

Algemene bepalingen GGZ 2026

De Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar hierna gezamenlijk en individueel te noemen:
Partijen respectievelijk Partij,

Nemen het volgende in overweging:

- De Zorgverzekeraar koopt zorg in en sluit daartoe een overeenkomst GGZ met de Zorgaanbieder om te voldoen aan de wettelijke zorgplicht die de Zorgverzekeraar tegenover haar verzekerden heeft;
- De afspraken in de overeenkomst GGZ worden gemaakt binnen de context van de landelijk geldende akkoorden en (veld)afspraken;
- De overeenkomst GGZ bestaat uit de Algemene bepalingen GGZ en een Zorgverzekeraar-specifiek deel;
- In het Zorgverzekeraar-specifiek deel zijn de specifieke afspraken tussen de Zorgaanbieder en de Zorgverzekeraar opgenomen die niet in de geüniformeerde (non-concurrentiële) Algemene bepalingen zijn vastgelegd;
- In het Zorgverzekeraar-specifiek deel wordt niet afgeweken van de Algemene bepalingen GGZ. Zorgverzekeraar-specifieke bepalingen kunnen ook niet in tegenspraak zijn met de Algemene bepalingen GGZ. De Algemene bepalingen GGZ kunnen in het Zorgverzekeraar-specifieke deel wel worden aangevuld;
- Partijen volgen bij de uitvoering van de overeenkomst GGZ de van toepassing zijnde bestuurlijke en landelijke afspraken.

Verklaren te zijn overeengekomen:

Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

- a. **(Bedrijfs)vertrouwelijke informatie**
Alle bedrijfs- en fabricagegegevens en/of overige informatie die de ene Partij vertrouwelijk aan de andere Partij ter beschikking stelt of waarvan de andere Partij het vertrouwelijk karakter zonder die mededeling redelijkerwijs dient te begrijpen. Informatie in het publiek domein valt niet onder deze definitie.
- b. **Formele controle**
Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub t van de Regeling zorgverzekering.
- c. **Fraude**
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 geen recht heeft of recht kan hebben.
- d. **Fraudeonderzoek**
Een onderzoek (als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub v van de Regeling zorgverzekering) waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de verzekerde of 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 geen recht heeft of recht kan hebben;

- e. **Kwaliteitsstatuut**
Een door de Zorgaanbieder opgesteld Kwaliteitsstatuut dat goedgekeurd is en dat beschrijft wat de Zorgaanbieder heeft geregeld op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg te mogen verlenen in het kader van de Zorgverzekeringswet. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ dient als standaard en kan - waar de lokale situatie dat vereist - worden aangevuld.
Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is van kracht voor alle aanbieders van geestelijke gezondheidszorg binnen de Zorgverzekeringswet. Het opstellen van een eigen, goedgekeurd kwaliteitsstatuut op basis van dit model is voor een ggz-aanbieder verplicht, en vormt een drempel voor de toegang tot de zorgmarkt.
- f. **Materiële controle**
Een onderzoek als bedoeld in artikel 1 lid 1 sub u van de Regeling zorgverzekering.
- g. **Onderaanneming**
Indien een Verzekerde zorg ontvangt van de Zorgaanbieder (de hoofdaannemer) en deze voor (een deel van) de daadwerkelijke zorgverlening een andere zorgverlener (de onderaannemer), niet zijnde dezelfde entiteit als de Zorgaanbieder (hoofdaannemer), inschakelt en deze de Zorg laat verlenen.
- h. **Treeknormen**
De maximaal aanvaardbare wachttijden per zorgsoort zoals vastgesteld in overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en openbaar gemaakt door de Minister van VWS.
- i. **UBO (Ultimate Beneficial Owner)**
Een UBO is een belanghebbende, natuurlijke persoon, die direct of indirect voor meer dan 25% economisch- of eigendomsbelang heeft in (het vermogen van) de organisatie, dan wel degene die voor meer dan 25% zeggenschap uitoefent.
- j. **Verzekerde**
De persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet heeft gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op de in die overeenkomst omschreven zorg in natura, dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van die zorg.
- k. **Zorgaanbieder**
De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent en die deze overeenkomst is aangegaan.
- l. **Zorgverzekeraar**
De Zorgverzekeraar die deze overeenkomst is aangegaan en die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet of aanvullende zorgverzekeringen aanbiedt.

Hoofdstuk 1: Zorgverlening

Artikel 1. Zorg

Deze overeenkomst heeft betrekking op Geneeskundige GGZ zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering. Het betreft zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf, voor zover deze zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en niet op grond van wet- of regelgeving is bepaald dat voor deze zorg geen vergoeding geldt.

