

DEEL II: ALGEMEEN DEEL ZORGOVEREENKOMST

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

a. Integraal Zorgakkoord (IZA)

Integraal Zorgakkoord tussen de Federatie Medisch Specialististen, Actiz, De Nederlandse GGZ, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, waarin partijen afspraken hebben gemaakt over de kwaliteit, de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg in Nederland. Het Integraal Zorgakkoord ligt eveneens aan deze overeenkomst ten grondslag.

b. Maximum zorgomzet

De ten hoogste door de Zorgverzekeraar te honoreren vergoeding die wordt bepaald door de optelsom van het product van het overeengekomen volume en het overeengekomen tarief per Overig zorgproduct. Zorg die niet verzekerd is, of waarvoor een vergoeding geldt vanuit aanvullende verzekeringen, is derhalve niet in dit kader opgenomen en maakt dan ook geen deel uit van de afspraken omtrent de Maximum zorgomzet.

c. 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.

d. 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. Onderlinge dienstverlening volgens de vigerende NZa regeling "Medisch specialistisch zorg" wordt aangemerkt als een vorm van Onderaanneming.

e. Overig Zorgproduct (OZP)

Prestaties binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde DBC-zorgproducten, opgenomen in de vigerende beleidsregel "Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg". Overige zorgproducten zijn per 2014 onderverdeeld in vier hoofdcategoryën, te weten supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.

f. Partijen

De partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan.

g. Verzekerde

De persoon ten behoeve van wie een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet is gesloten met de Zorgverzekeraar en recht heeft op de omschreven zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de omschreven zorg.

h. Zorg

Eerstelijnsdiagnostisch onderzoek op aanvraag van een eerstelijnszorgverlener als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering, zoals vastgelegd in de tussen Zorgverzekeraar en Verzekerde gesloten overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, en/of aanvullende zorgverzekeringsovereenkomst.

i. Zorgaanbieder

De instelling met rechtspersoonlijkheid die bedrijfsmatig de zorg verleent als bedoeld onder h van dit artikel en die een instelling is zoals bedoeld in de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en die deze overeenkomst is aangegaan, als bedoeld in rubriek B van deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst.

j. Zorgverzekeraar

De Zorgverzekeraar als bedoeld in rubriek A van deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst.

Artikel 2. Zorg

1. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg of een nader overeengekomen deel daarvan te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en zich tot hem wendt. De Zorgaanbieder 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. 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 voor zover mogelijk ook in de afspraken met de Onderaannemer op te nemen;
 - de Zorgaanbieder ervoor zorgt dat de verlening van de Zorg door de Onderaannemer hetzelfde kwaliteitsniveau heeft als waarvoor de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar is gecontracteerd;
 - de Zorgaanbieder de Zorg verleend door een Onderaannemer zelf bij de Zorgverzekeraar declareert; en
 - de Zorgaanbieder aansprakelijk is voor klachten, uitkomsten van inspectierapporten en achterafcontroles als bedoeld in artikel 8 van deze overeenkomst, betrekking hebbende op Verzekerden waarbij een onderaannemer de daadwerkelijke Zorg heeft verleend.
4. De Zorgaanbieder verleent de Zorg aan de Verzekerde door middel van aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren die bevoegd en bekwaam zijn de Zorg te verlenen. Zij kunnen zich laten bijstaan door het voor de Zorgaanbieder werkzame hulppersoneel.
5. Partijen leggen schriftelijk vast welke beroepsbeoefenaren en hulppersoneel aan de Zorgaanbieder verbonden zijn en welke bijdrage zij verlenen aan de Zorg.
6. De aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren hebben met betrekking tot de beroepsinhoudelijke aspecten jegens de Zorgverzekeraar en eventuele verwijzers en voorschrijvers een eigen verantwoordelijkheid conform hetgeen bij of krachtens de (beroeps)wetgeving ten aanzien van de betrokken beroepsgroepen ofwel de desbetreffende Zorg is geregeld, als ook conform hetgeen gebruikelijk is in de kring van de vrijgevestigde beroepsgenoten. Desgewenst kunnen Zorgverzekeraar en beroepsbeoefenaar ten aanzien van vorenbedoelde aspecten elkaar rechtstreeks aanspreken.

7. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren, is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg die hij aan de Verzekerde verlenen.
8. De Zorgaanbieder overtuigt zich van het recht van de Verzekerde op Zorg. Slechts in dat geval garandeert de Zorgverzekeraar de betaling van de verleende Zorg. De Zorgaanbieder kan daarbij afgaan op een door de Zorgverzekeraar afgegeven geldig (voorlopig) bewijs van inschrijving of via het VECOZO-portaal het recht op verzekering raadplegen. Hierbij geldt als peildatum de datum waarop het DBC-zorgproduct en/of Overig zorgproduct is geopend.
9. De Zorgverzekeraar dient te kunnen controleren of de Zorgaanbieder voldoet aan zijn wettelijke verplichting tot vaststelling van de identiteit van de Verzekerde bij het verlenen van Zorg. De Zorgaanbieder legt daartoe vast op welke wijze hij aan deze wettelijke verplichting voldoet en stelt de Zorgverzekeraar hiervan in kennis wanneer deze daartoe verzoekt.
10. De zorgproducten die worden geleverd c.q. ingekocht op basis van deze overeenkomst zijn vastgelegd in Zorginkoopportaal VECOZO (voor wat betreft tarieven en volumes) en zijn opgenomen in de bijlage die aan deel I van deze overeenkomst is gehecht

Artikel 3. Weigering zorgverlening

De Zorgaanbieder kan de Zorg weigeren of de aangevangen 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 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 voorwaarden

1. 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 deze overeenkomst.
2. De geleverde Zorg wordt verleend volgens algemeen in de beroepsgroep geldende normen. Indien hiervan op essentiële punten wordt afgeweken dient de Zorgverzekeraar hiervan tijdig op de hoogte te worden gesteld.
3. Partijen maken afspraken over de door de Zorgaanbieder te leveren kwaliteit en doelmatigheid van de Zorg. Partijen monitoren de kwaliteit van geleverde Zorg middels afgesproken of nog af te spreken

kwaliteits- en doelmatigheidsindicatoren en service levels en eventueel andere specifieke afspraken. Deze indicatoren en afspraken zijn of worden vastgelegd in Deel III "kwaliteitsafspraken".

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 de (persoons) gegevens die plaatsvindt met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.

C. Patiëntbejegening

1. De Zorgaanbieder neemt in zijn relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntrechten 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. Voor het geval de Verzekerde een keuzemogelijkheid heeft en zijn voorkeur voor bepaalde beroepsbeoefenaar heeft uitgesproken, voorziet de Zorgaanbieder erin dat deze Verzekerde zoveel mogelijk de Zorg van deze beroepsbeoefenaar 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

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

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. 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.

2. Deze overeenkomst is praktijkadresgebonden. De Zorgaanbieder verleent de Zorg op het (de) in het Individueel Deel van deze overeenkomst genoemde praktijkadres(sen). De Zorgaanbieder zal dit praktijkadres slechts wijzigen na vooraf verkregen goedkeuring van de Zorgverzekeraar.

