



## Betaalvoorwaarden CZ, Nationale Nederlanden en Ohra voor het rechtstreeks declareren door zorgaanbieders Mondzorg zonder zorgovereenkomst geldend vanaf 2019

### Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

**a. Polis**

de akte waarin de tussen een Verzekerde en de Zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering of aanvullende verzekering is vastgelegd;

**b. VECOZO**

de organisatie die is opgericht door Zorgverzekeraars met onder andere als doel het declaratietraject voor zowel Zorgaanbieders als Zorgverzekeraars te vereenvoudigen;

**c. Vektisstandaard**

de externe integratie-standaard die is vastgesteld ten behoeve van de geautomatiseerde gegevensuitwisseling tussen Zorgaanbieders en Zorgverzekeraar;

**d. Verzekerde**

de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst heeft gesloten met de Zorgverzekeraar;

**e. Zorg**

de door de Zorgaanbieder te verlenen of verleende zorg waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutie-aanspraak kan doen gelden (verzekerde zorg); Daarnaast wordt tot Zorg gerekend de zorg die niet valt onder de dekking van een verzekering als bedoeld in de vorige volzin maar die wel behoort tot de zorg en diensten zoals die binnen de kring van beroepsgenoten gebruikelijk worden verleend, waarover de Zorgaanbieder en de Verzekerde een overeenkomst hebben gesloten en die aan de Verzekerde is of zijn geboden, voor zover in deze voorwaarden niet anders is overeengekomen (onverzekerde zorg);

**f. Zorgaanbieder**

de natuurlijke of rechtspersoon die Zorg verleent en gebruik maakt van de mogelijkheid die met deze betaalvoorwaarden wordt geboden, en die als zodanig bij de Zorgverzekeraar als zijnde declaratiegerechtigd geregistreerd staat. Hiertoe behoren uitsluitend zorgverleners in de categorie mondzorg.

**g. Zorgverzekeraar**

de verzekeringsondernemingen o.w.m. Centrale Zorgverzekeraars groep, Zorgverzekeraar u.a., o.w.m. Centrale zorgverzekeraars groep, Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar u.a., Centrale Ziektekostenverzekering NZV N.V., OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. die als zodanig zijn toegelaten en verzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet en/of aanvullende verzekeringen aanbieden.

## Artikel 2. Informatie en toestemming

1. De onderhavige betaalvoorwaarden hebben enkel betrekking op het administratieve proces betreffende het indienen bij en vergoeden van declaraties door de Zorgverzekeraar. Omdat geen afspraken worden gemaakt over de inhoud (prijs en kwaliteit) van de te leveren Zorg, wordt de door de Zorgaanbieder geleverde Zorg in de communicatie aan Verzekerden aangemerkt als Zorg door een 'niet-gecontracteerde zorgaanbieder'. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde hier desgevraagd over.
2. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde over de mogelijkheid de declaratie rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar in te dienen. De Zorgaanbieder vraagt de Verzekerde uitdrukkelijke toestemming om de Zorg rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar te mogen declareren en legt deze toestemming vast zodat deze desgevraagd getoond kan worden. Zonder vastgestelde toestemming van de Verzekerde mag de Zorgaanbieder de declaratie niet rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar indienen.
3. Indien een Verzekerde te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen, brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde.
4. Op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar verstrekt de Zorgaanbieder een overzicht van namen en adressen van Verzekerden die toestemming hebben gegeven voor de indiening van rekeningen voor Zorg bij de Zorgverzekeraar en van wie die toestemming uitdrukkelijk is vastgelegd. De Zorgverzekeraar mag de opgave van de Zorgaanbieder alleen gebruiken om zich ervan te vergewissen dat Verzekerden toestemming hebben gegeven.
5. Indien er over de toestemming die de Verzekerde heeft gegeven, verschil van mening ontstaat, zal de Zorgaanbieder (i) alle medewerking verlenen teneinde de Zorgverzekeraar te laten vaststellen of de Verzekerde al dan niet toestemming heeft verleend, (ii) indien geen toestemming is verleend dan wel onvoldoende duidelijk is of toestemming is verleend, betalingen gedaan door de Zorgverzekeraar op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar onmiddellijk te restitueren en (iii) de Verzekerde ervan in kennis stellen dat onvoldoende duidelijk geborgd was dat rekeningen voor verleende Zorg bij de Zorgverzekeraar konden worden ingediend zodat de Verzekerde alsnog zelf dient te worden aangesproken voor betaling van verleende Zorg, tenzij de Verzekerde alsnog uitdrukkelijk de indiening van de rekeningen bekrachtigt.