Artikel 2. Kwaliteitsnormen

1. De Zorgaanbieder verleent zorg met inachtneming van de stand van wetenschap en praktijk, voor hem toepasselijke richtlijnen, standaarden en protocollen, waaronder begrepen de kwaliteitstandaarden en meetinstrumenten zoals opgenomen in het register van het Zorginstituut Nederland. Afwijkingen zijn toegestaan in het belang van passende zorg, mits vastgelegd in het dossier van de verzekerde.
2. De uitkomsten van effectmetingen worden gebruikt om de behandeling te monitoren en waar nodig bij te sturen en worden teruggekoppeld aan de individuele Verzekerde.
3. De Zorgaanbieder beschikt gedurende de duur van deze overeenkomst over een goedgekeurd en geldig Kwaliteitsstatuut én handelt hiernaar. Het Kwaliteitsstatuut dient openbaar toegankelijk te zijn.
4. De indicatoren op basis van het Kwaliteitsstatuut dienen gepubliceerd te zijn in de meest recente versie van het openbare register (<https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-geestelijke-gezondheidszorg-kwaliteitsstatuut>)¹.

Artikel 3. Doelmatige Zorg en gepast gebruik

1. De Zorgaanbieder levert zorg die binnen de aanspraken van de Zorgverzekeringswet valt en die volgens de professionele richtlijnen gepast en doelmatig is.
2. Onder gepast gebruik wordt verstaan:
 - a. Zorg die voldoet aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zorgverzekeringswet;
 - b. Zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk;
 - c. Zorg waarop de Verzekerde redelijkerwijs is aangewezen gezien zijn gezondheidssituatie.
3. De Zorgaanbieder zal gepast gebruik bevorderen door zich te houden aan hetgeen is bepaald in het document 'Uitleg aanspraken geneeskundige GGZ op basis van DSM-5 classificatie' van het Zorginstituut Nederland.
4. Wanneer op grond van voorschrift of verwijzing en indicatiestelling meerdere behandelingen geacht kunnen worden adequaat te zijn, kiest de Zorgaanbieder in overleg met de cliënt voor de meest doelmatige behandeling.

Artikel 4. Niet-aangaan of beëindiging zorgverlening

De Zorgaanbieder handelt in lijn met de meest recente 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Artikel 5. Bereikbaarheid en toegankelijkheid

1. De Zorgaanbieder zorgt voor goede fysieke, telefonische, schriftelijke en digitale bereikbaarheid.
2. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede toegankelijkheid van de Zorg en spant zich hiertoe tot het uiterste in om de Zorg binnen de Treeknormen te (blijven) leveren.
3. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar zodra te voorzien is dat de Treeknormen structureel worden overschreden. Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar treden, zo nodig, in overleg over passende maatregelen. Op verzoek van de Zorgverzekeraar geeft de Zorgaanbieder inzage in deze maatregelen².
4. De Zorgverzekeraar kan op verzoek van Verzekerde, of bij overschrijding van de Treeknormen bemiddelen, zodat de Verzekerde de behandeling elders krijgt. De Zorgaanbieder wijst de Verzekerde actief op deze mogelijkheid.
5. Zorgaanbieders en Zorgverzekeraars geven samen met de andere stakeholders in de regio invulling aan de vier tredes van de [Regionale Doorzettingsmacht \(RDM\)](#)¹.
 - a. Trede 1 = regionaal (de reeds bestaande transfermechanismen)
 - b. Trede 2 = bovenregionaal (de reeds bestaande regiotafels hoogcomplex)
 - c. Trede 3 = bestuurlijk (een 'whole system in the room' met betrokken veldpartijen)
 - d. Trede 4 = de bewindspersonen van VWS
6. De Zorgaanbieder participeert in de (regionale) transfertafels of het transfermechanisme in zijn regio en/of werkt samen met andere aanbieders in zijn regio om de wachttijden binnen de Treeknormen te krijgen.
7. De Zorgaanbieder schoont de wachtlijst minimaal twee keer per jaar op.

¹ Enkel voor instellingen van toepassing.

² Vrijgevestigde praktijken zijn gehouden aan de 1^e volzin van dit lid: De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar zodra te voorzien is dat de Treeknormen structureel worden overschreden.

