



**Algemene
Voorwaarden
Zorginkoop VGZ**

**2024-
2025**



COÖPERATIE VGZ

**Vorop in gezondheid en zorg.
Voor iedereen.**

Inhoud

Inleiding	3
Definities	4
Artikelen	5
Doelmatigheid en kwaliteit	5
Artikel 1 – Doelmatigheid en kwaliteit zorg	5
Artikel 2 – Onderaannemers	5
Governance van de zorgaanbieder	6
Artikel 3 – Governance	6
Beroepsaansprakelijkheidsverzekering zorgaanbieder	6
Artikel 4 – Verzekering en vrijwaring	6
Bepalingen van administratieve aard	6
Artikel 5 – Controle op verzekeringsrecht	6
Artikel 6 – Declareren	7
Artikel 7 – Declareren via derden (voor zover van toepassing)	7
Artikel 8 – Herdeclaraties en correcties	8
Artikel 9 – Retourinformatie	8
Artikel 10 – Verhaal van de zorgverzekeraar op derden	8
Artikel 11 – Beheer en onderhoud gegevens in het AGB-register en UZOVI	8
Financieel	9
Artikel 12 – Recht op betaling	9
Artikel 13 – Betalingswijze en -termijn	9
Controle	10
Artikel 14 – Controle	10
Artikel 15 – Controles op basis van de benchmark	11
Fraude	11
Artikel 16 – Fraude	11
Informatievoorziening en gegevensbeheer	12
Artikel 17 – Algemeen	12
Artikel 18 – Informatieverstrekking	12
Artikel 19 – Informatievoorziening aan de verzekerde	12
Artikel 20 – Bescherming van gegevens	13
Artikel 21 – Naam, merk of logo zorgverzekeraar	13
Overige bepalingen	13
Artikel 22 – Overdracht van rechten en verplichtingen	13
Artikel 23 – Einde van de overeenkomst	14
Artikel 24 – Wijzigen/aanvullen van de overeenkomst	15
Artikel 25 – UBO (Ultimate Beneficial Owner)	15
Artikel 26 – Toepasselijk recht en geschillen	15

Inleiding

Geachte lezer,

Voor u liggen de Algemene Voorwaarden Zorginkoop VGZ 2024-2025. Ze gelden voor alle zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraars van Coöperatie VGZ U.A. (VGZ) een contractuele relatie aangaan, tenzij er voor een zorgsoort specifieke voorwaarden gelden. De algemene voorwaarden vormen een onmisbaar element in het streven van VGZ om samen met alle partijen in de zorg goede, betaalbare en toekomstbestendige zorg te organiseren.

We hebben te maken met grote trends als vergrijzing, duurzaamheid, langdurige krapte op de arbeidsmarkt en patiënten die steeds meer zelf aan het stuur willen zitten. Tegelijkertijd moeten we betere zorg met minder inzet van zorgpersoneel mogelijk maken zodat de zorg voor onze leden goed, toegankelijk en betaalbaar blijft. Als aanjager van een gezonder Nederland en toekomstbestendige zorg voor iedereen, willen we de transformatie in de zorg versnellen. Samen met onze leden, zorgverleners en partners ontwikkelen we slimme oplossingen om zorg plaats- en tijdsafhankelijk te maken volgens de principes van zinnige zorg. Het positieve effect hiervan is dat dit ook bijdraagt aan het oplossen van de arbeidsmarktkrapte in de zorg. Het mes snijdt dan aan twee kanten.

Samenwerking met en het ondersteunen van zorgaanbieders zijn daarbij belangrijke begrippen. Van VGZ mag u verwachten dat wij daarbij duidelijk zijn over ons inkoopbeleid. Daarom maken wij deze algemene voorwaarden inzichtelijk voor u en onze verzekerden. Van u als zorgaanbieder vragen we inzicht in gegevens over de gepastheid van zorg, waar mogelijk van medisch inhoudelijke kwaliteit, van klantbeleving en doelmatigheid, zodat we onze inkoop daarop kunnen baseren en onze verzekerden hierover kunnen informeren en adviseren.

Ik hoop op een vruchtbare en prettige samenwerking: sámen zorgen we ervoor dat de zorg in Nederland gepast, van hoge kwaliteit, betaalbaar en voor iedereen toegankelijk is en blijft.

Met vriendelijke groet,

M.A.C. Vissers – Kuijpers
CEO van Coöperatie VGZ U.A.



Definities

In deze algemene voorwaarden wordt verstaan onder:

- a. **AGB:** Algemeen Gegevens Beheer zorgverleners, register waarin gegevens van zorgverleners worden vastgelegd, voorzien van een unieke code, de AGB-code.
- b. **Betaling:** de opdracht aan de bank om tot betaling van een declaratie over te gaan.
- c. **Detailcontrole:** onderzoek door de zorgverzekeraar naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle of fraudeonderzoek.
- d. **Eigen bijdragen / eigen risico:** aandeel in de kosten van zorg dat voor rekening van de verzekerde blijft.
- e. **Externe integratie (EI) standaard:** standaard voor de elektronische berichtenuitwisseling zoals beschreven in het door Vektis opgestelde en gepubliceerde rapport.
- f. **Formele controle:** een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:
 - een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon,
 - een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon.
 - een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en:
 - het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is goedgekeurd of vastgesteld of een tarief dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.
- g. **Fraude:** de situatie waarin de zorgaanbieder bewust valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbende 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 geen recht heeft of recht kan hebben.
- h. **Fraudeonderzoek:** een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of er sprake is van fraude door de verzekerde of de zorgaanbieder, zoals omschreven bij sub g.
- i. **Materiële controle:** een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
- j. **Medewerker:** een persoon door de zorgaanbieder ingezet bij de verlening van de zorg, al dan niet in loondienst bij de zorgaanbieder.
- k. **Onderaannemer:** de rechtspersoon of de natuurlijke persoon die de zorgaanbieder voor (een deel van) de verlening van zorg inschakelt, die niet in loondienst is bij de zorgaanbieder.
- l. **Overeenkomst:** de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder inhoudende de voorwaarden waaronder de zorgaanbieder in opdracht van de zorgverzekeraar zorg zal leveren aan de verzekerden van de zorgverzekeraar.
- m. **Professionele standaard:** richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden, dan wel organisatiebeschrijvingen, die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen.
- n. **Tarief:** de prijs voor een zorgproduct dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder met elkaar overeen zijn gekomen. Dit tarief wordt geacht mede te omvatten btw, indien en voor zover ter zake van de door de zorgaanbieder geleverde producten en/of diensten, btw verschuldigd is.
- o. **VECOZO:** de door VECOZO B.V. beschikbaar gestelde internetapplicatie voor het administratieve verkeer van zorgaanbieders.
- p. **Verzekeringnemer/ verzekerde:** de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of een aanvullende verzekeringsovereenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar dan wel een persoon ten behoeve van wie een van voornoemde verzekeringsovereenkomsten is gesloten.
- q. **Zorg:** diensten en/of producten geleverd door de zorgaanbieder op grond van de overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar.
- r. **Zorgaanbieder:** de natuurlijke persoon, rechtspersoon of maatschap die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, zoals omschreven in de overeenkomst met de zorgverzekeraar.
- s. **Zorgverzekeraar(s):** de zorgverzekeraar (waaronder begrepen eventuele volmachten) die de overeenkomst met de zorgaanbieder is aangegaan en die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet en aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt.

Artikelen

Doelmatigheid en kwaliteit

Artikel 1 – Doelmatigheid en kwaliteit zorg

1. De zorgaanbieder neemt bij het verlenen van zorg de eisen in acht die volgens de algemeen aanvaarde professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving waaronder privacywetgeving, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de regels gesteld bij of krachtens titel 7, afdeling 5 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling, WGBO), de Zorgverzekeringswet, Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).
2. De zorgaanbieder biedt goede zorg aan. Onder goede zorg wordt conform de Wkkgz verstaan: zorg van goede kwaliteit en van een goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de verzekerde, waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard waarbij de rechten van de verzekerde zorgvuldig in acht worden genomen en de verzekerde ook overigens met respect wordt behandeld.
3. De zorgaanbieder laat zich bij de verlening van zorg mede leiden door overwegingen van doelmatigheid, waaronder in elk geval begrepen een afweging van de kosten en baten van de zorg. Hij verleent geen zorg die leidt tot onnodige kosten.
4. De zorgaanbieder hanteert aantoonbaar een gedegen screeningsbeleid ten aanzien van zijn medewerkers. Tevens draagt hij er zorg voor dat zij aantoonbaar beschikken en blijven beschikken over de deskundigheid en vakbekwaamheid die benodigd is voor het verlenen van zorg.
5. De zorgaanbieder verleent de zorg zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen de Treeknormen. Als dit laatste niet mogelijk is, dan wordt de verzekerde hierover door de zorgverlener geïnformeerd.
6. De zorgaanbieder kan het aangaan van een behandelrelatie met een patiënt slechts weigeren of de behandelrelatie slechts beëindigen wegens gewichtige redenen conform de "Richtlijn niet aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst" van de KNMG.
7. De zorgaanbieder beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtenbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen (conform Wkkgz). De zorgaanbieder informeert de verzekerde over het bestaan van deze klachtenregeling.

Artikel 2 – Onderaannemers

1. De zorgaanbieder behoeft de schriftelijke goedkeuring van de zorgverzekeraar voor de inzet van onderaannemers, met uitzondering van de situatie dat de inzet van de onderaannemer ziet op waarneming voor maximaal 6 aaneengesloten maanden. De inschakeling van een onderaannemer geschiedt voor eigen rekening en risico van de zorgaanbieder en doet niet af aan de verplichtingen van de zorgaanbieder uit deze overeenkomst. Zorgverzekeraar neemt uitsluitend declaraties van zorgaanbieder in behandeling en niet van de onderaannemer.
2. De zorgaanbieder sluit zodanige onderaannemersovereenkomsten met derden dat zij blijft voldoen aan de voorwaarden van de zorgovereenkomst en regelt in ieder geval dat:
 - a. De onderaannemer zich verplicht om dezelfde kwaliteit van zorg te leveren alsof de onderaannemer rechtstreeks een zorgovereenkomst met de zorgverzekeraar zou hebben.
 - b. Er geen rechtsverhouding ontstaat tussen de onderaannemer(s) en de zorgverzekeraar voor het leveren van de zorg die door de zorgverzekeraar bij de zorgaanbieder is ingekocht.
 - c. Partijen tijdige doorbetaling door de zorgaanbieder aan de onderaannemer overeenkomen.
3. De zorgverzekeraar heeft het recht om rechtstreeks het verschuldigde tarief te betalen aan de onderaannemer(s) indien de zorgaanbieder niet of niet tijdig (door)betaalt aan de onderaannemer(s), zulks ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

4. De zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om de zorg geleverd in onder aanneming, die niet aan de gestelde eisen in de overeenkomst voldoet dan wel die niet bij de inschrijving is gemeld of waarvoor geen toestemming is verleend door de zorgverzekeraar, niet te vergoeden.
5. De zorgverzekeraar is gerechtigd om één keer per kalenderjaar een overzicht op te vragen met de door de zorgaanbieder gecontracteerde onderaannemers.

