

Overeenkomst Zilveren Kruis – Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde volledig machtigingsvrij 2024

A. DE ZORGVERZEKERAAR

De zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (inclusief De christelijke zorgverzekeraar) (3311);
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Utrecht (3313);
- FBTO Zorgverzekeringen N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden (3351);
- De Friesland Zorgverzekeraar N.V., statutair gevestigd te Leeuwarden (3358),

hierna te noemen: **Zilveren Kruis**, rechtsgeldig vertegenwoordigd door Peter Langenbach, Directeur Zorginkoop

en

B. DE CONTRACTANT

Naam :
Adres :
Postcode/Plaats :
AGB-code :
Rechtsgeldig vertegenwoordigd door :

hierna te noemen: **de zorgaanbieder**

en gezamenlijk te noemen: **partijen**

nemen in overweging:

- Zilveren Kruis heeft voor haar verzekerden een zorgplicht. Zilveren Kruis zorgt dat haar verzekerden (vergoeding van de kosten van) de zorg krijgen waarvoor ze verzekerd zijn. Daarom maken partijen afspraken in deze overeenkomst.
- In deze overeenkomst regelen partijen de onderlinge rechtsverhouding. Deze bevat ook de met deze overeenkomst onlosmakelijk verbonden onderdelen/bijlagen, toepasselijke wet- en regelgeving en de relevante beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- Bij de toepassing van deze overeenkomst wordt uitgegaan van redelijkheid en billijkheid.

komen het volgende overeen:

C. DE ONLOSMAKELIJK MET DEZE OVEREENKOMST VERBONDEN BIJLAGEN ZIJN:

- Algemeen deel behorende bij de Overeenkomst Zilveren Kruis - Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde volledig machtigingsvrij 2024;
- Het vigerende Declaratieprotocol Mondzorg behorend bij de Overeenkomst Zilveren Kruis – Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde zoals gepubliceerd op onze website <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/mondzorg/documenten>;
- Het vigerende inkoopbeleid Mondzorg en de aanvullingen zoals gepubliceerd op onze website <https://www.zilverenkruis.nl/zorgaanbieders/zorgsoort/mondzorg/beleid-en-contract>.

D. DUUR

Deze overeenkomst treedt in werking op <ingangsdatum> 2024 en eindigt op 31 december 2024. De overeenkomst wordt maximaal éénmaal met één jaar stilzwijgend verlengd.

De overeenkomst kan – om stilzwijgende verlenging te voorkomen – door één der partijen schriftelijk worden opgezegd, met ingang van de eerste dag na de einddatum van de overeenkomst (d.w.z. met ingang van 1 januari 2025) met inachtneming van een opzegtermijn van vier maanden (dat betekent dat er dient te worden opgezegd vóór 1 september 2024).

Ondertekening

Zilveren Kruis,

De zorgaanbieder,

Peter Langenbach, Directeur Zorginkoop

V – Wb02 - Werklocatie

Datum:

Datum:

Algemeen deel behorende bij de Overeenkomst Zilveren Kruis - Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde volledig machtigingsvrij 2024