Artikel 6. Continuïteit van zorg

1. Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar informeren elkaar tijdig over zaken die relevant zijn voor continuïteit en kwaliteit van Zorg en treden daarover zo nodig in overleg. Het overleg wordt gevoerd op een tijdstip dat het overleg van wezenlijke invloed kan zijn op het besluit van de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder verstrekt tijdig informatie aan de Zorgverzekeraar die voor het overleg redelijkerwijs nodig is. Desgevraagd geeft de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar inzicht in alle relevante stukken die betrekking hebben op de problematiek, een en ander met inachtneming van de toepasselijke regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen.
2. Bij een mogelijke bedreiging van de continuïteit van Zorg overlegt de Zorgaanbieder in ieder geval met de Zorgverzekeraar voordat een besluit genomen wordt over:
 - a. het (gedeeltelijk) overdragen van de zeggenschap, fusie, omzetting, splitsing of het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking met een andere zorgaanbieder;
 - b. de gehele of een gedeeltelijke opheffing, verhuizing of ingrijpende verbouwing van (een vestiging van) de Zorgaanbieder;
 - c. het starten van een nieuwe zorgonderneming gelieerd aan de Zorgaanbieder;
 - d. grote wijzigingen in het zorgaanbod;
 - e. aanvraag van surséance van betaling of faillissement of, indien de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is, verzoek om toepassing van de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen;
 - f. de (gedeeltelijke) sluiting van een afdeling met klinisch zorgaanbod en/of een afdeling die als kritische capaciteit voor complexe GGZ-zorg geldt.
3. Bij een bedreiging van de continuïteit van Zorg door een maatregel van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) overlegt de Zorgaanbieder met de Zorgverzekeraar.

Artikel 7. Onderaanneming

Bij Onderaanneming is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor de Zorg verleend door de Onderaannemer met in achtneming van geldende wet- en regelgeving en/of ieders persoonlijke aansprakelijkheid.

Artikel 8. Verwijzing

De verwijzing dient te voldoen aan de voorwaarden zoals vastgelegd in de meest recente versie van de 'Verwijsafspraken Geestelijke Gezondheidszorg', gepubliceerd door het ministerie van VWS.

[Verwijsafspraken GGZ](#)

Artikel 9. Veldafspraken

Ten behoeve van het Zorgprestatiemodel zijn een aantal veldafspraken overeengekomen. Partijen dienen te voldoen aan deze veldafspraken.

Artikel 10. Duurzaamheid³

1. De Zorgaanbieder committeert zich aan de doelen van de Green Deal Duurzame Zorg 3.0 (GDDZ3.0) die op 4 november 2022 tussen zorgpartijen is overeengekomen voor de periode tot en met 2026. Onder commitment wordt verstaan dat de Zorgaanbieder zich in beleid en handelen aantoonbaar en uitlegbaar richt op het realiseren van de doelstellingen van de GDDZ3.0.
2. De Zorgaanbieder committeert zich aan de acties uit het uitvoeringsplan GDDZ 3.0. De zorgverzekeraar verwacht aantoonbare inspanning op de onderwerpen en doelstellingen zoals benoemd in het inkoopbeleid GGZ.
3. De Zorgaanbieder verankert duurzaamheid in haar strategie.
4. De Zorgaanbieder die verplicht is een jaarverslag te maken, maar niet CSRD plichtig is, rapporteert in haar jaarverslag over de duurzaamheidsprestaties van de Zorgaanbieder en hoe die prestaties zich verhouden tot de doelen.
5. Op verzoek van de Zorgverzekeraar verstrekt de Zorgaanbieder informatie over de duurzaamheidsprestaties in het kader van de CSRD.
6. De Zorgaanbieder met meer dan 100fte stelt een mobiliteitsplan op, gericht op het terugdringen van de CO₂-emissie t.g.v. vervoersbewegingen van medewerkers.

³ Enkel voor instellingen van toepassing. Van kleinere aanbieders wordt aandacht verwacht voor duurzaamheid in plannen en ontwikkelingen.