Governance van de zorgaanbieder

Artikel 3 – Governance

1. De zorgaanbieder handelt overeenkomstig de Governancecode Zorg voor zover deze op hem van toepassing is

Beroepsaansprakelijkheidsverzekering zorgaanbieder

Artikel 4 – Verzekering en vrijwaring

1. De zorgaanbieder sluit een aansprakelijkheidsverzekering af die een dekking biedt tot een bedrag en onder voorwaarden die gebruikelijk zijn voor zorgaanbieders in de zin van de overeenkomst. De zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekering. De zorgaanbieder is gehouden de verzekering als bedoeld in de eerste volzin gedurende de looptijd van deze overeenkomst in stand te houden.
2. Indien de zorgverzekeraar door een verzekerde aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de zorgverlening, zal de zorgaanbieder de zorgverzekeraar vrijwaren voor schade die verzekerde lijdt als gevolg van een tekortkoming in de nakoming van enige verbintenis die op de zorgaanbieder rust.

Bepalingen van administratieve aard

Artikel 5 – Controle op verzekeringsrecht

1. De zorgverzekeraar stelt elke werkdag geactualiseerde gegevens van haar verzekerden beschikbaar voor controle op verzekeringsrecht (COV) via VECOZO.
2. De zorgaanbieder stelt vast dat de patiënt dezelfde persoon is als uit diens legitimatiebewijs blijkt.
3. De zorgaanbieder controleert het verzekeringsrecht van de patiënt via COV vóór:
 - a. aanvang aanschrijven c.q. behandeling en voor:
 - b. inzending declaratie.Uitzondering hierop geldt bij een acute situatie. In voorkomende gevallen dient dit door de zorgaanbieder aangetoond te worden.
Een geverifieerd verzekeringsrecht van de patiënt door de zorgaanbieder geeft geen betaalgarantie van een declaratie.
4. 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.
5. Door de beschikbaarheid van COV is het slechts mogelijk om in uitzonderlijke situaties gegevens over verzekeringsrecht of Burgerservicenummer (BSN) van een patiënt telefonisch bij de zorgverzekeraar op te vragen, een en ander overeenkomstig vigerende privacywetgeving.
6. Bij twijfel over de identiteit van de patiënt of wanneer gerichte aanwijzingen zijn voor fraude, wordt door de zorgaanbieder een melding gedaan bij de afdeling fraude van de zorgverzekeraar.

Artikel 6 – Declareren

1. Een declaratie is in overeenstemming met de toepasselijke, meest recente versie van de externe integratie standaard.
2. De zorgaanbieder levert declaraties elektronisch via VECOZO aan bij de zorgverzekeraar.
3. De zorgaanbieder is niet gerechtigd om de kosten voor de zorgverlening die plaatsvindt op basis van deze overeenkomst geheel of gedeeltelijk bij de verzekerde in rekening te brengen, behoudens de in artikel 12 lid 2 sub a, b en c van deze algemene voorwaarden of in de overeenkomst genoemde uitzonderingen.
4. De zorgaanbieder informeert de verzekerde vóóraf indien de verzekerde zelf iets is verschuldigd (bijvoorbeeld eigen risico, eigen bijdrage of andere betalingen) en of toestemming van de zorgverzekeraar is vereist.
5. De zorgaanbieder hanteert bij declaraties de UZOVI-codes, zoals opgenomen in de bijlage 'Zorgverzekeraar en merken' bij de overeenkomst.
6. De zorgaanbieder levert minimaal eenmaal per maand de declaraties in leesbare en onbeschadigde staat aan.
7. Indien het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, wijst de zorgverzekeraar het declaratiebestand af. De zorgaanbieder is dan gehouden per omgaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren.
8. De zorgverzekeraar is niet gehouden foutief aangeleverde declaratieregels te corrigeren en uit te betalen. Bij regelmatige foutieve aanlevering dan wel hoge uitvalpercentages neemt de zorgverzekeraar contact op met de zorgaanbieder.
9. De zorgaanbieder dient zijn declaraties zo spoedig mogelijk in bij de zorgverzekeraar, doch uiterlijk binnen 12 maanden nadat de zorg is geleverd.
10. Indien door problemen de zorgaanbieder de termijn genoemd in het voorgaande lid niet haalt, neemt de zorgaanbieder voor het verstrijken van voornoemde termijn contact op met de zorgverzekeraar.
11. Indien de zorgaanbieder een machtiging heeft aangevraagd en verkregen via het zogenoemde machtigingenportaal van VECOZO, vult de zorgaanbieder bij het declareren het door de zorgverzekeraar afgegeven machtigingsnummer (en dus niet het VECOZO machtiging-ID) in.

Artikel 7 – Declareren via derden (voor zover van toepassing)

1. Alle bepalingen uit deze paragraaf zijn onverminderd van toepassing op declaraties via derden. Met derden wordt bedoeld partijen die zich met een AGB-code in het veld als servicebureau identificeren in het voorlooprecord van het declaratiebericht.
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 formeel 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.Dit dient tenminste 14 kalenderdagen voorafgaand aan de eerste verzending van de declaratie bij de zorgverzekeraar bekend te zijn gemaakt.
3. Beëindiging of 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.
4. 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 niet aansprakelijk voor worden gesteld.
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 niet uit de overeenkomst voortvloeien, ongeacht wat tussen de zorgaanbieder en de derde partij is overeengekomen. De zorgaanbieder vrijwaart de zorgverzekeraar voor het niet of niet juist naleven door een gemachtigde van de bepalingen uit deze declaratieparagraaf.

