



Overeenkomst STOPPEN-MET- ROKEN PROGRAMMA 2024

Deel II: Algemeen Deel

DEEL II: ALGEMEEN DEEL OVEREENKOMST

Inhoudsopgave

Artikel 1. Definities.....	3
Artikel 2. Zorg	4
Artikel 3. Weigering zorgverlening	5
Artikel 4. Kwaliteit van de Zorg	5
Artikel 5. Voorschrift en akkoordverklaring bij gedragsondersteuning met farmacotherapie.....	8
Artikel 6. Praktijk- en patiëntenregistratie.....	9
Artikel 7. Informatie en gegevensuitwisseling	9
Artikel 8. Controle.....	10
Artikel 9. Honorering, declaratie en betaling	11
Artikel 10. Verzekering en Vrijwaring	11
Artikel 11. Hoofdelijke aansprakelijkheid.....	11
Artikel 12. Fraude.....	12
Artikel 13. UBO (Ultimate Benifical Owner)	12
Artikel 14. Duur en einde van de overeenkomst	13
Artikel 15. Wijzigingen in de Overeenkomst.....	13
Artikel 16. Toepasselijk recht en geschillen.....	14
Artikel 17. Slotbepalingen.....	14
Bijlage 1: Stopcriteria conform Russell Standard.....	15

Artikel 1. Definities

In deze overeenkomst wordt verstaan onder:

a. Farmacotherapie

De farmacotherapeutische therapie bij stoppen met roken, bestaande uit Receptvrije en/of Recept(plichtige) geneesmiddelen.

b. Fraudeonderzoek

Een onderzoek 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.

c. 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 patiënt.

d. Medisch adviseur

De BIG-geregistreerde (para)medisch adviseur, (de (tand)arts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of apotheker) die de Zorgverzekeraar adviseert over (para)medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied en de functionele eenheid c.q. eenheden waaraan door de medisch adviseur functioneel leiding wordt gegeven. In de functionele eenheid zijn deskundige medewerkers onder verantwoordelijkheid van de (para)medisch adviseur voor specifieke doeleinden betrokken bij de verwerking van persoonsgegevens.

e. Overeenkomst

Alle delen van deze zorgovereenkomst met inbegrip van de daarbij behorende bijlagen.

f. Partijen

De partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan.

g. Professionele standaard

De Zorgaanbieder verleent Zorg met inachtneming van de voor hem toepasselijke richtlijnen, standaarden en protocollen, behoudens voor zover in het belang van een goede patiëntenzorg afwijking daarvan is geboden hetgeen moet blijken uit het medisch dossier van de Verzekerde.

h. Recept

De voorgeschreven hoeveelheid (UR-)geneesmiddel(en) voorgeschreven ten behoeve van één Verzekerde. Eén Recept kan meerdere Receptregels bevatten. Een Receptregel omvat (UR-)geneesmiddel(en) met dezelfde werkzame stof, toedieningsweg en sterkte.

i. Receptvrije geneesmiddelen

Zelfzorg geneesmiddelen, die niet Receptplichtig zijn, zoals nicotine vervangende middelen en pleisters.

j. Tarieven

De tussen Zorgverzekeraar en Zorgaanbieder overeengekomen prijzen en condities voor Prestaties dan wel (integrale) geheel van Prestaties en geneesmiddelen, zoals opgenomen in Deel I, bijlage 1.

k. Verzekerde

De persoon ten behoeve van wie een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet en/ of een aanvullende verzekeringsovereenkomst is gesloten met de Zorgverzekeraar, en die recht heeft op de Zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de Zorg.

l. Zorg

Het door de Zorgaanbieder te verlenen Stoppen-met-roken programma, bestaande uit gedragsondersteuning of gedragsondersteuning en Farmacotherapie (integraal) waarop de Verzekerde op grond van de Zorgverzekeringswet of de verzekeringsvoorwaarden van de aanvullende verzekeringen van de Zorgverzekeraar een natura- of restitutie-aanspraak kan doen gelden (verzekerde Zorg).

m. Zorgaanbieder

De vrijgevestigd beroepsbeoefenaar respectievelijk de instelling (met rechtspersoonlijkheid) die bedrijfsmatig Zorg levert, die is ingeschreven in het kwaliteitsregister Stoppen-met-roken en die voor eigen risico en rekening Zorg verleent als bedoeld onder h van dit artikel, en die deze overeenkomst is aangegaan, tevens als bedoeld in rubriek B van deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst. Indien de Zorgaanbieder recept(plichtige)

geneesmiddelen verstrekt, voldoet hij aan de eisen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Nederlandse Apotheek Norm (NAN), zoals vastgesteld door de beroepsorganisatie van apothekers (KNMP) en waarvan de Apotheeker(s) is ingeschreven in het BIG-register.