Artikel 1 Definities

- a. **CBT (Centrum voor Bijzondere tandheelkunde):** een instelling voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, die zich kenmerkt door een samenwerkingsverband van gedifferentieerde mondzorgverleners met specifieke deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten respectievelijk ondersteuning door andere disciplines (zoals psychologie, fysiotherapie en logopedie). In een CBT wordt consultatie, diagnostiek en behandeling verleend aan patiënten met bijzondere (tandheelkundige) problematiek, veelal in multidisciplinair verband.
- b. **Formele controle:** een onderzoek waarbij Zilveren Kruis 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 vastgesteld of een tarief is dat voor die prestaties met de zorgaanbieder is overeengekomen.
- c. **Fraude:** het opzettelijk en doelbewust in strijd met de wet- en regelgeving handelen en daarmee valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering (proberen te) plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin.
- d. **Materiële controle:** een onderzoek waarbij Zilveren Kruis nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van verzekerde.
- e. **Polis:** de akte waarin de tussen een verzekeringnemer en Zilveren Kruis gesloten zorgverzekering is vastgelegd.
- f. **Tarieven:** de tussen Zilveren Kruis en de zorgaanbieder overeengekomen prijzen voor prestaties dan wel geheel van prestaties.
- g. **Verzekerde:** de persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet heeft gesloten met Zilveren Kruis, en die recht heeft op de in onderhavige overeenkomst omschreven zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de zorg.
- h. **Zorg:** de door partijen gecontracteerde en door de zorgaanbieder te leveren zorg waarop de verzekerde krachtens de Zorgverzekeringswet en met inachtneming van zijn polis recht heeft en die wordt geleverd conform de erkende professionele standaarden van de beroepsgroep alsmede conform de normen die volgens de stand van wetenschap en de gangbare opvattingen binnen de beroepsgroep gelden.
- i. **Zorgaanbieder:** het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) dat deze overeenkomst is aangegaan.

Artikel 2 Inhoud van de overeenkomst

In deze overeenkomst wordt geregeld op welke wijze en onder welke voorwaarden de zorgaanbieder tandheelkundige hulp/zorg levert of doet leveren aan verzekerden van Zilveren Kruis. De contractuele relatie tussen Zilveren Kruis en de zorgaanbieder gaat uit van een naturasysteem dat geldt voor behandelingen ten laste van de Zorgverzekeringswet – dat wil zeggen, voor zover dit behandelingen betreft waarbij de verzekerde aanspraak heeft op bijzondere tandheelkunde op grond van artikel 2.7 lid 1 sub a, b en/of c van het Besluit zorgverzekering (Bzv) – en wordt beheerst door de bepalingen uit de onderhavige overeenkomst.

Artikel 3 Eisen aan het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde

De zorgaanbieder voldoet aan de definitie van een CBT (zie artikel 1 sub a), aan de erkenningscriteria/-vereisten waaraan een CBT (Instelling voor bijzondere tandheelkunde) conform de vigerende Beleidsregel bijzondere

tandheelkunde instellingen van de NZa moet voldoen, heeft een tariefbeschikking voor een individueel tijdtarief (X731) en is tevens een door Cobijt geaccrediteerd Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

Artikel 4 Zorgverlening

1. De zorgaanbieder verleent aan verzekerden van Zilveren Kruis de tandheelkundige zorg waarop zij bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, met inachtneming van hun polis, aanspraak hebben. Voor de behandeling is een benadering in (multidisciplinair) teamverband en/of zijn bijzondere deskundigheden, vaardigheden, kennis en faciliteiten/ondersteuning vereist.
2. Bij alle behandelingen uitgevoerd in het centrum en door de zorgaanbieder is er sprake van bijzondere tandheelkunde, die in redelijkheid naar het oordeel van de zorgaanbieder niet (volledig) in de huispraktijk of eerstelijns verwijspraktijk kan worden verleend. Er is sprake van een centrumindicatie conform het document 'De Centrumindicatie', dat onder andere te vinden is op de website van Cobijt (www.cobijt.nl).
3. De zorgaanbieder handelt volgens de professionele standaard (waaronder de uitvoeringsrichtlijnen bijzondere tandheelkunde zoals omschreven in het document 'De Centrumindicatie'), in overeenstemming met de geldende wet- en regelgeving (waaronder privacywetgeving, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de daarop gebaseerde besluiten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)) en draagt er zorg voor dat de aangeboden zorg doelmatig, niet onnodig kostbaar en niet onnodig gecompliceerd is.
4. De zorgaanbieder kan slechts weigeren aan een verzekerde zorg dan wel nog langer zorg te verlenen indien er sprake is van gewichtige redenen. In dat geval stelt hij de verzekerde daarvan in kennis.
5. Bij weigering van de zorg is de zorgaanbieder, naar vermogen en rekening houdend met de individuele mogelijkheden van de verzekerde, de verzekerde behulpzaam bij het vinden van andere mogelijkheden van zorgverlening. De zorgaanbieder beëindigt de zorg voor de verzekerde niet voordat op een andere wijze in de benodigde zorg is voorzien (zo zorgt de zorgaanbieder bij beëindiging van het centrum voor opvang van de patiënten elders), voor zover dat in redelijkheid van de zorgaanbieder gevergd kan worden.
6. Van een weigering of beëindiging van de behandeling doet de zorgaanbieder onverwijld mededeling aan de verzekerde en – schriftelijk – aan Zilveren Kruis.
7. De zorgaanbieder informeert Zilveren Kruis zo snel mogelijk wanneer de continuïteit van de zorg in het gedrang komt. Daarbij kan gedacht worden aan extreme wachttijden of een patiëntenstop voor specifieke behandelingen.
8. Behoudens overmacht informeert de zorgaanbieder Zilveren Kruis zo snel mogelijk, doch uiterlijk 3 maanden voor een voorgenomen beëindiging van het centrum over die voorgenomen beëindiging.