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.

Artikel 8 – Herdeclaraties en correcties

1. De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat herdeclaraties/correcties, ten gevolge van eerdere afwijzingen, binnen 4 weken 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. De zorgverzekeraar is gerechtigd om een uitbetaalde declaratie bij de zorgaanbieder terug te vorderen indien er sprake is van:
 - a. ten onrechte of foutief uitbetaalde declaraties
 - b. incorrecte tarieven
 - c. fraude
 - d. dubbel uitbetaalde declaraties
4. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder of de derde partij op de hoogte van de door hem geconstateerde ten onrechte of foutief uitbetaalde declaratie(s) ten gevolge van achteraf controles en de wijze waarop zij de terugvordering voornemens is uit te voeren. Indien de zorgaanbieder de terugvordering betwist, heeft hij 10 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).

Artikel 9 – Retourinformatie

1. Ieder retourbericht dient in overeenstemming te zijn met de toepasselijke, meest recente versie van de externe integratie standaard.
2. Indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratie standaard, informeert de zorgverzekeraar (door middel van retourinformatie via VECOZO) de zorgaanbieder hier zo spoedig mogelijk over.
3. De zorgverzekeraar stelt conform de specificaties van de externe integratie standaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden.
4. De zorgverzekeraar stelt de retourinformatie met betrekking tot de via VECOZO ingediende declaraties zo spoedig mogelijk beschikbaar via VECOZO, maar uiterlijk binnen 14 kalenderdagen, tenzij de zorgverzekeraar overgaat tot een voorlopige betaling als bedoeld in artikel 13 lid 6 van deze algemene voorwaarden.

Artikel 10 – Verhaal van de zorgverzekeraar op derden

1. De zorgaanbieder zal de zorgverzekeraar in staat stellen om zorgkosten die het gevolg zijn van een bedrijfs- of verkeersongeval, zo veel mogelijk verhalen op derden. Daarbij wordt er rekening mee gehouden dat voor het verstrekken van gegevens de toestemming van de verzekerde nodig is.

Artikel 11 – Beheer en onderhoud gegevens in het AGB-register en UZOVI

1. Het AGB-register van Vektis baseert zich mede op authentieke bronnen. Om problemen met of bij het declareren te voorkomen, is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het actueel houden voor de door en over hem geregistreerde gegevens in het AGB-register.
2. De zorgaanbieder dient ervoor zorg te dragen dat de gegevens van de bij hem werkzame zorgverleners die voldoen aan de AGB-eisen, actueel zijn en in het AGB-register vastgelegd zijn. Daarbij in acht nemen dat bij een onderneming/vestiging altijd een bevoegde zorgverlener

gekoppeld moet zijn en een zorgverlener ook altijd gekoppeld moet zijn aan een onderneming/ vestiging. In geval er sprake is van een beëindiging van het beroep of bij het aangaan van een nieuwe relatie met een onderneming/vestiging dient dit zo spoedig mogelijk te worden gemeld in het AGB-register.

3. De zorgaanbieder dient mutaties van AGB-gegevens zo snel mogelijk door te geven aan Vektis (zie hiervoor vektis.nl/agb-register) of te wijzigen via www.vecozo.nl (indien men beschikt over een VECOZO certificaat).
4. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het actueel houden van zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers. Deze zijn raadpleegbaar via het UZOVI-register van Vektis.
5. Indien de zorgverzekeraar wijzigingen in zijn gegevens behorende bij UZOVI-nummers doorvoert die consequenties hebben voor de zorgaanbieder, stelt hij de zorgaanbieder hiervan tijdig en schriftelijk op de hoogte.

Financieel

Artikel 12 – Recht op betaling

1. De zorgaanbieder heeft tegenover de zorgverzekeraar recht op betaling van de geleverde zorg overeenkomstig het tussen partijen voor die zorg overeengekomen tarief.
2. De zorgaanbieder heeft geen recht op betaling van een declaratie indien of voor zover:
 - a. de verzekerde jegens de zorgverzekeraar geen recht heeft op de verleende zorg of op vergoeding van de kosten van die zorg.
 - b. de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd is en deze niet op de declaratie in mindering is gebracht.
 - c. de declaratie betrekking heeft op andere zorg dan die waarop de overeenkomst van toepassing is.
 - d. de declaratie hoger is dan het volgens lid 1 toepasselijke tarief.
 - e. de declaratie op andere wijze is ingediend dan tussen partijen is overeengekomen of niet voldoet aan de eisen die aan de declaratie worden gesteld.
 - f. na de maand waarin de zorg is geleverd 12 maanden zijn verstreken.
 - g. er sprake is van fraude.