n. Zorgverzekeraar

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

Artikel 2. Zorg

Uniforme landelijke bepalingen

1. De Zorgaanbieder levert Zorg zoals stoppen-met-roken aanbieders plegen te bieden aan de Verzekerden van de Zorgverzekeraar.
2. De Zorgaanbieder levert de in lid 1 genoemde Zorg voor zover de Verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen. De inhoud en omvang van de Zorg wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. 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 en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Het voorgaande laat onverlet dat bilateraal aanvullende afspraken gemaakt kunnen worden.
4. 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 en waarbij de rechten van de Verzekerde zorgvuldig in acht worden genomen en de Verzekerde ook overigens met respect wordt behandeld.
5. Indien een Zorgaanbieder Zorg in rekening brengt bij de Zorgverzekeraar waarvoor een bijzondere bekwaamheid nodig is, dient de Zorgaanbieder die de Zorg feitelijk zal verlenen te voldoen aan de door de beroepsgroep gestelde voorwaarden waaronder de inschrijving in de specifieke registers.
6. De Zorgaanbieder verleent de Zorg in een adequaat ingerichte en geoutilleerde (praktijk)ruimte die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.
7. De Zorgaanbieder is bereikbaar en beschikbaar conform de vigerende richtlijnen van zijn beroepsgroep indien en voor zover van toepassing ingevolge bedoelde richtlijnen.
8. De Zorgaanbieder beschikt over een klachtenprocedure en hanteert daartoe een reglement voor klachtbehandeling dat voldoet aan de wettelijke eisen (conform Wkkgz). De Zorgaanbieder informeert de verzekerde over het bestaan van deze klachtenregeling.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

9. De Zorgaanbieder verbindt zich de Zorg of een nader overeengekomen deel daarvan te verlenen aan de Verzekerde die als zodanig recht heeft op de Zorg en zich tot hem wendt. De Zorgaanbieder verleent de Zorg met inachtneming van de relevante bepalingen die bij of krachtens de Zorgverzekeringwet, de vigerende NZa Beleidsregel Stoppen-met-rokenprogramma en de verzekeringsvoorwaarden van de Zorgverzekeraar aan de Zorg worden gesteld, alsmede met hetgeen Partijen hieromtrent bij of krachtens deze overeenkomst zijn overeengekomen.
10. Tenzij de Zorgaanbieder een instelling is, levert de Zorgaanbieder de Zorg persoonlijk, met uitzondering van het bepaalde in artikel 4.G (waarneming).
11. Indien de Zorgaanbieder een instelling is verleent hij de Zorg aan de Verzekerde door middel van aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren die bevoegd en bekwaam zijn de Zorg te verlenen. Zij kunnen zich laten bijstaan door het voor de Zorgaanbieder werkzame hulppersoneel.
12. Partijen leggen schriftelijk vast welke beroepsbeoefenaren en hulppersoneel aan de Zorgaanbieder verbonden zijn en welke bijdrage zij verlenen aan de Zorg.
13. De aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren hebben met betrekking tot de beroepsinhoudelijke aspecten jegens de Zorgverzekeraar en eventuele verwijzers en voorschrijvers een eigen verantwoordelijkheid conform hetgeen bij of krachtens de (beroeps)wetgeving ten aanzien van de betrokken beroepsgroepen ofwel de desbetreffende Zorg is geregeld, als ook conform hetgeen gebruikelijk

is in de kring van de vrijgevestigde beroepsgenoten. Desgewenst kunnen Zorgverzekeraar en beroepsbeoefenaar ten aanzien van vorenbedoelde aspecten elkaar rechtstreeks aanspreken.

14. Onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de aan de Zorgaanbieder verbonden beroepsbeoefenaren, is de Zorgaanbieder ten volle verantwoordelijk en aansprakelijk voor de Zorg die zij aan de Verzekerde verlenen.

