

## Toelichting Algemene Bepalingen GGZ 2025

### Inleiding

In het (Ont)regel de zorg programma van VWS en de VvAA is in 2019 afgesproken om het (non)concurrentieel gedeelte van de inkoopcontracten voor GGZ zoveel mogelijk te uniformeren. Sinds 2020 werken zorgverzekeraars daarom met Algemene Bepalingen. Jaarlijks worden de Algemene Bepalingen opnieuw bekeken om deze te actualiseren en eventuele verbeteringen door te voeren.

### Opzet Algemene bepalingen

Het uniforme deel van de overeenkomst GGZ is onderdeel van de bilaterale overeenkomst die tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar wordt gesloten.

De bilaterale overeenkomst GGZ tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder bestaat uit de volgende onderdelen:

- Algemene bepalingen GGZ (uniform)
- Specifieke deel (zorgverzekeraar specifiek)
- Bijlagen (zorgverzekeraar specifiek)
- Uniforme declaratieparagraaf (met zorgverzekeraar specifieke invulvelden)

Uniforme definities zijn onderdeel van de algemene bepalingen. Het is mogelijk om aanvullende definities af te spreken in het specifieke deel.

### Uitvoering uniforme deel overeenkomst

Op de contractuele relatie tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar en bij de uitvoering van (het uniforme deel van) de overeenkomst is voor beide partijen de (contractuele) redelijkheid en billijkheid van toepassing. Bij de totstandkoming van het uniforme deel van de overeenkomst zijn partijen dan ook uitgegaan van een wederzijds vertrouwen in elkaar bij de uitvoering van de overeenkomst en de behoefte die partijen hebben om heldere afspraken met elkaar te maken. Dit houdt mede in dat zaken die wettelijk geregeld zijn zo min mogelijk in de overeenkomst zijn opgenomen, tenzij dit door een sterke wens van één van de partijen of omwille van de leesbaarheid nodig was om op te nemen.

### Aanvulling op artikelen in de algemene bepalingen

In de algemene bepalingen zijn afspraken over de non-concurrentiële zaken vastgelegd. Het is niet mogelijk om van deze afspraken af te wijken. Het is wel mogelijk om deze *afspraken aan te vullen* in het zorgverzekeraar-specifieke deel met behoud van het uniforme karakter. De aanvullingen zullen echter *nooit in tegenspraak* zijn met de afspraken in de algemene bepalingen.

### Meerjarencontracten

De uniforme overeenkomst is opgesteld om te gebruiken bij de contractering GGZ van 2025. Het is ook mogelijk om het uniforme deel te gebruiken bij een nieuw te sluiten meerjarencontract.

### Aanvullende verzekering

De algemene uniforme bepalingen zien alleen op zorg uit de Zorgverzekeringswet. Het is mogelijk dat een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder ook afspraken maken over zorg uit de aanvullende verzekering in het zorgverzekeraar specifieke deel II en/of Bijlagen. In dit geval is het voor beide partijen wenselijk dat de algemene uniforme bepalingen van deel I, voor zover relevant, ook van toepassing worden verklaard op de afspraken die zijn gemaakt in het kader van zorg uit de aanvullende verzekering. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder kunnen in het zorgverzekeraar specifieke deel hier nadere afspraken over op nemen.

## Toelichting definities Algemene bepalingen

### b. Formele controle

In artikel 1 lid 1 sub t van de regeling zorgverzekering staat het volgende:

*"formele controle: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:*

- 1. een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;*
- 2. een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon,*
- 3. een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en*
- 4. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de [Wet marktordening gezondheidszorg](#) is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen;"*

### f. Materiële controle

In artikel 1 lid 1 sub u van de Regeling zorgverzekering staat het volgende:

*"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;"*

## Toelichting artikelen Algemene bepalingen

### Artikel 1. Zorg

Indien een verzekerde/patiënt vanuit de Zorgverzekeringswet recht heeft op bepaalde zorg dan wel op vergoeding van de kosten daarvan verleent de zorgaanbieder deze zorg aan de verzekerde/patiënt. De zorg valt onder de overeenkomst en daarom dienen de afspraken uit de overeenkomst bij het verlenen van de zorg in acht te worden genomen. De afspraken uit de overeenkomst gelden niet voor de zorg die niet onder de Zorgverzekeringswet valt of waarvoor partijen geen of afwijkende afspraken hebben gemaakt in het kader van de aanvullende verzekering of andere zorg aanspraken, als bedoeld in het Besluit zorgverzekering.

### Artikel 2. Kwaliteitsnormen

Uit artikel 2, lid 2, volgt dat een zorgaanbieder een kwaliteitsstatuut heeft en in beginsel moet naleven. Conform lid 1 van artikel 2 blijft de ggz-aanbieder en professional de mogelijkheid behouden om gemotiveerd af te wijken van het kwaliteitsstatuut in het belang van goede zorg.