Artikel 13 – Betalingswijze en -termijn

1. De zorgaanbieder informeert de verzekerde voor aanvang van de behandeling indien uit de verzekeringsvoorwaarden blijkt dat de verzekerde geen recht op vergoeding heeft op grond van zijn zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/of indien voorafgaande toestemming 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 IBAN.
3. Bij declaraties via VECOZO hanteert de zorgverzekeraar voor de betaling ten opzichte van de datum van ontvangst van de declaratie een betaaltermijn van ten hoogste 30 kalenderdagen.
4. Indien bij verwerking van de declaratie blijkt dat de verzekerde een eigen risico heeft, zal de zorgverzekeraar het gedeclareerde bedrag conform overeenkomst uitbetalen en volledig aan de zorgaanbieder vergoeden.
5. Indien blijkt dat de verzekerde met terugwerkende kracht wordt uitgeschreven als gevolg van gereede twijfel omdat deze niet als verzekerde ingevolge de Zorgverzekeringswet kan worden aangemerkt, waardoor deze derhalve geen rechten kan ontlenen aan de zorgverzekering, dan kan de zorgverzekeraar de betaling terugvorderen omdat deze onverschuldigd is gedaan.
6. Indien de zorgverzekeraar een door de zorgaanbieder correct ingediende declaratie niet binnen de overeengekomen betaaltermijnen kan voldoen en er geen retourmelding is gedaan, gaat hij zo spoedig mogelijk over tot een voorlopige betaling van 90% van het gedeclareerde bedrag.

7. Een voorlopige betaling dan wel enig ander voorschot is te allen tijde direct opeisbaar door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is gerechtigd al zijn vorderingen op de zorgaanbieder te verrekenen met al hetgeen de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder verschuldigd is.
8. Voor vorderingen van de zorgverzekeraars op de zorgaanbieder geldt dat elk van de zorgverzekeraars schuldeiser is met betrekking tot dat deel van de op enig moment door de zorgverzekeraars te vorderen som, zoals zich dat verhoudt tot diens aandeel in het totaal van hetgeen de zorgaanbieder op dat moment van de gezamenlijke zorgverzekeraars te vorderen heeft. De zorgverzekeraars verrekenen de verschillen onderling in hun rechtsverhouding in rekening-courant.

Controle

Artikel 14 – Controle

1. De zorgverzekeraar voert formele en materiële controles alsmede detailcontroles uit met inachtneming van de eisen van de Zorgverzekeringswet, de Regeling zorgverzekering, het vigerende Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland, de Wmg en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen Wmg.
2. De zorgverzekeraar streeft ernaar controles zo snel mogelijk uit te voeren.
3. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan een conform de Regeling zorgverzekering uitgevoerde controle.
4. De zorgaanbieder is gehouden ten behoeve van onderzoek door of namens de zorgverzekeraar toegang te geven tot zijn administratie, dan wel een bij het declaratieverkeer betrokken derde te instrueren daaraan mee te werken.
5. De zorgverzekeraar kan in het kader van een materiële controle gebruik maken van steekproeven. Behoudens tegenbewijs geldt de uitkomst van een steekproef als bewijs voor de mate van rechtmatigheid en juistheid van de declaraties van de zorgaanbieder ten aanzien van het betreffende controleonderdeel voor de gehele periode waarop de controle betrekking heeft. De zorgverzekeraar kan een eventuele terugvordering voor de gehele periode waar de controle betrekking op heeft, baseren op de uitkomst van deze steekproef.
6. Indien de zorgverzekeraar constateert dat sprake is van onterechte of foutief uitbetaalde declaraties en/of indien blijkt dat de zorgaanbieder bij de totstandkoming dan wel de uitvoering van de overeenkomst verkeerde en/of onvolledige informatie heeft verstrekt of informatie heeft verzwegen over de zorg en/of in rekening te brengen tarieven, dan wel daar op enigerlei wijze aan meewerkt, dan is de betaalde vergoeding onverschuldigd betaald en wordt deze teruggevorderd dan wel verrekend door de zorgverzekeraar.
7. De zorgaanbieder dient een declaratie waarvan op grond van een materiële controle door de zorgverzekeraar is vastgesteld dat deze moet worden gecorrigeerd, zelf te corrigeren binnen een termijn van 30 kalenderdagen. Indien de zorgaanbieder binnen de hiervoor genoemde termijn niet tot correctie overgaat, kan de zorgverzekeraar deze verrekenen met andere declaraties.
8. Een controle kan – naast terugvordering van de ten onrechte in rekening gebrachte declaraties – afhankelijk van de ernst en zwaarte van de geconstateerde feiten onder andere leiden tot de volgende maatregelen van zorgverzekeraar:
 - a. Opzegging van de overeenkomst en/of het niet aangaan van een overeenkomst voor het daaropvolgende jaar c.q. jaren.
 - b. Het maken van een verbeterafpraak.
 - c. Melding van de controle aan andere zorgverzekeraars.
 - d. Melding van geconstateerde tekortkomingen in de kwaliteit van zorg bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
 - e. Terugvordering van redelijke onderzoekskosten van de zorgverzekeraar.
9. Als de zorgaanbieder, als gevolg van een controle of anderszins, ontvangen betalingen aan de zorgverzekeraar dient terug te betalen, is het de zorgaanbieder niet toegestaan de prestaties in rekening te brengen bij de verzekerde.