G. Patiëntervaringen¹

1. Zodra dat landelijk mogelijk is, neemt de Zorgaanbieder deel aan de landelijke benchmarkmeting "Patient Reported Experience Measures ("PREM"). Deze is opgenomen op de landelijke jaarkalender van zorgverzekeraars die gepubliceerd zijn op de website <http://www.patiëntervaringsmetingen.nl>.
2. De resultaten uit de PREM worden door de Zorgverzekeraar gebruikt als informatie voor het bieden van keuze-informatie aan Verzekerden, als informatie voor kwaliteitsverbetering en ten behoeve van een landelijke benchmarkrapportage via Zorgprisma aan de betrokken zorgverzekeraars.
3. De metingen dienen te worden uitgevoerd conform de specifieke vragenlijst en de specifieke werk- en meetinstructies die gepubliceerd zijn op de website <http://www.patiëntervaringsmetingen.nl>.
4. De Zorgaanbieder is verplicht de meting uit te laten voeren door Mediquest (www.mediquest.nl) en Qualizorg of een vergelijkbaar geaccrediteerd of gecertificeerd meetbureau dat door de Zorgverzekeraar is aangewezen en sluit hiertoe een overeenkomst. In deze overeenkomst is onder meer opgenomen dat de Zorgaanbieder akkoord gaat met het delen van data van de praktijk van de Zorgaanbieder met de Zorgverzekeraar en stichting Miletus voor de landelijke benchmarkrapportage via Zorgprisma. Tevens wordt vastgelegd dat het meetbureau handelt conform de relevante wet- en regelgeving.
5. De Zorgaanbieder nodigt elke behandelde Verzekerde uit voor deelname aan de meting. Hierop voert het meetbureau de meting uit en deelt de resultaten met de Zorgaanbieder, de Zorgverzekeraar en stichting Miletus voor de landelijke benchmarkrapportage via Zorgprisma. Bij uitnodiging voor deelname dient de Zorgaanbieder de Verzekerde erop te wijzen dat de resultaten van de meting op geaggregeerd niveau gebruikt worden voor de doelen zoals genoemd in artikel 4 onderdeel G, lid 2.

Artikel 5. 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) dan wel een digitale en gedateerde verwijzing van de eerstelijnszorgverlener dan wel dat de Zorgverzekeraar voor de verlening van de Zorg een akkoordverklaring heeft verleend.
2. De verwijzing dient, met uitzondering van acute Zorg, voorafgaande aan de start van de verlening van de Zorg te zijn verstrekt.
3. Ieder(e) (digita(a)l(e)) verwijzing dient minimaal de volgende gegevens te bevatten:
 - naam, woonplaats en (digitale) handtekening van de verwijzer;
 - naam, adres, geboortedatum en BSN van de Verzekerde;
 - datum verwijzing;
 - de medische vraagstelling.
4. De verwijzing dient leesbaar en achteraf raadpleegbaar te zijn waarbij de authenticiteit in voldoende mate gewaarborgd dient te zijn.

¹ Artikel 4 onderdeel G is niet van toepassing op Zorgaanbieders die enkel Medische Microbiologie en/of pathologie leveren.

5. Indien bij de Zorgaanbieder twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van het de verwijzing of onderdelen daarvan, dan zal de Zorgaanbieder contact opnemen met de verwijzer om hem te verzoeken om een aanvulling op de verwijzing.
 6. Met betrekking tot de geldigheidsduur van de verwijzing geldt als uitgangspunt dat de verwijzing maximaal 9 maanden geldig blijft totdat de verlening van de Zorg een aanvang neemt.
 7. Wanneer in het licht van verwijzing en indicatiestelling meerdere behandelingen geacht kunnen worden adequaat te zijn, kiest de Zorgaanbieder te allen tijde voor de meest doelmatige behandeling en stemt dit vooraf af met de verwijzer.
-

Artikel 6. Financiële afspraken

1. De tussen Partijen overeengekomen tarieven en volumes alsmede de Maximum zorgomzet worden vastgelegd in zorginkoopportaal Vecozo. Tijdens de looptijd van deze overeenkomst kunnen Partijen enkel wijzigingen in de tarieven overeenkomen, indien aanpassingen in wet- en regelgeving dit noodzakelijk maken. De Maximum zorgomzet zal echter niet wijzigen.
 2. De Zorgaanbieder plant het overeengekomen zorgvolume evenredig gespreid over het jaar waarop deze overeenkomst betrekking heeft. De Zorgaanbieder gaat hierbij uit van gepast gebruik van Zorg.
 3. De Zorgaanbieder zal tijdig met de Zorgverzekeraar contact opnemen als het volume en/of de Maximum zorgomzet de gemaakte afspraken dreigt te overschrijden.
 4. De Zorgverzekeraar vergoedt de door de Zorgaanbieder geleverde Zorg tot de Maximum zorgomzet. Indien blijkt dat er meer geleverde Zorg is gedeclareerd dan overeengekomen, zal het teveel betaalde door de Zorgverzekeraar bij de Zorgaanbieder als totaalbedrag worden verrekend of teruggevorderd.
 5. Bij de definitieve afrekening wordt rekening gehouden met correcties uit hoofde van materiële en/of formele controle(s).
-