Hoofdstuk 2: Controle

Artikel 11. Controle

1. De Zorgverzekeraar kan (periodiek) controleren of de Zorgaanbieder zijn verplichtingen uit deze overeenkomst op een juiste wijze nakomt en de Zorgaanbieder verleent hieraan zijn medewerking.
2. De Zorgverzekeraar kan een Formele of Materiële controle uitvoeren bij de Zorgaanbieder zoals hierna omschreven.
3. Indien de zorgaanbieder verantwoordt middels het landelijk raamwerk Horizontaal Toezicht GGZ vindt verantwoording en controle primair volgens dit traject plaats⁴.
4. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van de controle de bij of krachtens wet gestelde voorschriften ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de Verzekerde in acht, alsmede bij de Formele of Materiële controle de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en het Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland, Wmg, AVG en de UAVG. Daarnaast geldt voor het gebruik van DSM-5 en de basis GGZ profielen de extra regeling vanuit VWS: [Regeling verduidelijking tijdelijk gebruik DSM-hoofdgroepen en basis ggz-profielen](#)
5. De Zorgverzekeraar hanteert een maximale termijn van 2 jaar (t min 2 in schadejaren) om de Materiële controle op te starten, mits de Zorgaanbieder zich houdt aan de afgesproken declaratieafspraken zoals overeengekomen in de Uniforme declaratieparagraaf, waaronder de termijn van indiening van declaraties. Zie ook [protocol materiële controle](#)
6. Een controle kan afhankelijk van de ernst en zwaarte van de geconstateerde feiten onder andere leiden tot de volgende maatregelen:
 - a. terugvordering van de ten onrechte in rekening gebrachte (delen van) declaraties;
 - b. opzegging van de overeenkomst;
 - c. melding van de controle aan andere zorgverzekeraars;
 - d. melding van geconstateerde tekortkomingen in de kwaliteit van zorg bij de IGJ;
7. De Zorgaanbieder zal declaraties die de Zorgverzekeraar terugvordert als gevolg van de controle niet alsnog in rekening brengen bij verzekerde.

Artikel 12. Fraude

1. De Zorgverzekeraar kan een Fraudeonderzoek uitvoeren en houdt zich hierbij aan de bepalingen in de AVG, UAVG, Zorgverzekeringswet, Regeling Zorgverzekering, Wmg, Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg en de Maatregelen Zorgverzekeraars bij Vastgestelde Fraude van ZN voor zover van toepassing.
2. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde Fraude het recht op vergoeding van geleverde Zorg uit hoofde van deze overeenkomst (betreffende het gedeelte waarop de Fraude betrekking heeft).
3. In geval van Fraude kan de Zorgverzekeraar afhankelijk van de ernst en zwaarte van de geconstateerde feiten onder andere de volgende maatregelen treffen:
 - de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
 - deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - registratie van Fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg;
 - melding c.q. aangifte doen bij het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg, enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.
4. De in lid 3 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming of schadevergoeding te vorderen onverlet.

Hoofdstuk 3: Informatieverwerking en -verstrekking

Artikel 13. Verwerking persoonsgegevens

Partijen handelen bij de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens in het kader van deze overeenkomst zorgvuldig en nemen de geldende privacy wet- en regelgeving in acht.

⁴ Enkel voor instellingen van toepassing

Artikel 14. Bedrijfsvertrouwelijke informatie

Partijen gaan zorgvuldig om met bedrijfsvertrouwelijke informatie van de andere partij en treffen passende organisatorische en technische maatregelen voor een veilige opslag, uitwisseling en andere verwerking daarvan.

Artikel 15. Informatie-uitwisseling tussen Partijen

1. De Zorgverzekeraar kan gegevens over het zorgaanbod van de Zorgaanbieder opnemen op één of meer door de Zorgverzekeraar beheerde websites. De Zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor het aanleveren en daarna actueel, correct en volledig houden van de juiste gegevens in relevante landelijke databases en registers. De Zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor onjuiste gegevens die op bedoelde websites zijn opgenomen als de Zorgaanbieder niet aan het bepaalde in de vorige zin heeft voldaan.
2. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar desgevraagd op welke manier de Zorgaanbieder de meest recente Governancecode Zorg naleeft. De Zorgaanbieder informeert de Zorgverzekeraar als de situatie ontstaat van ontoereikende naleving van de geldende Governancecode Zorg⁵.
3. De Zorgaanbieder stelt de Zorgverzekeraar direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder openbaar rapport van de IGJ dat de Zorgaanbieder betreft.

Artikel 16. Informatieverstrekking aan verzekerden

1. De Zorgverzekeraar heeft de verplichting om de Verzekerde te informeren over de inhoud van de polis. De Zorgaanbieder informeert de Verzekerden voor aanvang van de Zorg waar Verzekerde redelijkerwijs op is aangewezen, en voor zover nodig, daarna conform de geldende NZa Regeling Transparantie Zorgaanbieders.

Hoofdstuk 4: Relatie zorgverzekeraar – zorgaanbieder

Artikel 17. Aansprakelijkheid en vrijwaring

1. De Zorgaanbieder sluit een adequate beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering af die voldoende dekking biedt. De Zorgaanbieder geeft op verzoek aan de Zorgverzekeraar inzage in de betreffende polisbladen.
2. De Zorgaanbieder vrijwaart de Zorgverzekeraar voor aanspraken van (nabestaanden van) Verzekerden voor een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van de verplichtingen uit de geneeskundige behandeling overeenkomst met de Verzekerde, ongeacht of de Zorgaanbieder zelf tekortgeschoten is dan wel dat de tekortkoming voor rekening is van een Onderaannemer.