## Artikel 3. Declaratie door derden

1. Deze betaalvoorwaarden zijn onverminderd van toepassing op declaraties van de Zorgaanbieder die via een derde worden aangeboden aan de Zorgverzekeraar. Onder 'via een derde' valt eveneens de situatie waarin declaraties van de zorgaanbieder gecedeerd worden aan een derde en vervolgens door die derde worden aangeboden aan de Zorgverzekeraar. Dit is slechts anders indien schriftelijk afwijkende afspraken zijn gemaakt tussen de Zorgverzekeraar en de derde over het declaratieproces, met dien verstande dat - waarover in de schriftelijk afwijkende afspraken niets is geregeld – de betaalvoorwaarden onverminderd van toepassing blijven op de declaraties.
2. De Zorgaanbieder is vrij de gehele declaratieprocedure aan een derde partij uit te besteden (ongeacht de wijze waarop). De Zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de Zorgverzekeraar tijdig en schriftelijk wordt geïnformeerd dat:
  - a) de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan een derde en welke derde;



b) en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.

Een mededeling ter uitvoering van deze bepaling dient ten minste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste indiening van de declaratie door de Zorgverzekeraar ontvangen te zijn.

3. Beëindiging c.q. wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn en voor de daadwerkelijke betaling, schriftelijk aan de Zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn en door hem ontvangen te zijn. Indien de mededeling te laat wordt ontvangen, is de wijziging pas van kracht vanaf de betaling die volgt op het tijdstip van ontvangst van de mededeling.
4. De Zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat de derde deze betaalvoorwaarden onverkort naleeft, behoudens de afwijkende schriftelijke afspraken tussen de Zorgverzekeraar en de derde (zie lid 1 van dit artikel).
5. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, blijft de Zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit deze betaalvoorwaarden voortvloeien, ongeacht wat tussen de Zorgaanbieder en de derde is overeengekomen. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door de derde van deze betaalvoorwaarden.
6. Betaling door de Zorgverzekeraar aan een derde op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de Zorgaanbieder, geldt als een bevrijdende betaling aan de Zorgaanbieder waardoor de Zorgverzekeraar jegens de Zorgaanbieder derhalve is gekweten van nakoming van zijn betalingsverplichting.
7. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan een derde, stelt de Zorgverzekeraar de retourinformatie via VECOZO uitsluitend beschikbaar aan die derde, behoudens een uitdrukkelijke anders luidende schriftelijke afspraak.

#### **Artikel 4. Controle verzekeringsrecht en BSN**

1. De Zorgverzekeraar stelt geactualiseerde gegevens van haar Verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De Zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO vóór aanvang van de verlening van de Zorg.
3. De Zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt en de Verzekerde dezelfde persoon zijn. De Zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt. Vervolgens wordt door middel van de COV-check gecontroleerd of de patiënt ook een Verzekerde is bij de Zorgverzekeraar (aanwezigheid van een Polis).
4. Bij twijfel over de identiteit van de Verzekerde of wanneer er aanwijzingen zijn dat een medewerker van de Zorgaanbieder met declaraties heeft gefraudeerd, wordt de Zorgverzekeraar daarvan op de hoogte gesteld. Meldingen van (vermoeden) van fraude worden gedaan bij de afdeling Bureau Bijzonder Onderzoek van de Zorgverzekeraar.