Artikel 5 Machtigingen

1. Voor tandheelkundige hulp/zorg onder artikel 2.7 lid 1 sub a, b en c van het Besluit zorgverzekering kan de zorgaanbieder zonder voorafgaande machtiging van Zilveren Kruis verzekerden behandelen, tenzij in dit artikel anders is overeengekomen.
2. De zorgaanbieder vraagt in de volgende gevallen een machtiging aan:
 - voor een eerste consult boven een 0,5 uur als dit naar de mening van de tandarts niet leidt tot een centrumindicatie;
 - voor een eerste consult boven 1,5 uur als dit naar de mening van de tandarts wel leidt tot een centrumindicatie;
 - voor behandeling onder algehele anesthesie als de kosten voor de algehele anesthesie hoger zijn dan het vigerende integrale maximum NZa-tarief behorende bij het overige zorgproduct (OZP) dat bij de tijdsduur past (afhankelijk van de tijdsduur is dat OZP 039108, 039109 of 039110)¹;
 - voor behandelingen orthodontie.

¹ Zie de volgende link voor de betreffende tarieven: <https://zorgproducten-test.nza.nl/Home.aspx>

3. De zorgaanbieder vermeldt alle gegevens, die gevraagd worden in gangbare formulieren voor machtigingsaanvragen, in zijn dossiers. Zilveren Kruis kan een dossiercontrole verrichten.
4. De zorgaanbieder vraagt bij twijfel of de behandeling een aanspraak is op grond van de Zorgverzekeringswet, een machtiging aan bij Zilveren Kruis.
5. Het recht om machtigingsvrij te declareren vervalt, indien na controle blijkt dat de zorgaanbieder niet handelt volgens deze overeenkomst.
6. Machtigingsaanvragen dienen voorzien te zijn van de volledige patiëntgegevens van de verzekerde, een behandelplan voorzien van elementnummers, een begroting met aan te vragen tijd en eventuele prestatiecodes, hoogte van de techniekkosten, hoogte van de eigen bijdrage die bij verzekerde in rekening wordt gebracht, eventuele foto's en relevante behandelhistorie en documenten.
7. De zorgaanbieder gebruikt voor het indienen van machtigingsaanvragen het machtigingenportaal van VECOZO.
8. Zilveren Kruis handelt de machtigingsaanvraag af binnen 10 werkdagen, tenzij aanvullende informatie of nadere beoordeling op het tandheelkundig spreekuur noodzakelijk is.
9. Bij onenigheid tussen de zorgaanbieder en de verzekerde over het recht op een aanspraak verwijst de zorgaanbieder de verzekerde naar Zilveren Kruis.