Artikel 7. Praktijk- en patiëntenregistratie

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder registreert de volgende patiënten- en Zorgverleninggegevens:
 - a) naam, adres, geboortedatum, en inschrijfnummer van de Verzekerde;
 - b) het burgerservicenummer van de Verzekerde;
 - c) de naam van de verwijzend huisarts of medisch specialist;
 - d) het aantal onderzoeken/analyses;
 - e) de data waarop de onderzoeken/analyses plaats vonden;
 - f) onderzoek/afname thuis of in praktijk;
 - g) het resultaat van het onderzoek;
 - h) het evaluatieverslag t.b.v. de verwijzer.
3. Onverlet hetgeen ter zake in de wetgeving is bepaald, wordt de originele patiëntenregistratie ten minste vijf jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar bewaard. Deze blijft, met inachtneming van het bepaalde in artikel 9 van deze overeenkomst (Controle), voor de Medisch adviseur van de Zorgverzekeraar 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 de Zorgvinder op de websites van de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder zendt jaarlijks vóór 1 juni, of op een bilateraal overeengekomen tijdstip, een door een accountant gecontroleerde of geaccordeerde jaarrekening van het voorafgaande jaar aan de Zorgverzekeraar toe.
5. De jaarrekening wordt opgemaakt conform de vereisten van Boek 2 titel 9 van het Burgerlijk Wetboek en de Richtlijnen voor de Jaarverslaggeving en bevat een balans en een winst- en verliesrekening die inzage geeft in de daadwerkelijke (Zorg)kosten en opbrengsten van de Zorgaanbieder.
6. Partijen doen elkaar schriftelijk mededeling van alle voor de uitvoering van deze overeenkomst relevante informatie zoals bijvoorbeeld organisatiewijzigingen en personeelsmutaties.
7. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar over de wijze waarop hij de kwaliteit van de Zorg waarborgt.
8. De Zorgverzekeraar wordt tijdig op de hoogte gesteld van uitgevoerde visitaties en ontvangt ,indien voorhanden, na beoordeling van de visitatiecommissie vanuit de beroepsvereniging een afschrift van het rapport.
9. Partijen verschaffen geen informatie aan derden over de inhoud van deze overeenkomst, zonder schriftelijke toestemming van de andere Partij.

Artikel 9. 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 ziektekostenverzekeringen WMG.

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 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 Zorgverzekeraar onmiddellijk na aankondiging van een controle toegang tot praktijk- en patiëntenregistratie van de Zorgaanbieder krijgen.
5. 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.
6. 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.
7. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden na de controledatum schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen en de Zorgaanbieder binnen redelijke termijn de gelegenheid geven daarop schriftelijk te reageren (hoor en wederhoor).

Artikel 10. 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 ter zake 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 11. Declaratieparagraaf

A. Algemeen

1. Wetgeving, regelgeving (beleidsregels en andere regels), landelijke richtlijnen en overige bilateraal overeengekomen afspraken met betrekking tot declaratie zijn altijd leidend.
2. De declaratieparagraaf geldt voor:
 - a) het declaratieproces en onderwerpen die daar mee samenhangen, en
 - b) declaraties betrekking hebbende op Zorg, zoals omschreven in de overeenkomst en zoals is verleend aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
3. Het is uitsluitend toegestaan te declareren bij de Zorgverzekeraar en de Verzekerden namens de Zorgaanbieder die in de overeenkomst genoemd wordt.

