n) van de Zorgaanbieder voldoet(n) minimaal aan de inrichtingseisen zoals opgenomen in bijlage I Praktijkinrichting, die onlosmakelijk deel uitmaakt van deze overeenkomst.

Artikel 6. Verwijzing

1. De Zorgaanbieder verleent de Zorg voor rekening van de Zorgverzekeraar, indien voor de Zorg een indicatie bestaat. Deze indicatie dient te blijken uit een schriftelijk(e) en gedateerd(e) verwijzing van de huisarts volgens de zorgstandaard obesitas.
2. De verwijzing dient voorafgaande aan de start van de verlening van de Zorg te zijn verstrekt, te weten voorafgaand aan de behandelfase respectievelijk voorafgaand aan de onderhoudsfase.
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 de verwijzing of onderdelen daarvan, dan zal de Zorgaanbieder zich in verbinding stellen met de verwijzer om hem te verzoeken om een aanvulling op het voorschrift of de verwijzing.

6. Met betrekking tot de geldigheidsduur van het voorschrift of de verwijzing geldt als uitgangspunt dat de verwijzing maximaal 3 maanden geldig blijft totdat de verlening van de Zorg een aanvang neemt.
 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 eerder gebruik gemaakt heeft van een GLI zorgprogramma en opnieuw van (hetzelfde of een ander) GLI zorgprogramma gebruik wil maken, dient vooraf bij de Zorgverzekeraar een akkoordverklaring aangevraagd te worden.
-

Artikel 7. 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 uitvoerende Zorgaanbieder;
 - e) de geleverde prestatie;
 - f) het GLI zorgprogramma;
 - g) het gedeclareerde tarief;
 - h) de startdatum van het zorgprogramma;
 - i) de startdatum van de prestatie;
 - j) de einddatum van de prestatie;
 - k) de data waarop de behandelingen zijn gegeven;
 - l) het verloop van de zorgprogramma;
 - m) het evaluatieverslag t.b.v. de verwijzer.
 2. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de Onderaannemers alle contactmomenten met de Verzekerde registreert, 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 lopende 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 wordt de registratie-eis nader uitgewerkt.
 7. Onverlet hetgeen terzake 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 10, voor de Medische dienst van de Zorgverzekeraar ter inzage beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
-

Artikel 8. Informatie en gegevensuitwisseling

1. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze 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 via het AGB register. De gegevens worden gepresenteerd in Zorgvinden op de websites van de Zorgverzekeraar.
-

Artikel 9. Declaratie en honorering

A. Declaratie

1. 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;
 - de AGB-code van de declarerende Zorgaanbieder;
 - de AGB-code van de uitvoerende zorgverlener.
2. 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.
3. 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 door de Onderaannemer (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.
4. 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.
5. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan de in lid A.3 genoemde declaratietermijn, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de in lid B.5 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen.
6. 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.
7. 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

8. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het voorkomen van dubbele declaraties van zijn Onderaannemers. 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 declareren, worden deze kosten verhaald op de Zorgaanbieder. Indien andere zorgverleners voor eenzelfde indicatie, zonder dat er sprake is van een aanvullende zorgvraag, consulten of (GLI-)verrichtingen bij de Zorgverzekeraar declareren, zal de Zorgverzekeraar de zorgverlener waarbij de Verzekerde het eerst in zorg was, vergoeden.
9. De Zorgaanbieder declareert de Zorg door de declaratiegegevens via www.vecozo.nl aan te leveren en maakt hierbij gebruik van het meest recente Externe Integratie Paramedische Zorg dat door Vektis is vastgelegd.
10. De Zorgaanbieder controleert via de COV-check (Controle Op Verzekeringsrecht) het verzekeringsrecht van de Verzekerde in Vecozo. Als peildatum wordt de prestatiedatum gehanteerd.
11. De Zorgaanbieder draagt zorg voor inhoudelijk kwalitatief goede declaraties. Bij een grotendeels foutief aangeleverde declaratie of hoog uitvalpercentage wordt de gehele declaratie door de Zorgverzekeraar, na overleg met de Zorgaanbieder, afgewezen. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder hiervan op de hoogte via de retourinformatie conform lid B.6 van dit artikel.
12. 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 Zorgaanbieder.

B. Honorering

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 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 deze overeenkomst overeengekomen Tarief, zulks met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.
3. 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).
4. 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 9.A.
5. 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 9.A. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
6. De Zorgverzekeraar stelt retourinformatie over de via www.vecozo.nl ingediende declaraties, waaronder de afrekenspecificatie, 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.

7. 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.
 8. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 5 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 deze overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
 9. 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.
 10. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Zorgverzekeraar komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking.
 11. De Zorgaanbieder zal de declaratie, die is afgewezen omdat die niet voldoet aan de voorwaarden die in deze 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 10. Controle

1. De Zorgverzekeraar kan een controle uitoefenen ten aanzien van de uitvoering van deze 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 onderhavige 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 Zorgverzekeringswet 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 ziektenkostenverzekering (WMG). Deze controle zijn gericht op declaraties van de Zorgaanbieder en de Onderaannemers rechtstreeks aan de Zorgverzekeraar of Verzekerde voor Zorg die onderdeel is van deze overeenkomst. De Zorgverlener 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.
3. 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.
4. De Zorgverzekeraar controleert of de Zorgaanbieder en de Onderaannemers hun verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomen.
5. De Zorgverzekeraar controleert zoveel mogelijk direct tijdens het declaratieproces. Bij resterende risico's wordt ervoor gekozen om achteraf te controleren.