Artikel 15 – Controles op basis van de benchmark

1. De zorgverzekeraar heeft naast de vorenbedoelde controles het recht om de declaraties van de zorgaanbieder te controleren aan de hand van de benchmark welke uit de declaraties van de zorgaanbieders naar voren komt. De benchmark is gebaseerd op het gemiddelde aantal behandelingen dan wel kosten of andere eenheden welke de prestatie definiëren, per verzekerde of per type behandeling.
2. Indien de zorgverzekeraar eerder of na het einde van een kalenderjaar waarover partijen hebben gecontracteerd, constateert dat een zorgaanbieder meer dan 75% van de benchmark afwijkt, vraagt de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder om een toelichting op de afwijking van de benchmark.
3. De zorgaanbieder reageert binnen 30 kalenderdagen gemotiveerd op het verzoek om toelichting van de zorgverzekeraar.
4. Als de toelichting naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet voldoet, verzoekt de zorgverzekeraar de zorgaanbieder om een aanvullende toelichting. De zorgaanbieder reageert vervolgens binnen 14 kalenderdagen gemotiveerd op het verzoek om aanvullende toelichting.
5. Als ook de aanvullende gemotiveerde reactie van de zorgaanbieder naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet voldoet, zulks ter beoordeling van de zorgverzekeraar, en de afwijking van de benchmark meer dan 75% bedraagt, is het verschil tussen 175% van de benchmark en het totale declaratiebedrag over de benchmarkperiode onverschuldigd betaald en is de zorgaanbieder verplicht dit op eerste verzoek van de zorgverzekeraar terug te betalen. Het voorgaande laat onverlet de verplichting van de zorgaanbieder om doelmatige zorg te leveren (tussen 0 en 175%) en het recht van de zorgverzekeraar om betaalde ondoelmatige zorg terug te vorderen.
6. De zorgaanbieder blijft nog 3 maanden na opeising van vordering door de zorgverzekeraar in de gelegenheid te bewijzen dat de afwijking van de benchmark doelmatige zorg betreft en derhalve door de zorgverzekeraar niet onverschuldigd is betaald.

Fraude

Artikel 16 – Fraude

1. De zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van fraudeonderzoek het bepaalde bij of krachtens privacywetgeving, de Zorgverzekeringswet, de Regeling zorgverzekering en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen Wmg in acht en de zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking hieraan te verlenen.
2. De zorgverzekeraar informeert de zorgaanbieder schriftelijk over de zakelijke inhoud van de voorgenomen uitkomsten van het onderzoek en stelt de zorgaanbieder in de gelegenheid daarop te reageren. De zorgverzekeraar betreft deze reactie van de zorgaanbieder bij de vaststelling van de definitieve uitkomsten van het onderzoek en bericht deze schriftelijk aan de zorgaanbieder.
3. Indien de zorgverzekeraar heeft aangetoond dat de zorgaanbieder fraude heeft gepleegd, verliest de zorgaanbieder aanspraak op vergoeding van dat deel van de specifieke declaraties waarbij fraude is vastgesteld. Daarnaast kan de zorgverzekeraar:
 - a. Naar redelijkheid onderzoekskosten terugvorderen, conform artikel 6:96 lid 2 sub b van het Burgerlijk Wetboek.
 - b. Zijn overeenkomst met de zorgaanbieder met onmiddellijke ingang beëindigen.
 - c. Registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende waarschuwingssystemen.
 - d. Melding c.q. aangifte doen bij toezichthouders en/of opsporingsinstanties t.b.v. bestuurs-, tucht- en/of strafrechtelijk vervolg.

Informatievoorziening en gegevensbeheer

Artikel 17 – Algemeen

- Partijen verstrekken elkaar tijdig uit eigen beweging dan wel op eerste verzoek al die informatie die de andere partij redelijkerwijs nodig heeft teneinde:
 - De zorgverzekeraar in staat te stellen tot het uitvoeren van een controle of onderzoek, met inachtneming van de daarvoor bij of krachtens de wet gestelde regels.
 - Vast te stellen of de andere partij de overeenkomst nakomt.
 - Elkaar in staat te stellen op zinvolle wijze overleg te plegen.
 - Het inzicht te vergroten in kwaliteit, doelmatigheid en tijdigheid van de zorg alsmede de kostenontwikkeling daarvan.
- De zorgaanbieder informeert de zorgverzekeraar onmiddellijk:
 - Over ieder vermoeden van fraude van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder verstrekt de zorgverzekeraar ter zake alle beschikbare gegevens en verleent alle redelijkerwijs te verlangen medewerking aan onderzoek door of namens de zorgverzekeraar. Deze verplichting geldt ook ten opzichte van een derde aan wie de zorgaanbieder het declaratieverkeer heeft uitbesteed.
 - Indien zich een situatie voordoet als bedoeld in artikel 23 lid 2 van deze algemene voorwaarden en voorziet de zorgverzekeraar van alle benodigde informatie.
 - Indien de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd oordeelt dat de zorgaanbieder de verlening van een of meer vormen van zorg dient te staken, of indien er (tuchtrechtelijke) maatregelen zijn genomen.
- De zorgaanbieder pleegt overleg met de zorgverzekeraar alvorens een besluit te nemen inzake:
 - Het overdragen van de zeggenschap, een fusie, het aangaan of het verbreken van een duurzame samenwerking met een andere instelling, of het staken van de beroeps- of bedrijfsactiviteiten.
 - Gehele of gedeeltelijke opheffing van een instelling, verhuizing of ingrijpende verbouwing.
- Het in lid 3 bedoelde overleg wordt waar mogelijk op een zodanig tijdstip gevoerd, dat het van wezenlijke invloed kan zijn op het door de zorgaanbieder te nemen besluit.