B. Controle verzekeringsrecht en BSN

1. De Zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van zijn 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:
 - a) aanvang van de behandeling en
 - b) voor inzending declaratie.
3. Een COV-bericht via Vecozo dient in overeenstemming te zijn met de meest recente vigerende versie van de externe integratie standaard die van toepassing is.
4. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of BSN van een Verzekerde telefonisch bij de Zorgverzekeraar op te vragen.
5. De Zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt en de Verzekerde dezelfde persoon zijn. COV kan pas dan gebruikt worden voor het verifiëren van het BSN.

C. Declareren

1. Een declaratie dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratiestandaard die van toepassing is op de overeengekomen Zorg.
2. De Zorgaanbieder declareert de in het kader van de op grond van deze overeenkomst verleende Zorg rechtstreeks (dus zonder tussenkomst van de Verzekerde) bij de Zorgverzekeraar.
3. Declaraties worden door de Zorgaanbieder via Vecozo elektronisch aangeleverd bij de Zorgverzekeraar.
4. De Zorgaanbieder hanteert bij declaratie de UZOVI-code 9664.
5. Gebruik van de landelijke Grouper bij declaratie van DBC- en Overige zorgproducten is verplicht. De landelijke Grouper staat bij Vecozo.²
6. De Zorgaanbieder levert de declaraties maximaal 1 keer per maand in leesbare en onbeschadigde staat aan. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wordt het declaratiebestand afgewezen en is de Zorgaanbieder gehouden per omgaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
7. Alleen declaraties die (deels) zijn afgewezen omdat die niet onder de dekking van de verzekering van de Verzekerde vallen, kunnen door de Zorgaanbieder aan de Verzekerde worden voorgelegd. In dat geval vermeldt de Zorgaanbieder duidelijk op of bij de nota een tekst met onderstaande strekking:
"Deze nota is door [NAAM ZORGAANBIEDER] rechtstreeks ingediend bij uw zorgverzekeraar. Voor zover u recht heeft op een vergoeding van – het deel – verzekerde zorg is dat door uw zorgverzekeraar al aan [NAAM ZORGAANBIEDER] betaald.
Het resterende niet voor vergoeding in aanmerking komende bedrag à € [BEDRAG te voldoen] dient u

² Artikel 11.C lid 5 is niet van toepassing voor Zorgaanbieders die zich enkel richten op eerstelijnsdiagnostiek.

zelf aan [NAAM ZORGAANBIEDER] te betalen. Stuur u deze nota dus niet door aan uw zorgverzekeraar.”

8. De Zorgaanbieder dient, behoudens overmacht, ten opzichte van de einddatum van de prestatie de declaratie binnen 6 maanden bij de Zorgverzekeraar in te dienen. De einddatum van de prestatie is de uitvoerdatum van de verrichting.
9. In geval van overmacht, zoals bedoeld in lid 8, neemt de Zorgaanbieder contact op met de Zorgverzekeraar met de intentie om alsnog de declaratie(s) zowel administratief als financieel juist af te handelen.
10. De afhandeling van declaratieregels wordt door de Zorgverzekeraar uitgevoerd volgens het principe dat de Zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. Bij regelmatige foutieve aanlevering, dan wel hoge uitvalpercentages of correcties, neemt de Zorgverzekeraar contact op met de Zorgaanbieder.
11. Om de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgkostenbeheersing te vervullen dient uit de declaratie te blijken of er sprake is van een bedrijfs- of verkeersongeval. De Zorgverzekeraar wordt hierdoor in staat gesteld om Zorgkosten, ten gevolge van een ongeval, te verhalen op derden.

D. Declareren via derden

Alle bepalingen uit deze declaratieparagraaf zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden.