Artikel 3. Weigering zorgverlening

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

De Zorgaanbieder kan de Zorg weigeren of de aangevragen Zorg voortijdig beëindigen indien er gewichtige redenen bestaan op grond waarvan (voortgezette) verlening van de Zorg redelijkerwijs niet van hem kan worden verlangd, ondanks het (voort)bestaan van een indicatie en op voorwaarde dat er geen sprake is van een spoedeisende situatie of een noodsituatie. De Zorgaanbieder handelt hierbij in lijn met de meest recente 'Richtlijn niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van de KNMG. In geval van weigering of beëindiging van de verlening van Zorg doet de Zorgaanbieder schriftelijk - zo mogelijk vooraf - mededeling aan de Verzekerde van de weigering c.q. beëindiging en de redenen die daaraan ten grondslag liggen. De Zorgaanbieder neemt waar nodig en met toestemming van de Verzekerde tevens contact op met de Zorgverzekeraar teneinde gezamenlijk te trachten (de continuïteit van) de verlening van de Zorg te waarborgen.

Artikel 4. Kwaliteit van de Zorg

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

A. Algemene voorwaarden

De Zorgaanbieder verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om bij het leveren van de Zorg de eisen in acht te nemen die volgens de algemeen aanvaarde Professionele standaard redelijkerwijs aan de te leveren Zorg mogen worden gesteld en handelt in overeenstemming met de voor de Zorgaanbieder relevante wet- en regelgeving, waaronder (maar niet uitsluitend) de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet BIG, de AVG, en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en handelt conform de eisen gesteld in deze Overeenkomst.

B. Gedragsondersteuning

1. Het aanbod van de gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken voldoet aan evidence based medicine. Voor de specifieke kernelementen waaraan de gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken moet voldoen om in aanmerking te komen voor een vergoeding door de Zorgverzekeraar wordt ongewijzigd en onverkort verwezen naar de [CBO Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving herziening 2016](#), de [Zorgmodule Stoppen met Roken \(2009\)](#) en het kwaliteitsregister Stoppen met Roken.
2. Wanneer in deze Overeenkomst gesproken wordt over gedragsondersteuning bij het stoppen met roken wordt hiermee bedoeld:
 - a) Individuele begeleiding: Individuele gedragsmatige ondersteuning in de vorm van coaching, gedragstherapie of psychotherapie via face-to-face behandeling in minimaal vier sessies.
 - b) Telefonische begeleiding: Proactieve begeleiding waarbij rokers worden gebeld voor ondersteuning op van tevoren vastgestelde tijdstippen volgens een vast protocol. Deze vorm van ondersteuning bestaat altijd uit meerdere telefoongesprekken.
 - c) Groepstraining: Gedragsmatige ondersteuning binnen een groep, die bestaat uit minimaal vier bijeenkomsten van ten minste 10-20 minuten, verspreid binnen één maand plus vervolfbezoeken.
 - d) Online begeleiding: directe begeleiding door een stoppen met roken coach via bijvoorbeeld beeldbellen en eventueel ondersteund via internet of applicaties (apps) op een niet specifiek bepaald (mobiel) device.

C. Privacy en dossiervorming

Uniforme landelijke bepalingen

1. De Zorgaanbieder richt een dossier in conform de eisen van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). De Zorgaanbieder houdt bij de verwerking van persoonsgegevens in dit dossier de eisen van de Wgbo en de AVG in acht.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

2. De Zorgaanbieder registreert en bewaart op zorgvuldige wijze van elke Verzekerde de gegevens. De gegevens dienen te worden geregistreerd en beheerd volgens de richtlijnen van de Wgbo en de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
3. Het doorgeven van gegevens aan derden zonder toestemming van de Verzekerde is verboden behoudens indien de verstrekking van de gegevens plaatsvindt met achtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
4. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vastleggen van de minimale dataset (MDS). Deze bestaat minimaal uit:
 - a) AGB-code van de Zorgaanbieder;
 - b) een totaal overzicht van stoppercentages per therapie conform Russell Standard (Bijlage 1)
 - c) een overzicht per Verzekerde bestaande uit:
 - i. relatienummer
 - ii. geboortedatum en geslacht van de Verzekerde;
 - iii. valt de patiënt binnen het (DBC) zorgprogramma Astma/COPD, Diabetes, CVRM, longziekten of verslaving: ja/nee
 - iv. geleverde begeleiding:
 1. individuele begeleiding
 2. groepsbegeleiding,
 3. telefonische begeleiding,
 4. online begeleiding
 - v. ondersteunende farmacologische middelen
 - vi. aangevuld met e-health ondersteuning: ja/nee
 - vii. start- en einddatum begeleiding
 - viii. stopdatum roken
 - ix. reden einde behandeling:
 1. begeleiding afgerond
 2. begeleiding voortijdig afgebroken
 3. overlijden
 4. onbekend/overig
 - x. uitkomst behandeling:
 1. gestopt met roken
 2. niet gestopt met roken
 3. onbekend
 - xi. aantal behandelminuten besteed aan de Verzekerde gedurende de begeleiding
 - xii. aantal behandelminuten besteed aan follow-up in het eerste jaar na stopdatum
 - xiii. uitkomst 1 jaar na stopdatum:
 1. nog steeds gestopt met roken
 2. weer begonnen met roken.
 3. geen reactie ontvangen (is gelijk aan niet gestopt met roken).
5. De MDS wordt door de Zorgaanbieder cumulatief aangevuld per stoppoging/cursus.
6. De MDS wordt op 1 september 2023 door de Zorgaanbieder bij de Zorgverzekeraar aangeleverd. Aanlevering geschiedt door de Zorgaanbieder op een beveiligde en door de Zorgverzekeraar beschikbaar gestelde wijze (versleuteld, bijvoorbeeld middels Cryptshare).
7. De gegevens in de MDS worden door de Zorgverzekeraar gebruikt om de Zorgaanbieder te classificeren ten aanzien van kwaliteit van geleverde Zorg. De uiteindelijk vastgestelde classificatie bij de Zorgaanbieder, mede tot stand gekomen op basis van MDS gegevens, is onderdeel van het inkoopbeleid voor het opvolgende contracteerjaar dat gebruik maakt van gedifferentieerde tarieven op Zorgaanbieder-niveau. De resultaten van de Zorgaanbieder worden aan Verzekerden gecommuniceerd op <https://zorgvinder.cz.nl/>.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