Artikel 18 – Informatieverstrekking

- De zorgaanbieder geeft hierbij de zorgverzekeraar uitdrukkelijk toestemming om de onderstaande gegevens geheel of gedeeltelijk openbaar te maken:
 - De relevante NAW-gegevens, telefoonnummer en emailadres van de zorgaanbieder waarmee de verzekerde contact kan opnemen met de zorgaanbieder
 - Medisch inhoudelijke kwaliteit van de door de zorgaanbieder geleverde zorg
 - Ervaringen van verzekerden ten aanzien van de door de zorgaanbieder geleverde zorg
 - De kosten voortvloeiend uit de door de zorgaanbieder geleverde zorg
- Zorgverzekeraar gebruikt voor de gegevens zoals genoemd in lid 1 onder a, de gegevens zoals deze door de zorgaanbieder in Vektis zijn opgegeven. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de juistheid van die gegevens.
- De zorgaanbieder geeft hierbij de zorgverzekeraar uitdrukkelijk toestemming om gegevens, met betrekking tot de zorgaanbieder die afkomstig zijn van bijvoorbeeld CQi, PREM, PROM's en vergelijkbare gevalideerde bronnen, geheel of gedeeltelijk openbaar te maken.
- De zorgverzekeraar publiceert de hiervoor beschreven informatie ter voorlichting van haar verzekerden in zijn zorgzoekers, bijvoorbeeld op www.vgz.nl/zorgzoeker en informeert de zorgaanbieder hierover.

Artikel 19 – Informatievoorziening aan de verzekerde

- De zorgaanbieder draagt er zorg voor dat de verzekerde conform de geldende NZa-regels wordt geïnformeerd over de zorg die hij levert, de daarbij behorende prestaties en tarieven – waaronder de eigen bijdragen – en wachttijden.

2. Bij het aangaan van de behandelrelatie informeert de zorgaanbieder de verzekerde mondeling en/ of schriftelijk over o.a. de werkwijze, de klachtenregeling en openingstijden.
3. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn verzekerden conform de gelende NZa-regels worden geïnformeerd over de zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin.
4. Indien de zorgaanbieder en zorgverzekeraar in onderhandeling zijn over een nieuwe overeenkomst, communiceert de zorgaanbieder alleen naar verzekerden na tijdige voorafgaande afstemming met de zorgverzekeraar over het bericht dat de zorgaanbieder wil plaatsen of verzenden waarin mededeling wordt gedaan over de status van de contractering en eventuele consequenties voor de vergoeding van de geleverde zorg voor het aankomende jaar.

Artikel 20 – Bescherming van gegevens

1. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder – en eventueel door zorgaanbieder ingeschakelde derden - handelen bij de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens in het kader van de overeenkomst zorgvuldig en nemen de geldende privacy wet- en regelgeving in acht. Zorgverzekeraar handelt tevens conform haar Privacyverklaring VGZ Zakelijk die is opgenomen op de pagina over privacy op de website van zorgverzekeraar.
2. Partijen leggen passende technische en organisatorische maatregelen aan om persoonsgegevens te beveiligen tegen een inbreuk in verband met persoonsgegevens zoals opgenomen in de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Bij de uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd. De zorgaanbieder spant zich in om de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling te laten plaatsvinden conform gemaakte afspraken in de keten.
3. Deze maatregelen garanderen, rekening houdend met de stand van techniek en de kosten van de tenuitvoerlegging, een passend beveiligingsniveau gelet op de risico's die de verwerking en de aard van de te beschermen gegevens met zich meebrengen.
4. De zorgaanbieder richt een dossier in conform de eisen van de WGBO.

Artikel 21 – Naam, merk of logo zorgverzekeraar

1. De zorgaanbieder gebruikt in (reclame-)berichten de naam, het merk of logo van de zorgverzekeraar uitsluitend met schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar. De zakelijke mededeling dat de zorgaanbieder een overeenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar kan zonder toestemming worden gedaan.

Overige bepalingen

Artikel 22 – Overdracht van rechten en verplichtingen

1. Het is de zorgaanbieder niet toegestaan de rechten en verplichtingen uit de overeenkomst geheel of gedeeltelijk aan derden over te dragen of deze door derden te laten overnemen zonder voorafgaande schriftelijke goedkeuring van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan aan het verlenen van toestemming voorwaarden verbinden.
2. Met uitzondering van overdracht of verpanding van vorderingen ten gunste van de bank die de zorgaanbieder financiert, wordt de overdraagbaarheid en/of verpanding van vorderingen uitgesloten in de zin van artikel 3:83 lid 2 BW.