1. 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 formeel en schriftelijk wordt geïnformeerd dat
 - a) de declaratiewerkzaamheden zijn uitbesteed aan derde en welke derde
 - b) en hiermee samenhangend aan wie in het vervolg betaald moet worden.Dit dient ten minste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de Zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
2. Beëindiging c.q. wijziging van de hiervoor genoemde uitbesteding dient door de Zorgaanbieder zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen de gestelde betaaltermijn, schriftelijk bij de Zorgverzekeraar bekend gemaakt te zijn.
3. De Zorgaanbieder is er tevens verantwoordelijk voor dat de derde gemachtigde de bepalingen uit deze declaratieparagraaf onverkort naleeft. Indien dit onverhoopt niet gebeurt, dan kan de Zorgverzekeraar hier nooit aansprakelijk voor worden gesteld.
4. Indien de Zorgaanbieder zijn declaratieverkeer uitbesteedt aan derden, blijft de Zorgaanbieder te allen tijde zelf volledig verantwoordelijk en aansprakelijk voor naleving van verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de Zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De Zorgaanbieder versoont de Zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.
5. Betaling door de Zorgverzekeraar aan derden op schriftelijk verzoek en/of met schriftelijke instemming van de Zorgaanbieder, geldt als een betaling aan de Zorgaanbieder.

E. Herdeclaraties en correcties

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties en/of (interne) correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen 90 kalenderdagen na beschikbaarstelling van de retourinformatie op Vecozo opnieuw worden gedeclareerd.
2. Correcties op declaraties die eerder zijn aangeboden aan en zijn betaald door de Zorgverzekeraar, worden door de Zorgaanbieder door middel van crediteringen via de externe integratie standaard aangeboden.
3. Indien er omgangsregels (uniforme omgangsregels controles) zijn afgesproken t.a.v. achterafcontroles, is het de Zorgverzekeraar niet toegestaan om zelf declaraties te corrigeren als gevolg van achterafcontroles. Slechts wanneer het recht op verrekenen ontstaat conform de afspraken die zijn vastgelegd in de omgangsregels bij achterafcontroles is het de Zorgverzekeraar toegestaan om declaratiegegevens te corrigeren zonder dat hij daarvoor een creditnota van de Zorgaanbieder heeft ontvangen.
4. De Zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de Zorgaanbieder terug te vorderen indien er sprake is van:

- ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties;
 - incorrecte tarieven;
 - fraude;
 - dubbel uitbetaalde declaraties.
5. De Zorgverzekeraar stelt de Zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties ten gevolge van achterafcontroles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is om uit te voeren. Indien de Zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft hij 42 kalenderdagen de tijd om de declaratie te motiveren alvorens de Zorgverzekeraar de terugvordering ten uitvoer zal brengen. Indien de (eventueel gedeeltelijke) onrechtmatigheid van de terugvordering is aangetoond, vervalt de vordering (gedeeltelijk).

F. Betaling

1. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerde voor aanvang behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de Verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn basisverzekering of dat een machtiging van de Zorgverzekeraar nodig is.
2. De Zorgverzekeraar betaalt de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie aan de Zorgaanbieder op het door de Zorgaanbieder vooraf aangegeven bankrekeningnummer.
3. Bij digitale declaraties hanteert de Zorgverzekeraar voor de betaalbaarstelling ten opzichte van de datum ontvangst factuur een betaaltermijn van maximaal 28 kalenderdagen.
4. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de Verzekerde een openstaand eigen risico heeft, zal de Zorgverzekeraar niettemin het gedeclareerde bedrag volledig aan de Zorgaanbieder vergoeden. Dit geldt alleen voor zover er sprake is van verzekerde Zorg en de declaratie rechtstreeks, via Vecozo, aan de Zorgverzekeraar is aangeboden. De Zorgverzekeraar neemt daarmee de volledige incasso van het eigen risico van de Verzekerde over van de Zorgaanbieder.
5. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat er sprake is van een door de Verzekerde te betalen eigen bijdrage, dan zal de Zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag niet aan de Zorgaanbieder vergoeden, behoudens nadere afspraken door Zorgverzekeraar en de Zorgaanbieder.
6. Indien de Zorgverzekeraar bij een door de Zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan vergoeden, dan gaat de Zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling ter hoogte van 100% van het gedeclareerde bedrag.
7. Als achteraf blijkt dat de Zorgverzekeraar met de voorlopige betaling teveel heeft betaald, betaalt de Zorgaanbieder het teveel betaalde zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 14 kalenderdagen nadat de Zorgverzekeraar dit schriftelijk heeft aangegeven, terug. De Zorgverzekeraar geeft schriftelijk aan onder welk kenmerk en op welk bankrekeningnummer het te veel betaalde terug betaald dient te worden.
8. Indien de terugbetaling conform lid 7 niet binnen 14 kalenderdagen plaatsvindt, is de Zorgverzekeraar gerechtigd al zijn vorderingen op de Zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de Zorgverzekeraar aan de Zorgaanbieder dient te betalen ter hoogte van het bedrag dat als voorlopige betaling is betaald.
9. Bij surseance van betaling en/of een – naderend – faillissement worden uitstaande voorschotten bij de Zorgaanbieder direct verrekend met nog openstaande ingediende en/of in te dienen declaraties.