D. Patiëntbejegening

1. De Zorgaanbieder neemt in zijn relatie tot de Verzekerde de algemeen aanvaarde patiëntrechten in acht.
2. De Zorgaanbieder draagt zorg voor goede voorlichting (ook online op eigen website) aan de Verzekerde over alle relevante aspecten van de aan hem te verlenen Zorg, waaronder de kwaliteit van de behandeling en de behaalde stop-resultaten van eerdere deelnemers, inclusief de stop-resultaten één jaar na verleende Zorg. De Zorgaanbieder verstrekt uitdrukkelijk ook informatie over de financiële aspecten van de Zorg en het effect op het eigen risico van de Verzekerde. Tekortkomingen op het gebied van transparantie (ook online op eigen website), over kwaliteit van de behandeling en behaalde stop-resultaten (van alle patiënten), jegens Verzekerden hebben een negatief effect op de door de Zorgverzekeraar vastgestelde classificatie zoals vastgesteld op grond van artikel 4.C lid 7.
3. Voor het geval de Verzekerde een keuzemogelijkheid heeft en zijn voorkeur voor bepaalde beroepsbeoefenaar heeft uitgesproken, voorziet de Zorgaanbieder erin dat deze Verzekerde zoveel mogelijk de Zorg van deze beroepsbeoefenaar ontvangt.
4. De Zorgaanbieder dient te beschikken over een interne klachtenregeling die voldoet aan de eisen die daaraan worden gesteld in de Wkkgz.

E. Opleiding/nascholing, inhoudelijke professionele kwaliteit

1. De Zorgaanbieder die de Zorg zelf verleent draagt er zorg voor dat hij wordt geregistreerd in het toepasselijke Kwaliteitsregister Stoppen met roken. Indien de Zorgaanbieder een instelling is, is hij verantwoordelijk voor tijdige inschrijving van de aan hem verbonden medewerkers in het Kwaliteitsregister Stoppen met roken.
2. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat hij en de eventueel aan hem verbonden beroepsbeoefena(a)r(en) handelen volgens de standaard die binnen de kring van beroepsgenoten algemeen aanvaard is. Door onder meer deelname aan deskundigheidsbevordering dienen zij te blijven beschikken over de kennis en kunde, die voor verlening van de Zorg volgens deze standaard noodzakelijk is.
3. De Zorgaanbieder c.q. de aan de Zorgaanbieder verbonden medewerkers werken, volgens, voor zover aanwezig, de landelijk vastgestelde kwaliteitsstandaarden, richtlijnen en protocollen zoals die voortvloeien uit de Zorgmodule Stoppen met Roken, de CBO-richtlijnen voor de Zorg en het kwaliteitsregister.
4. Zorgaanbieders c.q. de aan de Zorgaanbieder verbonden medewerkers die de gedragsondersteuning bij het stoppen met roken geven, moeten daarvoor een training hebben gevolgd bij een erkende instelling, waaronder Stivoro of Sinefuma.
5. Zorgaanbieders c.q. de aan de Zorgaanbieder verbonden medewerkers die stoppen-met-roken begeleiding bieden, dienen tenminste een hbo-vooropleiding te hebben en de basistraining voor Telefonische Coaching van 10 dagdelen te hebben gevolgd.
6. Zorgaanbieders c.q. de aan de Zorgaanbieder verbonden medewerkers die intensieve interventies uitvoeren zijn getraind in een motiverende gespreksvoering en in methoden voor gedragsmatige ondersteuning.