## Artikel 5. Declaratie

1. De Zorgaanbieder levert de declaratie rechtstreeks bij de Zorgverzekeraar aan via het Elektronisch Declaratie Portaal van VECOZO. Deze declaratie dient uiterlijk plaats te vinden op 31 december van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de Zorg is geleverd.
2. De declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende Vektisstandaard die voor de desbetreffende Zorg van toepassing is. Indien de declaratie niet of niet volledig voldoet aan deze standaard, is een recht op vergoeding opgeschort totdat de Zorgaanbieder een juiste en volledige declaratie heeft ingediend.
3. Declaraties voor personen die op het moment van aanvang van de verlening van Zorg bij de Zorgverzekeraar verzekerd zijn, komen voor betaling in aanmerking. Dit vereiste ziet op de aanwezigheid van een Polis tussen de Verzekerde en de Zorgverzekeraar en niet op de vraag of er dekking bestaat.
4. Declaraties voor Zorg die al is vergoed aan de Verzekerde komen niet voor betaling in aanmerking.
5. De Zorgaanbieder declareert bij de Zorgverzekeraar de volledige kosten (100%) voor de uitgevoerde behandelingen voor de Zorg met inachtneming van lid 9 t/m lid 15 van dit artikel en de vereiste uitdrukkelijke toestemming uit artikel 2, ongeacht of er al dan niet sprake is van een dekking op grond van de zorgverzekering en/of aanvullende verzekering.
6. Declaraties worden afgehandeld volgens het GigFif-principe (goed is goed, fout is fout), hetgeen betekent dat foutief aangeleverde of inhoudelijk onjuiste declaratieregels worden afgewezen. Bij regelmatige foutieve aanlevering dan wel hoge uitvalpercentages zal de Zorgverzekeraar contact opnemen met de Zorgaanbieder en zo mogelijk ondersteuning bieden om tot een oplossing te komen.
7. De Zorgaanbieder zal de declaratie die (gedeeltelijk) is afgewezen, omdat die niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie en/of de indiening daarvan zijn 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.
8. Tenzij anders overeengekomen, is de Zorgaanbieder niet gerechtigd een betalingsverplichting jegens de Zorgverzekeraar te verrekenen met declaraties van de Zorgaanbieder die voor betaling in aanmerking komen, uit welke hoofde dan ook.

### **Mondzorg specifieke afspraken: declaratie**

9. De Zorgaanbieder maakt bij zijn declaratie aan de Zorgverzekeraar uitsluitend gebruik van de omschrijvingen en codenummers van prestaties als vermeld in de vigerende NZa Tariefbeschikking Tandheelkundige/Orthodontische zorg conform de meest recente Beleidsregel Tandheelkundige/Orthodontische zorg.
10. Een Zorgaanbieder, zijnde een rechtspersoon, met een AGB-code beginnend op het nummer 17 kan enkel declaraties indienen bij de Zorgverzekeraar middels de AGB-code van de uitschrijver in combinatie met de AGB-code van de praktijk. De AGB-code van de uitschrijver dient opgenomen te worden in rubriekregel 0110. De AGB-code van de praktijk dient opgenomen te worden in rubriekregel 0111.



11. De Zorgverzekeraar betaalt aan de Zorgaanbieder het bedrag zoals dat voortvloeit uit de Polis van de betreffende Verzekerde met inachtneming van het bepaalde in artikel 5 van de betaalsoortvoorwaarden.
12. De Zorgaanbieder is verplicht rubriek 415 "Gebitselementcode" in te vullen als er sprake is van een gebitselement. Zie hiervoor ook de Prestatiecodelijst 010 op de website van Vektis ([www.vektis.nl](http://www.vektis.nl)) met prestatiecodes waarbij een verplicht elementnummer moet worden opgenomen. Indien van toepassing zijnde verplichte invulling ontbreekt, dan zal de Zorgverzekeraar de aangeleverde declaratieregel afwijzen.
13. De Zorgaanbieder is verplicht rubriek 414 "Ind. Boven/Onder" in te vullen als er hier sprake van is. Zie hiervoor de Prestatiecodelijst 010 op de website van Vektis ([www.vektis.nl](http://www.vektis.nl)) met prestatiecodes waarbij verplicht de indicatie van boven of onder moet worden opgenomen. Indien van toepassing zijnde verplichte invulling ontbreekt, dan zal de Zorgverzekeraar de aangeleverde declaratieregel afwijzen.
14. De Zorgaanbieder zal de Zorg die hij in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar declareren bij de Zorgverzekeraar.
15. Voor de maand januari van enig kalenderjaar geldt dat de Zorgverzekeraar de ingediende declaraties door de Zorgaanbieder over de maand januari uiterlijk 1 februari van datzelfde kalenderjaar in behandeling neemt.
16. Declaraties van verschillende kalenderjaren worden gescheiden aangeleverd.