6. In de achterafcontroles wordt onderscheid gemaakt tussen formele controles en materiële controles. In de formele controles wordt nagegaan of de door de Zorgaanbieder ingediende declaraties in overeenstemming zijn met de geldende wet- en regelgeving en de in de gesloten overeenkomst opgenomen voorwaarden. De materiële controle wordt uitgevoerd om vast te stellen of de gedeclareerde Zorg overeenkomt met de werkelijke levering en of de zorgverlening doelmatig is geweest in relatie tot de zorgvraag.
7. De digitale en overige gegevens over de declaratieverwerking en -betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waaronder begrepen die van Vecozo, strekken Partijen tot volledig bewijs ter uitvoering van de controle, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.
8. De resultaten van een achterafcontrole kunnen incidenteel een bezoek aan de Zorgaanbieder noodzaken. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle in locatie van de Zorgaanbieder tenminste veertien dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden. Indien ernstige vermoedens van malversaties bestaan, hebben de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar terstond na aankondiging toegang tot praktijk- en patiëntenregistratie van de Zorgaanbieder en de Onderaannemers.
9. De Zorgaanbieder en de Onderaannemers verlenen de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar op werkdagen (overdag) toegang tot de praktijk voor de tijd die nodig is om het praktijkbezoek uit te voeren. Voorts verplichten de Zorgaanbieder en de Onderaannemers zich de bevoegde medewerkers behulpzaam te zijn als redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat deze desgevraagd actieve medewerking verlenen aan het daadwerkelijk toegankelijk stellen van de praktijk- en patiëntenregistratie.
10. Indien de Zorgverzekeraar bij het uitvoeren van een controle informatie opvraagt bij de Zorgaanbieder zal deze de informatie binnen de in het schriftelijk verzoek gestelde termijn aanleveren bij de Zorgverzekeraar, tenzij anders is overeengekomen. De gevraagde informatie wordt zodanig aangeleverd dat controle op eenvoudige wijze mogelijk is. Op verzoek van de Zorgverzekeraar worden deze dossiers op beveiligde wijze (versleuteld), zoals bijvoorbeeld middels Cryptshare, door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.
11. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen die mogelijk leiden tot een terug te vorderen bedrag. De Zorgaanbieder wordt altijd in de gelegenheid gesteld te reageren op de door de Zorgverzekeraar geconstateerde bevindingen.
12. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid van de aanspraken van Verzekerde zijn de Zorgaanbieder en de Onderaannemers gehouden de Medische dienst van de Zorgverzekeraar inzage te geven in de medische dossiers van de Verzekerde.
13. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden die ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.
14. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen terug te vorderen of te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties aan elk van de in Deel I genoemde Zorgverzekeraars individueel of gezamenlijk van de Zorgaanbieder (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente). De Zorgverzekeraar zal de resultaten van de achterafcontrole schriftelijk kenbaar maken aan de Zorgaanbieder. Tevens geeft de Zorgverzekeraar aan op welke wijze de financiële afhandeling zal plaatsvinden.
15. Indien de Zorgaanbieder niet, niet volledig of niet tijdig voldoet aan de uit deze overeenkomst voortvloeiende verplichtingen, bestaat de mogelijkheid als gevolg hiervan ontstane vordering te verrekenen met toekomstige declaraties. Indien de Zorgverzekeraar voornemens is een bedrag te verrekenen, dan stelt de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder hiervan vooraf in kennis en geeft hem de gelegenheid hierop te reageren.

Artikel 11. 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 deze overeenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis 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 12. Fraude

1. De Zorgverzekeraar kan een fraudeonderzoek uitvoeren conform artikel 7.10 Regeling Zorgverzekering.
 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 deze overeenkomst, 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. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg;
 - e. melding c.q. aangifte doen bij de FIOD-ECD 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. 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 Wtzi: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de Wtzi is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de Wtzi.
 - c) indien de zorgaanbieder een instelling is in de zin van de Wtza: indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de Wtza.
3. De overeenkomst kan verder naast de wettelijke beëindigingsgronden al dan niet 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 deze 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, dwang of bedreiging.
4. Als wettelijke wijzigingen aanpassing van deze overeenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkomst van de rechter is hier niet noodzakelijk.
-

Artikel 14. Geschillen

- 1. Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de uit deze overeenkomst voortvloeiende geschillen in gezamenlijk overleg tot een oplossing te brengen. Voor zover dit onmogelijk blijkt te zijn, worden geschillen berecht en beslist door de Nederlandse burgerlijke rechter dan wel aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering
 - 2. Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
-

Artikel 15. Slotbepalingen

- 1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van doorhalingen en/of mededelingen van de Zorgaanbieder van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. Indien de Zorgverzekeraar van dit recht gebruikt 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 deze 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) Indien de Zorgaanbieder benaderd wordt voor publiciteit, wordt de Zorgverzekeraar hierbij betrokken waarbij de boodschap onderling wordt afgestemd;
 - b) het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatie-uitingen zolang het gebruik plaatsvindt in overeenstemming met het beleid van de Zorgverzekeraar. Het beleid inzake het gebruik van het logo is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
 - c) indien (het logo van) de Zorgverzekeraar in communicatie-uitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar. Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.
4. Indien één of meerdere bepalingen van deze 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 deze overeenkomst behouden blijft.
5. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
6. Het niet terstond uitoefenen van enig recht dat de Zorgverzekeraar op grond van de wet of deze overeenkomst heeft zal in geen geval worden geacht te zijn het doen van afstand van dat recht door de Zorgverzekeraar.

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 vloerooppervlak.

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-doos 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 2021.1