F. Continuïteit

1. De Zorgaanbieder treft voorzieningen die nodig zijn voor een continue verlening van de Zorg, en meldt omstandigheden die de continuïteit in gevaar brengen onverwijld aan de Zorgverzekeraar.
2. In geval de Zorgaanbieder of, indien de Zorgaanbieder een instelling is, een aan hem verbonden beroepsbeoefenaar krachtens een uitspraak gedaan op grond van de Wet BIG of het Wetboek van Strafrecht is geschorst in de uitoefening van zijn bevoegdheid, een maatregel is opgelegd, dan wel dat hij is doorgehaald in het toepasselijke beroepenregister en dit gevolgen heeft voor de te leveren Zorg door de Zorgaanbieder of een aan hem verbonden beroepsbeoefenaar aan de Verzekerden en/of dit gevolgen heeft voor de kwaliteit van de Zorg, meldt hij dit onverwijld aan de Zorgverzekeraar. Indien de Zorgverzekeraar toestaat dat de Zorgaanbieder gedurende de schorsing c.q. doorhaling wordt waargenomen, is de Zorgaanbieder verantwoordelijk voor regeling van een adequate waarneming.
3. Indien de Zorgaanbieder onderhevig is aan een onderzoek van de IGJ en/of de NZa stelt de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar hiervan direct in kennis en verstrekt een (voor zover relevant, geanonimiseerd) afschrift van ieder (niet) openbaar rapport van de IGJ en/of de NZa dat de Zorgaanbieder betreft voor zover relevant voor de uitvoering van de overeenkomst.

G. Waarneming

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat waarneming plaatsvindt bij afwezigheid wegens ziekte, vakantie, beroepsgerichte na- of bijscholing en daarmee vergelijkbare omstandigheden die van invloed zijn op de continuïteit van de verlening van Zorg.
2. Indien de waarneming langer zal duren dan twee maanden, doet de Zorgaanbieder hiervan schriftelijk mededeling aan de Zorgverzekeraar onder vermelding van de vermoedelijke duur van de waarneming en de naam (namen) en adres(sen) van de waarnemer(s). Hernieuwde mededeling is vereist indien de waarneming langer duurt dan aanvankelijk was opgegeven. Slechts indien de Zorgverzekeraar zijn akkoord wenst te onthouden aan de gemelde waarneming, zal dit binnen drie weken aan de Zorgaanbieder worden bericht, onder opgave van redenen.
3. De waarneming kan in beginsel niet langer duren dan twaalf aaneengesloten maanden. Daarna volgt een moment van evaluatie door Partijen. Verlenging van de waarneming is slechts mogelijk indien daarover overeenstemming bestaat tussen Partijen.
4. Voor de toepassing van deze overeenkomst is de Zorgaanbieder, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de waarnemer, ten volle tegenover de Zorgverzekeraar verantwoordelijk en aansprakelijk voor de te verlenen Zorg, tenzij de waarneming gebeurt door een beroepsgenoot tevens contractant van de Zorgverzekeraar.

H. Registratie bijwerkingen

Bij gebruik van farmacotherapeutische ondersteuning bij de gedragsondersteuning zal de Zorgaanbieder actief bijdragen aan de geneesmiddelenveiligheid in Nederland. De Zorgaanbieder meldt bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb (www.lareb.nl):

- potentiële (nieuwe) bijwerkingen;
- bijzondere aspecten van bekende bijwerkingen, zoals de ernst, het beloop;
- niet-werkzaamheid of ondeugdelijkheid van een geneesmiddel (o.a. voor herkenning van vervalste medicijnen).

I. Praktijkvoering en praktijkruimte

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een goede organisatie van zijn praktijk.
2. De Zorgaanbieder van individuele begeleiding en/of groepstraining verleent de Zorg in een adequaat ingerichte en geutiliteerde praktijkruimte, die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.

Artikel 5. Voorschrift en akkoordverklaring bij gedragsondersteuning met farmacotherapie

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

De Zorgaanbieder verleent de Zorg voor rekening van de Zorgverzekeraar, indien voor de Zorg een indicatie bestaat. Deze indicatie dient te blijken uit een schriftelijk(e) en gedateerd(e) voorschrift van de verwijzer bevoegd om farmacotherapeutische ondersteuning voor te schrijven.