#### **Artikel 6. Betaling**

1. De Zorgverzekeraar betaalt aan de Zorgaanbieder het volledige bedrag (100%) van de ontvangen declaratie met inachtneming van artikel 5.
2. Declaraties die voor betaling in aanmerking komen worden binnen 17 werkdagen na ontvangst door de Zorgverzekeraar betaalbaar gesteld. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
3. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 2 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen, stelt de Zorgverzekeraar een voorschot betaalbaar van 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 betaalsoortvoorwaarden aan de declaratie worden gesteld.
4. De Zorgverzekeraar verstrekt via VECOZO na ontvangst van de declaraties elektronische retourinformatie aan de Zorgaanbieder (waaronder de afrekenspecificatie) op geleide van de toepasselijke Vektisstandaard.
5. Indien onder de Zorgverzekeraar ten laste van de Zorgaanbieder beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, komen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hiervoor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.
6. De Zorgverzekeraar is gerechtigd de betaling van de declaraties op te schorten zolang de Zorgaanbieder niet al zijn (betalings)verplichtingen uit hoofde van enige met de Zorgverzekeraar bestaande rechtsverhouding heeft voldaan.



## Artikel 7. Incassoprotocol

1. De Zorgverzekeraar zal de kosten van de door de Zorgaanbieder gedeclareerde Zorg bij de Verzekerde in rekening brengen en bij de Verzekerde innen, na aftrek van de vergoeding waarop de Verzekerde krachtens de zorgverzekering en/of aanvullende verzekering aanspraak c.q. recht heeft.
2. De vordering op de Verzekerde blijft eigendom van de Zorgaanbieder.
3. De Zorgverzekeraar zal zich inspannen om bij de Verzekerde in rekening gebrachte onverzekerde bedragen binnen zes maanden na de maand van ontvangst van de nota te innen.
4. Vorderingen waarvan de Zorgverzekeraar op basis van ervaringsgegevens verwacht dat de incasso ervan problemen oplevert, worden direct teruggelegd bij de Zorgaanbieder. Hiermee wordt de Zorgaanbieder in staat gesteld direct gerichte actie te ondernemen richting patiënt/Verzekerde.
5. Onder vorderingen in de zin van dit artikel wordt verstaan: het deel van de declaratie dat betrekking heeft op zorg en/of diensten die niet onder de dekking van de zorgverzekering en/of een aanvullende verzekering vallen. Het (verplicht) eigen risico valt dus niet onder de vorderingen en wordt dus nooit teruggelegd bij de Zorgaanbieder.
6. De Zorgverzekeraar stuurt de Verzekerde één herinnering en één aanmaning.
7. Als de vordering na het versturen van de herinnering en aanmaning niet is geïncasseerd, wordt die vordering door de Zorgverzekeraar aangemeld voor het uitvoeren van het minnelijk deurwaarderstraject. Als dit minnelijke deurwaarderstraject door de Zorgaanbieder niet wordt gewenst voor een bepaalde Verzekerde, kan dit door de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar kenbaar worden gemaakt.
8. Indien de vordering bij de Verzekerde na uitvoering van het minnelijke deurwaarderstraject niet is geïncasseerd, wordt de vordering na zes maanden teruggelegd bij de Zorgaanbieder.
9. De Zorgaanbieder ontvangt, uiterlijk drie maanden na de maand van ontvangst van de declaratie, eenmaal per kalendermaand een overzicht van de dan nog openstaande vorderingen op zijn patiënt(en). De Zorgaanbieder ontvangt van iedere declaratie met een eindvordering, na minimaal zes maanden na de maand van ontvangst van de declaratie, de eindstand.
10. Indien een Verzekerde een klacht heeft betreffende de declaratie of de behandeling, ontvangt de Zorgaanbieder hieromtrent bericht van de Zorgverzekeraar. De vordering wordt gelijktijdig teruggeboekt en hiermee teruggelegd bij de Zorgaanbieder. Indien de klacht naar tevredenheid van de Verzekerde is opgelost, zal de Zorgaanbieder de openstaande vordering rechtstreeks met de Verzekerde afwerken. Door het terugleggen van de nota aan de Zorgaanbieder neemt de Zorgverzekeraar géén standpunt in over het feit of een klacht terecht is of kan zijn.