Artikel 6 Verplichtingen van Zilveren Kruis

1. De zorgaanbieder kan vragen aan Zilveren Kruis stellen onder meer met betrekking tot de uitvoering van de overeenkomst via het e-mailadres zorginkoop.mondzorg@zilverenkruis.nl.
2. Discussie over het beleid van Zilveren Kruis of van de zorgaanbieder wordt tussen de zorgaanbieder en Zilveren Kruis gevoerd. De verzekerde wordt daarin niet betrokken.

Artikel 7 Verplichtingen van de zorgaanbieder

1. De zorgaanbieder overtuigt zich van het recht van de verzekerde op zorg voor rekening van Zilveren Kruis. De zorgaanbieder raadpleegt daarvoor VECOZO (COV-module).
2. De zorgaanbieder geeft informatie aan de verzekerde over de behandeling en de daaraan verbonden kosten en vraagt aan de verzekerde toestemming voor de behandeling.
3. De zorgaanbieder stelt een behandelplan op volgens de in de beroepsgroep gebruikelijke praktijk(richtlijnen).
4. De verzekerde heeft op grond van deze overeenkomst recht op zorg in natura, waarbij ook vergoedings- en betalingsafspraken zijn gemaakt. Het is de zorgaanbieder dan ook niet toegestaan (bij)betalingen van de verzekerde te ontvangen tenzij in deze overeenkomst inclusief bijlagen anders is bepaald.
5. De zorgaanbieder geeft door ondertekening van deze overeenkomst toestemming aan Zilveren Kruis dat gegevens van het centrum gepubliceerd kunnen worden op de website van Zilveren Kruis waardoor duidelijk wordt voor haar verzekerden met welke partijen Zilveren Kruis een overeenkomst heeft.
6. Discussie over het beleid van Zilveren Kruis of van de zorgaanbieder wordt tussen de zorgaanbieder en Zilveren Kruis gevoerd. De verzekerde wordt daarin niet betrokken.
7. De zorgaanbieder dient voor zichzelf en voor de verzekerde tijdig na te gaan of er reeds een andere financiering voor de gevraagde mondzorg geldt. Dat is bijvoorbeeld het geval indien de verzekerde een Wlz-indicatie met verblijf en behandeling heeft en in een Wlz-instelling verblijft en van diezelfde Wlz-instelling ook de behandeling ontvangt. De behandelingen mondzorg mogen dan niet door de zorgaanbieder bij Zilveren Kruis in rekening worden gebracht. Eventueel reeds uitgekeerde bedragen worden door Zilveren Kruis bij de zorgaanbieder teruggevorderd.

Artikel 8 Honorering

Partijen komen overeen dat Zilveren Kruis de zorgaanbieder voor de aan verzekerden verleende zorg, zoals omschreven in de voorgaande artikelen, zal honoreren conform de individuele NZa-beschikking voor de

zorgaanbieder. De zorg wordt gedeclareerd in de vorm van een 5-minutentarief, waarbij gebruik gemaakt wordt van prestatiecode X731.

In aanvulling hierop wordt afgesproken:

1. dat voorzieningen die niet onder de zorgaanpakken vallen, niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hieronder wordt bijvoorbeeld verstaan: voorzieningen die voor het functioneren van een volledige uitneembare prothese niet van wezenlijk belang zijn zoals het op verzoek van de verzekerde aanbrengen van restauraties, gouden elementen respectievelijk transparant palatum. Indien op uitdrukkelijk verzoek van de verzekerde dergelijke extra's worden aangebracht, komen de meerkosten niet ten laste van de basisverzekering noch van de aanvullende verzekering;
2. dat, indien er sprake is van een wettelijke eigen bijdrage, de zorgaanbieder deze bij de verzekerde declareert en niet bij Zilveren Kruis;
3. dat de kosten voor tandtechniek (voor zover uitbesteed aan een tandtechnisch laboratorium), voor extra-orale voorzieningen en voor implantaten separaat kunnen worden doorberekend tegen de werkelijke kosten. Alle kosten ingeval van het plaatsen van een implantaat kunnen eenmalig per implantaat tegen het maximumtarief horend bij prestatie J057 uit de vigerende Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg in rekening worden gebracht. Het betreft hier de kosten voor alle materialen die voor de implantatie tijdelijk dan wel blijvend in de mond worden geplaatst. Daarnaast kunnen bij het plaatsen van een implantaat de overheadkosten door middel van prestatie J001 uit de vigerende Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg in rekening worden gebracht. De kosten voor tandtechniek in eigen beheer kunnen in rekening worden gebracht door middel van de prestaties uit en conform de vigerende Prestatie- en tariefbeschikking tandtechniek in eigen beheer van de NZa. Hogere kosten/tarieven dan de betreffende maximumtarieven voor tandtechniek in eigen beheer kunnen niet in rekening worden gebracht;
4. dat, indien een reparatie nodig is als gevolg van een tandtechnische tekortkoming als bedoeld in de leveringsvoorwaarden van het tandtechnisch laboratorium, de kosten hiervan niet bij Zilveren Kruis in rekening worden gebracht;
5. dat de kosten voor het maken en beoordelen van (röntgen)foto's separaat tegen inkooprijzen kunnen worden doorberekend. Indien niet ingekocht door de zorgaanbieder, maar in eigen beheer gemaakt, kunnen deze kosten door middel van de prestaties uit Hoofdstuk II 'Maken en/of beoordelen foto's (X)' uit de vigerende Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg, worden gedeclareerd, afhankelijk uiteraard van welke prestatie(s) er daadwerkelijk geleverd is/zijn;
6. dat de kosten voor intraveneuze sedatie tegen een individueel vast tarief via prestatiecode X611 in rekening kunnen worden gebracht. Om rechtsgeldig een individueel vast tarief via prestatiecode X611 in rekening te kunnen brengen moet de zorgaanbieder hiervoor een tariefbeschikking van de NZa hebben gekregen. Indien de zorgaanbieder geen individuele tariefbeschikking heeft, kunnen de werkelijke kosten via prestatie A20 gedeclareerd worden;
7. dat de kosten voor algehele anesthesie kunnen worden gedeclareerd, voor zover deze niet voor rekening komen van of in rekening zijn gebracht door het ziekenhuis of de anesthesist. De zorgaanbieder brengt deze kosten in rekening via prestatie X631. Om rechtsgeldig een individueel vast tijdstarief met prestatiecode X631 in rekening te kunnen brengen moet de zorgaanbieder hiervoor een tariefbeschikking van de NZa hebben gekregen. Indien de zorgaanbieder geen individuele tariefbeschikking heeft, kunnen de werkelijke kosten via prestatie A20 gedeclareerd worden met inachtneming van artikel 5 lid 2, derde bolletje;
8. dat de kosten voor orthodontische behandelingen gedeclareerd worden volgens de vigerende Prestatie- en tariefbeschikking Orthodontische zorg (F-codes).

Artikel 9 Eigen bijdrage

Voor zorg als bedoeld in artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering betaalt de verzekerde van achttien jaar of ouder, voor zover het gaat om zorg die niet rechtstreeks in verband staat met de indicatie voor bijzondere tandheelkundige hulp, een bijdrage ter grootte van het bedrag dat bij de desbetreffende verzekerde in rekening zou worden gebracht indien artikel 2.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering niet van toepassing is. Dat wil zeggen

de bedragen van de prestaties met bijbehorende prestatiecodes die in rekening zouden zijn gebracht als er geen sprake was van bijzondere tandheelkunde in een CBT.