A. Voorschrift

1. Het voorschrift dient voorafgaande aan de start van de verlening van de Zorg te zijn verstrekt.
2. Ieder (digitaal) voorschrift via de huisarts dient minimaal de volgende gegevens te bevatten:
 - naam, woonplaats en (digitale) handtekening van de voorschrijver;
 - naam, adres, geboortedatum en inschrijfnummer van de Verzekerde;
 - datum voorschrift;
 - de letters S.M.R.
3. Overige zorgverleners met een zorgovereenkomst Stoppen-met-roken dienen de farmacotherapie voor te schrijven via het "Landelijk uniform aanvraagformulier Stoppen met roken".
4. Het voorschrift dient leesbaar en achteraf raadpleegbaar te zijn waarbij de authenticiteit in voldoende mate gewaarborgd dient te zijn.
5. Indien bij de Zorgaanbieder twijfel rijst ten aanzien van de juistheid of volledigheid van het voorschrift of onderdelen daarvan, dan zal de Zorgaanbieder contact opnemen met de voorschrijver om hem te verzoeken

om een aanvulling op het voorschrift.

6. Met betrekking tot de geldigheidsduur van het voorschrift geldt als uitgangspunt dat het voorschrift maximaal 3 maanden geldig blijft totdat de verlening van de Zorg een aanvang neemt.
7. Wanneer in het licht van voorschrift en indicatiestelling meerdere behandelingen geacht kunnen worden adequaat te zijn, kiest de Zorgaanbieder te allen tijde voor de meest doelmatige behandeling.

B. Aanvraag en akkoordverklaring

1. Toestemming van de Zorgverzekeraar is vereist indien bij de gedragsmatige ondersteuning een éénmalige verlenging van de farmacotherapeutische ondersteuning met Bupropion (Zyban) of Nortriptyline (Notrilen) noodzakelijk is om de succeskans van de begeleiding te verhogen.
2. Een verlenging van het aansluitende gebruik van nicotinevervangende middelen, Varenicline (Champix) of Cytisine (Decigatan) mag éénmalig met een nieuw recept indien gedurende de periode van verlenging nog begeleiding plaatsvindt, maar zonder toestemmingsverklaring.
3. De Verzekerde of de Zorgaanbieder namens de Verzekerde vraagt de toestemmingsverklaring aan met inachtneming van de voorwaarden die te dien aanzien zijn opgenomen op de [website](#) van de Zorgverzekeraar. Deze eisen maken integraal onderdeel uit van deze overeenkomst.
4. De Zorgaanbieder verplicht zich om op eerste schriftelijk verzoek van de Zorgverzekeraar de originele voorschriften te overleggen.
5. Op grond van de bevindingen bij de achterafcontrole kan de Zorgverzekeraar besluiten het model van de veronderstelde akkoordverklaring als bedoeld in lid 1 van dit artikel, met ingang van een nader te bepalen datum tijdelijk of blijvend buiten werking te stellen.
6. De Zorgaanbieder stelt de Verzekerde voorafgaande aan het verlenen van de Zorg op de hoogte van de eis van akkoordverklaring en dat zonder deze toestemmingsverklaring de kosten van de Zorg niet door de Zorgverzekeraar worden vergoed.

Artikel 6. Praktijk- en patiëntenregistratie

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder registreert en levert, indien nodig, aan de Zorgverzekeraar de patiënten- en zorgverleninggegevens zoals omschreven in artikel 4.C.
3. Onverlet hetgeen ter zake in de wetgeving is bepaald, wordt de originele patiëntenregistratie ten minste vijf jaar na afloop van het betreffende kalenderjaar bewaard. Deze blijft, met inachtneming van het bepaalde in artikel 8 van deze overeenkomst (Controle), voor de Medische dienst van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoelinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.

Artikel 7. Informatie en gegevensuitwisseling

Uniforme landelijke bepalingen

Informatievoorziening aan de Verzekerde

1. De Zorgaanbieder draagt er zorg voor dat zijn patiënten conform de geldende NZa-regels worden 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 de werkwijze, klachtenregeling en openingstijden.
3. De Zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn Verzekerden conform de NZa-regels worden geïnformeerd over de zorgprestaties die voor vergoeding in aanmerking komen en de wijzigingen hierin.