## Artikel 8. Beheer en onderhoud gegevens AGB en UZOVI

1. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden van de door hem geregistreerde gegevens in AGB.
2. De Zorgaanbieder dient mutaties van de AGB-gegevens zo snel mogelijk telefonisch door te geven aan AGB via 0900-2422633 (zie hiervoor [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl)) of te wijzigen via [www.vecozo.nl](http://www.vecozo.nl) (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).



3. De Zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem werkzame zorgverleners actueel in AGB vastgelegd zijn.
4. De Zorgaanbieder dient bij beëindiging van het beroep of de praktijk dan wel bij het aangaan van een nieuwe relatie met een Zorgaanbieder dit zo spoedig mogelijk te melden bij AGB.
5. Zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van de gegevens behorende bij de UZOVI-nummers.
6. Indien de Zorgverzekeraar wijziging in de gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoert die consequenties hebben voor Zorgaanbieders, stelt zij Zorgaanbieders hiervan tijdig op de hoogte.

#### **Artikel 9. Controle**

1. De Zorgverzekeraar is bevoegd (achteraf) controle uit te voeren op de Zorg die gedeclareerd is door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder is verplicht mee te werken aan de uitvoering van de controle en daartoe zijn administratie op eenvoudige wijze toegankelijk te maken, ongeacht of de declaratieprocedure is uitbesteed aan een derde.
2. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van de controle de bij of krachtens wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de Verzekerde in acht, alsmede de (nadere) regels gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland.
3. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden welke ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden.
4. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen terug te vorderen of te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties van de Zorgaanbieder (inclusief doorberekening van de wettelijke (handels)rente). De digitale en overige gegevens betreffende de declaratieverwerking en -betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waaronder begrepen die van VECOZO, strekken Partijen tot volledig bewijs, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.

#### **Artikel 10. Faillissement**

In geval van een faillissement dient de Zorgaanbieder dit per direct kenbaar te maken bij de Zorgverzekeraar, onder vermelding van de naam van de curator en het insolventienummer. De Zorgaanbieder dient in deze gevallen de eigen bijdrage zelf bij de Verzekerde in rekening te brengen. Betalingen van ingediende declaraties kunnen vanaf dat moment slechts plaats vinden via het door de curator aangegeven IBAN.

#### **Artikel 11. Geschillen**

Bij geschillen over declaratie, betaling en controle proberen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar in gezamenlijk overleg tot een oplossing te komen. Voor zover dit niet mogelijk blijkt, worden geschillen berecht en beslist door de Nederlandse burgerlijke rechter onder toepassing van het Nederlandse recht.



## Artikel 12. Toepasselijkheid

1. Deze voorwaarden zijn van toepassing zodra een Zorgaanbieder zonder zorgovereenkomst bij de Zorgverzekeraar declareert, zij het direct, via een derde of via cessie aan een derde, tenzij de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar voor de desbetreffende Zorg een overeenkomst zijn aangegaan op grond waarvan de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar rechtstreeks kan declareren.
2. De Zorgaanbieder aanvaardt door het indienen van de declaratie bij de Zorgverzekeraar deze betaalvoorwaarden. Aanvullende of afwijkende voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in de welke vorm dan ook, binden de Zorgverzekeraar niet.
3. De Zorgverzekeraar zal een wijziging van deze voorwaarden bekend maken op zijn website. Een wijziging treedt in werking op de dag van bekendmaking tenzij anders bepaald. De gewijzigde versie is van toepassing op iedere declaratie die na het moment van inwerkingtreding van de wijziging wordt ingediend.