Artikel 23 – Einde van de overeenkomst

1. De overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder eindigt tussentijds zonder dat schriftelijke opzegging vereist is:
 - a. Met wederzijds goedvinden.
 - b. Indien de zorgaanbieder niet (meer) voldoet aan de voorwaarden van de (Aanpassingswet) Wet toetreding zorgaanbieder ofwel indien een zorgaanbieder op de sanctielijst geplaatst is.
2. De zorgverzekeraar kan de overeenkomst tussentijds en met onmiddellijke ingang en zonder tot vergoeding van schade gehouden te zijn opzeggen indien:
 - a. De zorgaanbieder niet voldoet aan enige op hem rustende wettelijke verplichting waaronder begrepen, maar niet uitsluitend, verplichtingen die voortvloeien uit de Wkkgz en Handelsregisterwet (registratie UBO).
 - b. De zorgaanbieder zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, (voorlopig) surseance, gerechtelijk akkoord, vereffening, executoriaal beslag waardoor de verlenging van zorg in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure.
 - c. Aan de zorgaanbieder (voorlopige) surseance is verleend.
 - d. Het faillissement van de zorgaanbieder is uitgesproken.
 - e. De zorgaanbieder zijn onderneming of een deel daarvan overdraagt dan wel fuseert.
 - f. De zorgaanbieder de rechtsvorm van zijn onderneming wijzigt (omzetting).
 - g. De zorgaanbieder zijn beroeps- of bedrijfsactiviteiten staakt.
 - h. Een zodanige wijziging zich voordoet in de zeggenschap van de zorgaanbieder dat van de zorgverzekeraar in redelijkheid niet kan worden verlangd de overeenkomst voort te zetten.
 - i. De zorgaanbieder naar het oordeel van de zorgverzekeraar ook na een waarschuwing niet of onvoldoende meewerkt aan controles.
 - j. De zorgaanbieder zich schuldig heeft gemaakt aan (een poging tot) fraude, misdrijf, dwang of bedreiging.
3. De zorgverzekeraar kan voorts de overeenkomst tussentijds en met onmiddellijke ingang geheel of gedeeltelijk opzeggen of opschorten indien de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd oordeelt dat de zorgaanbieder de verlening van een of meer vormen van zorg dient te staken, of indien er (tuchtrechtelijke) maatregelen zijn genomen.
4. De overeenkomst kan tussentijds en met onmiddellijke ingang worden opgezegd door een der partijen in geval van ernstige gedragingen van de wederpartij jegens de partij of derden, die naar algemeen aanvaarde (beroeps) opvattingen een schending vormen van de zorgvuldigheid en het vertrouwen welke van een zorgaanbieder dan wel de zorgverzekeraar mag worden verwacht.
5. Het bepaalde in de voorgaande leden laat onverlet de bevoegdheid van partijen de overeenkomst te ontbinden wegens een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van een verbintenis.
6. Verplichtingen die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van de overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van de overeenkomst bestaan.
7. De zorgaanbieder blijft gehouden een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze zorgaanbieder, aan deze verzekerde zorg te blijven verlenen als ware de overeenkomst niet geëindigd. De zorgverzekeraar is voor die zorg - voor zover het gaat om zorg die valt onder de zorgverzekering – aan de zorgaanbieder het tarief verschuldigd dat zou gelden indien de overeenkomst ongewijzigd zou zijn voortgezet, voor zover dit de maximale NZa tarieven niet overstijgt.
8. In geval van beëindiging van de overeenkomst informeert de zorgaanbieder de verzekerde over het einde van de overeenkomst, de gevolgen daarvan, als ook de mogelijkheid om de zorg te laten verlenen door een andere – al dan niet gecontracteerde – zorgaanbieder naar keuze van de verzekerde.
9. Indien de zorgverzekeraar schade lijdt als gevolg van het niet nakomen van de overeenkomst door de zorgaanbieder zoals maar niet beperkt tot, het bepaalde in artikel 23 lid 2 onder d, e en f van deze algemene voorwaarden, is de zorgaanbieder gehouden de schade aan de zijde van de zorgverzekeraar te vergoeden.

Artikel 24 – Wijzigen/aanvullen van de overeenkomst

1. Wijzigingen in de overeenkomst kunnen uitsluitend worden aangebracht met wederzijds goedvinden en tweezijdig schriftelijk vastgelegd, dan wel voor zover van toepassing digitaal overeengekomen in het zorginkoopportaal.
2. Aan niet schriftelijke overeengekomen afspraken kunnen geen rechten worden ontleend.
3. Door de zorgaanbieder gebruikte algemene voorwaarden zijn niet op de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder van toepassing. De algemene voorwaarden van de zorgaanbieder worden hierbij uitdrukkelijk van de hand gewezen.
4. In geval de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en de daarop van toepassing zijnde algemene voorwaarden, bepalingen bevatten die strijdig zijn met een of meer bepalingen uit de overeenkomst en algemene voorwaarden die van toepassing zijn in de relatie tussen de zorgaanbieder en de verzekerde, dan prevaleren de bepalingen uit de overeenkomst en algemene voorwaarden tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
5. De zorgverzekeraar heeft het recht deze algemene voorwaarden te wijzigen.
6. De zorgverzekeraar stelt de zorgaanbieder in kennis van een wijziging van de algemene voorwaarden en van het tijdstip waarop die wijziging ingaat.
7. De zorgaanbieder kan de overeenkomst opzeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is medegedeeld.
8. Indien wijzigingen in wet- en/of regelgeving aanpassing van de overeenkomst noodzakelijk maken, treden partijen met elkaar in overleg om de betreffende bepalingen in de overeenkomst zoveel mogelijk aan te passen aan de nieuwe wet- en regelgeving, met instandhouding van de overige bepalingen.
9. Indien één of meerdere bepalingen van deze overeenkomst door een gerechtelijke uitspraak nietig zijn of niet rechtsgeldig worden verklaard, blijven de overige bepalingen van de overeenkomst van kracht. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar plegen over de bepalingen die nietig zijn of niet rechtsgeldig zijn verklaard, overleg teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van de overeenkomst behouden blijft.

Artikel 25 – UBO (Ultimate Beneficial Owner)

1. Zorgverzekeraar doet zelf onderzoek naar de UBO van zorgaanbieder. Mocht zorgverzekeraar de UBO niet zelf kunnen vaststellen, dan verplicht de zorgaanbieder zich mee te werken aan het verstrekken van informatie over deze UBO.
2. Zorgverzekeraar is gerechtigd om de betalingsverplichting onder de overeenkomst aan zorgaanbieder op te schorten zolang er geen UBO in het daarvoor bestemde register is geregistreerd of zolang de zorgaanbieder de UBO niet aan de zorgverzekeraar bekend heeft gemaakt.

Artikel 26 – Toepasselijk recht en geschillen

1. Het Nederlands recht is op deze overeenkomst van toepassing.
2. In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
3. Een geschil is aanwezig zodra een van de partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.
4. Mochten partijen niet in onderling overleg tot een oplossing van het geschil komen, dan legt één der partijen het geschil voor aan de burgerlijke rechter te Den Haag of indien overeengekomen aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie zorgcontractering