Gegevensbeheer en -uitwisseling

4. Partijen leggen passende technische en organisatorische maatregelen aan om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of tegen enige vorm van onrechtmatige verwerking. Ook bij uitwisseling van persoonsgegevens worden de gegevens voldoende beveiligd. De zorgaanbieder spant zich in om voor wat betreft de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders onderling gebruik te maken van het Landelijk Schakelpunt. Het onderling uitwisselen van recepten en verwijzingen dient conform gemaakte afspraken in de keten plaats te vinden.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

5. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze Overeenkomst aangegane verplichtingen.
6. De Zorgaanbieder verstrekt onder andere de volgende informatie aan de Verzekerde:
 - a) informatie over het recht op Zorg volgens de polisvoorwaarden van de basisverzekering;
 - b) informatie over de inhoud van de Zorg zoals de behandel doelstellingen en de wijze waarop gewerkt wordt aan de doelbereiking (behandelplan);
 - c) informatie met betrekking tot het gebruik van en de vergoedingsvoorwaarden van farmacologische ondersteuning.
 - d) informatie over de wijze waarop kwaliteit van Zorg wordt geborgd;
 - e) informatie over de klachtenprocedure. De Zorgaanbieder wijst de Verzekerde op de mogelijkheden van het indienen van klachten en geeft aan volgens welke procedure dit loopt;
 - f) de wijze waarop de Zorgaanbieder omgaat met de persoonsgegevens van de Verzekerde.
7. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het volledig invullen en ondertekenen van het landelijk uniform aanvraagformulier Stoppen met roken zorg.
8. Indien de Zorgaanbieder in een zodanige (financiële) positie komt te verkeren dat de Zorg aan de Verzekerden gevaar loopt, informeert hij de Zorgverzekeraar hier terstond over. Ook in geval van een (aanstaande) surseance van betaling of faillissement informeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar terstond.

Artikel 8. Controle

Uniforme landelijke bepalingen

1. De Zorgverzekeraar voert formele en materiële controles met inachtneming van de eisen van de Zvw, de Rzv en het vigerende Protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland uit.
2. De Zorgverzekeraar streeft ernaar controles zo snel mogelijk uit te voeren. De Zorgverzekeraar hanteert een maximale termijn van **2 jaar** (t – 2 in shadejaren) om de materiele controle op te starten, mits de Zorgaanbieder zich houdt aan de afgesproken declaratieafspraken zoals overeengekomen in de Uniforme declaratieparagraaf behorende bij voornoemde artikel 9 waaronder de termijn van indiening van declaraties.
3. De Zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan een conform de Regeling zorgverzekering uitgevoerde controle.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

4. De Zorgverzekeraar kan een controle uitoefenen ten aanzien van de uitvoering van deze overeenkomst door de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder dient hier zijn medewerking aan te verlenen. De Zorgverzekeraar kan de controle uitvoeren al dan niet naar aanleiding van een vermoeden van niet (juiste) nakoming van de in deze Overeenkomst opgenomen verplichtingen door de Zorgaanbieder. De Zorgverzekeraar meldt schriftelijk een voorgenomen controle bij de Zorgaanbieder ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden, tenzij er reden is van die termijn af te wijken.
5. De controle als bedoeld in lid 1 en 4 van dit artikel zal niet onnodig belastend zijn voor de Zorgaanbieder en zich niet verder uitstrekken dan voor het doel van de controle noodzakelijk is.
6. De Zorgverzekeraar meldt een voorgenomen controle in de praktijk van de instelling ten minste 14 dagen voor het tijdstip dat de controle zal plaatsvinden tenzij er reden is van die termijn af te wijken. Reden om daarvan af te wijken is in ieder geval aan de orde in het geval onderzoek niet langer kan wachten omdat dit schadelijk is voor de Zorgverzekeraar of de Verzekerden of indien de onregelmatigheden door langer wachten niet of moeilijk zijn aan te tonen. Indien serieuze vermoedens van malversaties bestaan, zorgt de Zorgaanbieder dat de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar onmiddellijk na aankondiging van een controle toegang tot praktijk- en patiëntenregistratie van de Zorgaanbieder krijgen.
7. In aanvulling op lid 3 geldt dat de Zorgaanbieder op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering en artikel 5 van de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WVG verplicht is medewerking te verlenen aan een materiële controle die wordt uitgevoerd overeenkomstig de Regeling zorgverzekering. Dit houdt onder andere in dat de Zorgaanbieder de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar ter uitvoering van de controle in de praktijk toe dient te laten. Tevens is de Zorgaanbieder verplicht de bevoegde medewerkers die uitvoering geven aan de controle(s)

behulpzaam te zijn voor zover dat redelijkerwijs mag worden verwacht, waartoe uitdrukkelijk wordt gerekend dat de Zorgaanbieder desgevraagd actieve medewerking verleent aan het daadwerkelijk toegang verschaffen van de praktijk- en patiëntenregistratie.