Voor een mesostructuur, volledige (overkappings-)prothese en wijzigingen en herstel is de eigen bijdrage voor de verzekerde net zo hoog als in het geval dat de behandeling op basis van reguliere prestatiecodes uitgevoerd zou zijn:

- 25% van de kosten (P-codes en techniekkosten) voor een conventionele uitneembare volledige prothese.
- 10% van de kosten (J-codes en techniekkosten) voor een implantaatgedragen onderprothese en voor een implantaat-mesostructuur in de onderkaak.
- 8% van de kosten (J-codes en techniekkosten) voor een implantaatgedragen bovenprothese en voor een implantaat-mesostructuur in de bovenkaak.
- 17% van de kosten (J080 en techniekkosten) voor een combinatie van een prothese op implantaten en een niet implantaat-gedragen prothese.
- 10% van de totale kosten bij een reparatie, relining of rebasing van iedere prothetische voorziening (P- of J-codes en techniekkosten).

Andere situaties waarvoor een eigen bijdrage geldt, zijn hier niet verder toegelicht.

Artikel 10 Declareren

1. Partijen verplichten zich hetgeen is vastgelegd in het vigerende Declaratieprotocol Mondzorg behorend bij de Overeenkomst Zilveren Kruis – Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde na te leven. Het declaratieprotocol is te raadplegen via de website van Zilveren Kruis. Bij eventuele tegenstrijdigheden geldt dat onderhavige overeenkomst voorgaat op het declaratieprotocol.
2. Het bedrag voor de wettelijke eigen bijdrage wordt ingevuld in rubriek 0428 (bedrag vermindering bijzondere tandheelkunde) van de externe integratie standaard van VECOZO (MZ301). Meer informatie daarover is te vinden in de invulinstructies op <https://www.vektis.nl/standaardisatie/standaarden/MZ301-1.3>.

Artikel 11 Controle

1. Partijen verschaffen elkaar alle inlichtingen die zij redelijkerwijs nodig hebben voor een inzicht in de nakoming van hun, in deze overeenkomst aangegeven, verplichtingen.
2. Zilveren Kruis is bevoegd en verplicht om conform de bepalingen van de Zorgverzekeringswet, de Regeling zorgverzekering en de Wet marktordening gezondheidszorg formele en materiële controle uit te oefenen op de zorg verleend door de zorgaanbieder en Zilveren Kruis controleert of de geleverde zorg voldoet aan de overeengekomen kwaliteitseisen.
3. De controle vindt plaats met inachtneming van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit, het bepaalde in het vorige lid en met inachtneming van het bepaalde in de Zorgverzekeringswet, Regeling zorgverzekering, de (Uitvoeringswet) Algemene Verordening Gegevensbescherming en de Gedragscode voor zorgverzekeraars.
4. Een controle gaat niet verder terug dan 2 kalenderjaren voorafgaand aan het kalenderjaar waarin de controle aan de zorgaanbieder bekend is gemaakt, tenzij op basis van bevindingen van eerdere controles of signalen een verlenging van deze periode gerechtvaardigd is. In dat geval wordt de periode maximaal verlengd tot 5 kalenderjaren. Zodra Zilveren Kruis deze conclusie heeft getrokken, wordt dit zo spoedig mogelijk gemotiveerd medegedeeld aan de zorgaanbieder. De declaraties voor de controle worden geselecteerd op behandeldatum en niet op factuurdatum.
5. Indien sprake is van geconstateerde onrechtmatigheid en/of ondoelmatigheid (waaronder het niet voldoen aan de overeengekomen kwaliteitseisen) in/van de geleverde zorg, kan Zilveren Kruis de zorgaanbieder hierop aanspreken.
6. Afhankelijk van de ernst en zwaarte van het geconstateerde feit kan Zilveren Kruis overwegen één of meer van de volgende stappen te nemen (deze opsomming is niet limitatief):

- a. het opleggen van een waarschuwing;
- b. het maken van een verbeterafpraak;
- c. het registreren van de zorgaanbieder in de door verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
- d. terugvordering van (een deel) van het bedrag aan onrechtmatig en/of ondoelmatig bestempelde declaraties en de onderzoekskosten al dan niet gevolgd door verrekening met nog openstaande dan wel toekomstige declaraties. Voor de termijn waarbinnen de terugvordering wordt ingesteld wordt aangesloten bij het bepaalde in het Burgerlijk Wetboek;
- e. een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg; en/of
- f. melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties (zoals Fiod-ECD, het Openbaar Ministerie);
- g. opzegging van de overeenkomst.