### Artikel 3. Doelmatige Zorg en gepast gebruik

Lid 1: Deze overeenkomst is van toepassing op de inkoop van Zvw-zorg door de zorgverzekeraar bij de zorgaanbieder. Het is voor een zorgaanbieder wel mogelijk andere zorg (zoals buiten de Zvw) te leveren, maar buiten deze overeenkomst. Hier zien deze afspraken niet op toe.

Lid 2: Indicatievoorwaarden zijn vastgelegd in de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Regeling zorgverzekering (Rzv) en het Besluit Zorgverzekering (Bzv). Daarin is vastgelegd welke zorg vergoed mag worden vanuit de Zvw. Alleen wanneer voldaan is aan deze voorwaarden mag zorg worden gedeclareerd ten laste van de basisverzekering. Onderdeel van deze voorwaarden betreft ook het 'plegen te bieden' criterium, waarin is vastgelegd dat bepaalde zorg alleen door daartoe bevoegde professionals mag worden geleverd.

### Artikel 5. Bereikbaarheid en toegankelijkheid

De in lid 3 genoemde Treeknormen voor de betreffende sector gelden voor iedere aanbieder in die sector. Aanbieders spanning zicht tot het uiterste in om de zorg binnen de Treeknormen te leveren. Aanbieders informeren de zorgverzekeraar indien de zorg niet binnen deze periode kan worden verleend zoals beschreven in artikel 5<sup>1</sup>. Tevens dienen zij patiënten die zij op een wachtlijst plaatsen verwijzen naar de bemiddelingsafdeling van hun zorgverzekeraars.

---

<sup>1</sup> Vrijgevestigde praktijken informeren de zorgverzekeraar zodra te voorzien is dat de Treeknormen structureel worden overschreden.

Zorgverzekeraars hebben op hun beurt zorgplicht naar (natura)verzekerden en zullen bij dreigende overschrijding de verzekerde bemiddelen om elders tijdig zorg te krijgen.

### **Artikel 6. Continuïteit van zorg**

Lid 1 & 2: De zorgverzekeraar heeft jegens haar verzekerden de plicht om de continuïteit van de zorg te borgen. Om deze reden dient de zorgverzekeraar in kennis te worden gesteld indien de continuïteit van de zorg op enige wijze wordt bedreigd. Om duidelijk te maken wanneer de continuïteit van de zorg in gevaar komt zijn in dit lid zes voorbeelden van situaties opgenomen wanneer de continuïteit in ieder geval wordt bedreigd. Een allesomvattende afbakening van alle mogelijke liquiditeitsproblemen met een definitie is niet mogelijk. Het blijft situatie afhankelijk en niet elk liquiditeitsprobleem is een bedreiging van de kwaliteit of continuïteit van de zorg waar dit artikel betrekking op heeft.

Lid 1: De relevante stukken die nodig zijn om te kunnen beoordelen of de continuïteit van de zorg wordt bedreigd kunnen per situatie verschillen. Relevante stukken zijn onder meer (maar niet uitsluitend) interne rapporten, andere interne communicatie, klachten, communicatie van en met de IGJ. De zorgverzekeraar zal onderbouwd aangeven welke stukken zij in de betreffende situatie relevant acht om te kunnen beoordelen of de continuïteit van de zorg wordt bedreigd.

### **Artikel 7. Onderaanneming**

Zoals ook uit artikel 19 volgt, worden door onderaanneming de rechten en/of plichten uit deze overeenkomst uitdrukkelijk niet overgedragen (aan de Onderaannemer door de Zorgaanbieder).

In geval van onderaanneming kan de Onderaannemer niet contractueel door de Zorgverzekeraar worden aangesproken; de overeenkomst is immers gesloten tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar. Dit artikel regelt daarom dat de Zorgaanbieder gehouden is te borgen dat alle voor haar geldende verplichtingen die uit de overeenkomst voortvloeien, ook in geval van onderaanneming door de Onderaannemer worden nagekomen. Deze bepaling heeft enkel betrekking op de contractuele verplichtingen uit deze overeenkomst en doet in geen enkel opzicht af aan eventuele (medische/tuchtrechtelijke) aansprakelijkheid van de Onderaannemer in voorkomend geval.

### **Artikel 8. Verwijzing**

*Let op: de volgende informatie gaat niet over de **verwijzing** zelf, maar over de **verwijzer**.*

De toegestane verwijzers kunnen per zorgverzekeraar verschillen. In het zorgverzekeraar specifieke deel geeft iedere zorgverzekeraar individueel aan wie een verwijzing naar de GGZ mag afgeven – hierbij wél rekening houdend met de verwijzers die volgens de landelijke verwijzingsafspraken GGZ sowieso mogen verwijzen.

### **Artikel 10. Duurzaamheid**

Lid 5: Om extra administratieve lasten te voorkomen is afgesproken dat alle verzekeraars uniform dezelfde gegevens uitvragen en dat zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van bestaande systemen en rapportages.

### **Artikel 11. Controle**

Algemeen: Dit artikel laat voor partijen de ruimte om bij één van de controles zoals bedoeld in dit artikel de praktische uitvoering van de controle nader met elkaar af te stemmen. Ten aanzien van de bepalingen in artikel 9 met betrekking tot de controle is het relevant ook de context te schetsen van de in 2018 in het HLA door zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitgesproken bestuurlijke wens om in 2019 een Plan van Aanpak te presenteren en te starten met de implementatie van Horizontaal Toezicht in de GGZ<sup>2</sup>.