G. Retourinformatie

1. Een retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de vigerende versie van de externe integratiestandaard die van toepassing is op de overeengekomen Zorg. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de Zorgverzekeraar (door middel van de retourinformatie via Vecozo) de Zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
2. De Zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratiestandaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
3. De Zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot via Vecozo ingediende declaraties zo spoedig mogelijk beschikbaar via Vecozo, maar uiterlijk binnen 28 kalenderdagen, tenzij sprake is van een voorlopige betaling.

H. Beheer en onderhoud gegevens in 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 AGB-gegevens zo snel mogelijk telefonisch door te geven aan AGB via 0900-2422633 (zie hiervoor www.AGBCODE.nl) of te wijzigen via 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 bij het aangaan van een nieuwe relatie met een zorgaanbieder dit zo spoedig mogelijk te melden bij AGB.
 5. De Zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers.
 6. Indien de Zorgverzekeraar wijzigingen in zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoert die consequenties hebben voor de Zorgaanbieder, stelt hij de Zorgaanbieder hiervan tijdig én schriftelijk op de hoogte.
-

Artikel 12. Hoofdelijke aansprakelijkheid

1. Indien de Zorgaanbieder die deze overeenkomst aan is gegaan de rechtsvorm van een maatschap, CV of een vof heeft, zijn de maten respectievelijk vennoten ieder hoofdelijk aansprakelijk voor de verplichtingen die voortvloeien uit deze overeenkomst. Indien de Zorgverzekeraar aan haar verplichtingen voortvloeiende uit deze overeenkomst voldoet jegens één van de maten dan wel vennoten, gelden deze verplichtingen als geheel voldaan 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 afdwingbaarheid van uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen.
-

Artikel 13. Fraude

1. De Zorgverzekeraar kan een fraude onderzoek 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 hebben.
3. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze 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 een 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 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 14. 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 Zorgbieder waarvan de UBO (uiteindelijk belanghebbende) is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving. Om dit te kunnen controleren maakt Zorgverzekeraar onder andere gebruik van het landelijk UBO-register en Vektis. De Zorgaanbieder draagt daartoe – indien voor haar 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 Zorgaanbieder indien blijkt dat de UBO van Zorgaanbieder is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving.
 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 15. Duur en einde van de overeenkomst

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in deel I (Individueel Deel) onder rubriek D van deze 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 Wvnp;
 - 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 de Zorgaanbieder 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, fraude, dwang of bedreiging.
4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze 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 wettelijke wijzigingen of andere Partijen bindende beslissingen 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. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.
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 deze overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid en geheimhouding.

Artikel 16. Toepasselijk recht en geschillen

1. Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.
2. 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 niet mogelijk blijkt te zijn, kunnen geschillen worden voorgelegd aan de Nederlandse burgerlijke rechter of de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering.

Artikel 17. 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) 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 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.