Artikel 12 Overdracht van rechten

1. De zorgaanbieder mag, met uitzondering van pandrechten en het uit handen geven van een vordering aan een incassobureau, geen rechten en/of plichten uit de overeenkomst overdragen aan derden zonder expliciete voorafgaande schriftelijke toestemming van Zilveren Kruis.
2. Als de zorgaanbieder buiten toestemming van Zilveren Kruis rechten en/of plichten uit deze overeenkomst overdraagt aan één of meer derden, dan vervalt de overeenkomst van rechtswege per datum van de overdracht van de rechten en/of plichten.

Artikel 13 Fraude

1. De zorgaanbieder kan bij fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst (gedeeltelijk) verliezen. Hierbij neemt Zilveren Kruis de proportionaliteit in acht.
2. In het geval van fraude kan Zilveren Kruis naar eigen keuze en in ieder geval één of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - a. de ten onrechte uitgekeerde betaling en de gemaakte onderzoekskosten terugvorderen of verrekenen;
 - b. deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c. registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d. een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg; en/of
 - e. melding c.q. aangifte doen bij de bevoegde opsporingsinstanties (zoals Fiod-ECD, het Openbaar Ministerie).

Artikel 14 Overig

Door het tot stand komen van deze overeenkomst, komen alle lopende afspraken tussen partijen ter zake van de in deze overeenkomst te regelen zorg, te vervallen. Wijzigingen in deze overeenkomst kunnen slechts worden aangebracht met uitdrukkelijke instemming van de zorgaanbieder en Zilveren Kruis. Zij gaan, tenzij anders overeengekomen, onmiddellijk in na schriftelijke vastlegging in een nieuwe overeenkomst en/of bijlagen. Mondelinge afspraken, onverschillig van welke aard door wie of wanneer zij gemaakt zijn, missen zonder schriftelijke bevestiging elke rechtskracht.

Artikel 15 Vrijwaringen

1. De zorgaanbieder sluit een aansprakelijkheidsverzekering af die een dekking biedt tot een bedrag en onder voorwaarden zoals die binnen de beroepsgroep gebruikelijk is. De zorgaanbieder geeft op eerste verzoek, indien daar een aanleiding toe bestaat, aan Zilveren Kruis een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekering.

2. Indien Zilveren Kruis door een verzekerde aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de zorgverlening, zal de zorgaanbieder Zilveren Kruis vrijwaren voor schade die de verzekerde lijdt als gevolg van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van enige verbintenis die op de zorgaanbieder rust.

Artikel 16 Geschillen

1. In geval van een geschil tussen partijen zal worden getracht dit eerst in onderling overleg op te lossen.
2. Geschillen die niet in onderling overleg kunnen worden opgelost, kunnen worden voorgelegd aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut dan wel aan de bevoegde rechtbank te Den Haag.
3. Een geschil is aanwezig zodra één der partijen dit schriftelijk aan de andere partij kenbaar maakt.

Artikel 17 UBO's

1. Indien gedurende de looptijd van de overeenkomst wijzigingen optreden ten aanzien van de Ultimate beneficial owner(s) (UBO('s)) van de zorgaanbieder dan is de zorgaanbieder verplicht dit onverwijld mede te delen aan Zilveren Kruis.
2. De zorgaanbieder is verplicht zich te houden aan alle relevante wet- en regelgeving, waaronder maar niet beperkt tot de Sanctiewet 1977.
3. Zilveren Kruis is gerechtigd deze overeenkomst tussentijds met onmiddellijke ingang dan wel op een door Zilveren Kruis nader te bepalen datum op te zeggen indien Zilveren Kruis schending van de verplichtingen genoemd in voorgaande leden constateert. Betalingen aan de zorgaanbieder kunnen bij voornoemde schending per direct worden opgeschort.