Horizontaal Toezicht is de manier waarop binnen de keten efficiënt en effectief verantwoording wordt afgelegd over een juiste zorgregistratie en declaratie. Gezien het gezamenlijke belang van een juiste vastlegging en declaratie ligt er voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders een inspanningsverplichting om in de komende jaren de benodigde stappen te zetten naar de verdere implementatie. Horizontaal toezicht kan daarmee gezien worden als een specifieke inrichting van het controleproces. De door zorgaanbieders en zorgverzekeraars ingezette invoering van horizontaal toezicht past binnen de afspraken in dit artikel. Mocht binnen horizontaal toezicht het toch noodzakelijk zijn dat de zorgverzekeraar specifieke materiële

---

<sup>2</sup> *Let wel: Horizontaal Toezicht wordt enkel gebruikt voor controle en verantwoording bij grotere instellingen.*

controlewerkzaamheden uitvoert dan zijn de afspraken in dit artikel hierop ook van toepassing, tenzij een zorgverzekeraar en zorgaanbieder hierover andere afspraken maken.

Lid 1: De zorgverzekeraar is zich bewust van de administratieve lasten die met een controle gepaard kunnen gaan en houdt daar in de afweging(en) om tot een controle over te gaan rekening mee. In geval er een controle wordt uitgevoerd, kunnen partijen in overleg treden om de praktische uitvoering hiervan ordentelijk te laten verlopen.

Lid 4: In artikel 87 Zorgverzekeringswet is bepaald dat de zorgaanbieder de persoonsgegevens verstrekt die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zorgverzekeringswet, dan wel deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking stelt. Wettelijke regelingen waarborgen dat er enkel door de zorgverzekeraar om een verstrekking van een afschrift wordt verzocht indien dat noodzakelijk is.

Lid 6: De maatregelen die in lid 6 beschreven worden zijn maatregelen die worden opgelegd als er sprake is van geconstateerde feiten. Normaliter zal dit pas aan het einde van het totale proces zijn, waarin hoor en wederhoor etc. heeft plaatsgevonden zoals geregeld in de van toepassingen zijnde wet en regelgeving, zoals het protocol materiële controle en de Regeling zorgverzekering. Na een dergelijk proces zal er voldoende onderzocht zijn om te kunnen spreken over geconstateerde feiten.

#### **Artikel 12. Fraude**

Dit artikel ziet alleen op fraude door een zorgaanbieder.

#### **Artikel 15. Informatie-uitwisseling tussen partijen**

Lid 1: De zorgverzekeraar kan de gegevens over het zorgaanbod bijvoorbeeld tonen in het kader van een zorgvinder voor haar verzekerden. De landelijke databases en registers waarnaar in lid 1 wordt verwezen zijn o.a.: het AGB-register van Vektis, Kiezen in de GGZ en MediQuest/ZINL.

Voor het tonen van gegevens zijn zorgverzekeraars afhankelijk van de data aangeleverd door derden. In geval van onjuistheden afkomstig uit aangeleverde data kunnen zorgverzekeraars hier geen verantwoordelijkheid voor nemen. Zorgverzekeraars besteden veel zorg aan het juist inrichten van hun websites en dataportalen t.b.v. informatievoorziening richting verzekerden. Uiteraard zijn zij bereid tot dialoog over de onjuistheden die op de website te vinden zijn (en hoe ze te verhelpen zijn).

Lid 3: De governancecode Zorg geeft handvatten voor goed bestuur en toezicht in de zorg. Kleine organisaties moeten ten minste in de geest van principe 1 (goede zorg) en principe 2 (waarden en normen) handelen, maar hoeven niet te voldoen aan alle 7 principes in de governancecode Zorg.

#### **Artikel 17. Aansprakelijkheid en vrijwaring**

Lid 2: De vrijwaring zoals bedoeld in dit artikel breidt de wettelijke aansprakelijkheid van, of de aanvaarding daarvan door, de zorgaanbieder niet uit.

#### **Artikel 18. Geschillen**

Lid 2. Het betreft hier de Onafhankelijke Geschilleninstantie zorgcontractering zoals ondergebracht bij het Nederlands Arbitrage Instituut (NAI)

#### **Artikel 22. Duur, einde en wijziging van de overeenkomst**

Lid 1: Deze bepaling laat partijen de ruimte om de duur van de overeenkomst onderling af te stemmen.

Lid 3 sub e: Zorgverzekeraars zullen ervoor zorgdragen dat een overleg zoals bedoeld in dit lid na verzoek daartoe door aanbieder op redelijke termijn plaatsvindt. Daarnaast zullen zorgverzekeraars instemming als hier bedoeld niet op onredelijke gronden weerhouden.

Lid 3 sub g: Voor het begrip Fraude wordt verwezen naar de definitie en artikel 10.