Artikel 18. Geschillen

1. Als over deze overeenkomst of de uitvoering daarvan een geschil ontstaat, proberen Partijen daar in onderling overleg uit te komen.
2. 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 of, indien gezamenlijk overeengekomen, aan de Onafhankelijke Geschilleninstantie zorgcontractering.

Artikel 19. Toepasselijk recht

Op deze overeenkomst is het Nederlandse recht van toepassing.

⁵ Kleine organisaties (< 50 medewerkers in dienstverband of als zzp-er) kunnen volstaan met toepassing van principe 1 (Goede Zorg) en, voor zover relevant, principe 2 (Waarden en normen) alsmede de waarborgen en randvoorwaarden voor goede zorg van de overige principes van deze code.

Artikel 20. UBO (Ultimate Beneficial Owner)

1. De overeenkomst wordt gesloten onder de opschortende voorwaarden dat Zorgverzekeraar bekend is met de UBO('s) van de Zorgaanbieder en de betreffende UBO('s) niet onder een wettelijke sanctieregeling valt.
2. Zorgverzekeraar doet zelf onderzoek naar de UBO van Zorgaanbieder. Mocht Zorgverzekeraar de UBO niet zelf kunnen vaststellen dan verplicht Zorgaanbieder zich mee te werken aan het verstrekken van informatie over deze UBO.
3. Indien de UBO('s) van de Zorgaanbieder gedurende de looptijd van deze overeenkomst wijzigt, is de Zorgaanbieder verplicht dit vooraf te melden aan Zorgverzekeraar. De melding dient zodanig tijdig te geschieden dat de Zorgverzekeraar in staat is de onderzoeken, als bedoeld in lid 1 en 2, voorafgaand aan de wijziging af te ronden.
4. Onverminderd de geldigheid van deze overeenkomst betaalt Zorgverzekeraar nooit aan een Zorgaanbieder waarvan de UBO niet bekend wordt gemaakt door de Zorgaanbieder of de UBO onder een wettelijke sanctieregeling valt.

Hoofdstuk 5: Duur en einde overeenkomst

Artikel 21. Duur, einde en wijziging van de overeenkomst

1. De overeenkomst treedt in werking en eindigt op de tussen Partijen overeengekomen data.
2. De overeenkomst eindigt tussentijds zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
 - a. met wederzijds goedvinden;
 - b. indien de Zorgaanbieder niet (meer) voldoet aan de voorwaarden van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza);
 - c. Indien een of meer noodzakelijke vergunningen in het kader van de Wft of Solvency II van de Zorgverzekeraars wordt ingetrokken, zodanig dat de Zorgverzekeraar het zorgverzekeringsbedrijf niet meer kan uitoefenen.
3. De overeenkomst kan verder met onmiddellijke ingang zonder rechterlijke tussenkomst geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
 - a. door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of onderwerp is van een procedure tot faillissement, (voorlopig) surseance, gerechtelijk akkoord, vereffening of executoriaal beslag waardoor de verlening van Zorg in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
 - b. door een der Partijen, als aan de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling is verleend;
 - c. door een der Partijen, als de wederpartij failliet wordt verklaard;
 - d. door de Zorgverzekeraar als de onderneming van de Zorgaanbieder wordt beëindigd dan wel wordt ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming voor is verleend door de Zorgverzekeraar;
 - e. door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de Zorgaanbieder significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;
 - f. 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;
 - g. als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) Fraude, misdrijf, dwang of bedreiging;
 - h. door één der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit deze overeenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een achterafcontrole.
4. Als wijziging in wet- of regelgeving of andere voor 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 opzeggen met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden. Tussenkomst van de rechter is hier niet noodzakelijk.
5. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
6. Rechten en plichten uit deze overeenkomst die naar hun aard bestemd zijn om ook na het einde van deze overeenkomst voort te duren, blijven na het einde van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren onder meer aansprakelijkheid, geheimhouding, controle en fraude.

7. Alle wijzigingen van deze overeenkomst zijn uitsluitend geldig indien zij schriftelijk zijn overeengekomen door een daartoe bevoegde vertegenwoordiger van ieder der Partijen.
8. Conform de relevante wet- en regelgeving daaromtrent zal de Zorgaanbieder in geval van einde of beëindiging van de overeenkomst zorgdragen voor continuïteit van de zorgverlening aan de Verzekerden, die voorafgaande aan de beëindiging reeds bij Zorgaanbieder in zorg waren. Partijen treden voor zover noodzakelijk in overleg over de verdere (maatschappelijke) gevolgen van het einde van de overeenkomst.