Artikel 18 Duur en (tussentijdse) beëindiging van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst eindigt door het verstrijken van de overeengekomen tijdsduur of door het verstrijken van de tijdsduur waarmee de overeenkomst stilzwijgend is verlengd en eindigt tussentijds:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. door ontbinding van de overeenkomst in of buiten rechte;
 - c. door opzegging van de overeenkomst (per onmiddellijke ingang) door Zilveren Kruis, als met het oog op de wettelijke zorgplicht van Zilveren Kruis of financiële situatie van de zorgaanbieder voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet meer van Zilveren Kruis kan worden verlangd;
 - d. door opzegging van de overeenkomst wegens gewichtige redenen per onmiddellijke ingang door één der partijen;
 - e. zodra de zorgaanbieder als gevolg van een besluit van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd of de minister van VWS of een uitspraak van de tuchtrechter of de strafrechter de overeengekomen zorg niet of niet volledig kan verlenen;
 - f. door opzegging door Zilveren Kruis met onmiddellijke ingang als ten gevolge van de uitkomsten van een controle en/of een onderzoek naar fraude zoals bedoeld in deze overeenkomst, voortzetting van de overeenkomst in redelijkheid niet meer van Zilveren Kruis kan worden gevegd;
 - g. door faillissement van één van de partijen, met ingang van de dag waarop het faillissement is uitgesproken;
 - h. zodra blijkt dat de zorgaanbieder niet (meer) voldoet aan de definitie in deze overeenkomst;
 - i. zodra blijkt dat de zorgaanbieder niet (meer) voldoet aan al de in artikel 3 bedoelde erkenningscriteria/-vereisten;
 - j. door opheffing van de rechtspersoon/rechtsvorm die de zorgaanbieder exploiteert, met ingang van de dag van de opheffing.
2. Zilveren Kruis kan de overeenkomst tussentijds beëindigen in de volgende situaties:
 - a. zodra blijkt dat de zorgaanbieder gedurende de looptijd van de overeenkomst niet meer voldoet aan alle voorwaarden of de verbeterafpraak niet binnen de afgesproken tijd wordt gerealiseerd;

- b. door opzegging met onmiddellijke ingang als uit controle blijkt dat niet wordt voldaan aan bepalingen met betrekking tot kwaliteit, doelmatigheid, deskundigheid en aansprakelijkheid voortvloeiend uit deze overeenkomst;
 - c. door opzegging (met onmiddellijke ingang) indien de situatie van artikel 17 lid 3 zich voordoet;
 - d. zodra blijkt dat de zorgaanbieder niet aantoonbaar al het mogelijke heeft gedaan om voor continuïteit van zorg c.q. praktijkvoering zorg te dragen en/of de continuïteit niet kan aantonen.
3. Partijen kunnen de overeenkomst tussentijds beëindigen in de volgende situaties:
- a. in geval van niet nakoming van de verplichtingen door één der partijen, waarbij de andere partij tweemaal een verzoek heeft gedaan tot nakoming van de verplichtingen uit deze overeenkomst;
 - b. door surseance van betaling aan één van de partijen, met ingang van de dag waarop de surseance wordt verleend;
 - c. bij zodanige wijzigingen in wet- en regelgeving, dat instandhouding van onderhavige overeenkomst redelijkerwijs niet kan worden verlangd van één van de partijen.
4. De partij die de overeenkomst tussentijds eindigt, deelt dit schriftelijk en expliciet mee aan de andere partij.
5. Bij beëindiging van deze overeenkomst is Zilveren Kruis gerechtigd eventuele al aan de zorgaanbieder betaalde bedragen (voorschotten) te verrekenen met het door de zorgaanbieder tot het moment van beëindiging van deze overeenkomst gedeclareerde bedrag, en ook met eventuele nog openstaande of toekomstige declaraties van de zorgaanbieder.