8. Indien en voor zover de controle betrekking heeft op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de aanspraken van verzekerden is de Zorgaanbieder gehouden de Medische dienst van de Zorgverzekeraar met inachtneming van de daarvoor geldende wettelijke voorschriften inzage te geven in de medische dossiers van de Verzekerden. Op verzoek van de Zorgverzekeraar worden deze dossiers op beveiligde wijze (versleuteld), zoals bijvoorbeeld middels Cryptshare, door de Zorgaanbieder aan de Zorgverzekeraar beschikbaar gesteld.
9. De Zorgverzekeraar zal de Zorgaanbieder binnen twee maanden na de controledatum schriftelijk in kennis stellen van zijn controlebevindingen en de Zorgaanbieder binnen redelijke termijn de gelegenheid geven daarop schriftelijk te reageren (hoor en wederhoor).

Artikel 9. Honorering, declaratie en betaling

Uniforme landelijke bepalingen

Partijen verplichten zich hetgeen is vastgelegd in de zogenoemde Uniforme declaratieparagraaf (bijlage 1) na te leven.

Artikel 10. Verzekering en Vrijwaring

Uniforme landelijke bepalingen

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

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

3. Indien de Zorgverzekeraar door een derde, waaronder maar niet uitsluitend de Verzekerde, aansprakelijk wordt gesteld voor toerekenbare tekortkomingen in de verlening van de door de Zorgaanbieder geleverde Zorg, vrijwaart de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar ter zake van door hem geleden schade als gevolg van de aanspraak van deze derde, ongeacht of de Zorgaanbieder zelf tekort is geschoten dan wel dat de tekortkoming voor rekening van de Onderaannemer is.
4. In aanvulling op lid 1 geldt dat de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar garandeert dat eenzelfde soort verzekering is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde (rechts)personen die in het kader van de Overeenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van het polisblad en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekeringen.

Artikel 11. Hoofdelijke aansprakelijkheid

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. Indien de Zorgaanbieder die deze Overeenkomst aan is gegaan de rechtsvorm van een maatschap, CV of een vof heeft, zijn de maten respectievelijk vennoten ieder hoofdelijk aansprakelijk voor de verplichtingen die voortvloeien uit deze overeenkomst. Indien de Zorgverzekeraar aan haar verplichtingen voortvloeiende uit deze Overeenkomst voldoet jegens één van de maten dan wel vennoten, gelden deze verplichtingen als geheel voldaan jegens de Zorgaanbieder en kunnen afzonderlijke maten of vennoten geen vorderingen instellen voor de nakoming van (een deel) van deze verplichtingen door de Zorgverzekeraar.
2. De Zorgverzekeraar kan niet gebonden worden door onderlinge afspraken tussen de maten of vennoten, met betrekking tot de onderlinge verdeling dan wel afdwingbaarheid van uit de Overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen.

Artikel 12. Fraude

Uniforme landelijke bepalingen

1. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitvoering van fraudeonderzoek in ieder geval het bepaalde bij of krachtens de Wbp, de Zvw en de Rzv in acht.
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.

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

3. De Zorgverzekeraar kan een fraude onderzoek uitvoeren conform artikel 7.10 Regeling Zorgverzekering.
4. Onder fraude wordt verstaan de situatie waarin de Zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen ten nadele van bij de totstandkoming of uitvoering van een Overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de Verzekerde dan wel de Zorgaanbieder (of aan de Zorgaanbieder verbonden personen) geen recht heeft of recht kan hebben.
5. De Zorgaanbieder verliest bij door hem gepleegde fraude het recht op vergoeding uit hoofde van deze overeenkomst (betreffende het gedeelte waarop de fraude betrekking heeft), ongeacht de geleverde Zorg.
6. In geval van fraude kan de Zorgverzekeraar naar eigen keuze in ieder geval een of meerdere van de hierna beschreven maatregelen treffen:
 - a) de ten onrechte uitgekeerde betalingen en gemaakte onderzoekskosten terugvorderen;
 - b) deze overeenkomst met onmiddellijke ingang beëindigen;
 - c) registratie van fraude doen in de tussen verzekeringsmaatschappijen erkende signaleringssystemen;
 - d) een klacht indienen bij een tuchtrechtelijke instantie waarbij de Zorgaanbieder is aangesloten;
 - e) melding c.q. aangifte doen bij enige opsporingsdienst en/of het Openbaar Ministerie.
7. De in lid 6 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
8. De Zorgverzekeraar spant zich in om onterechte declaraties en fraude in de zorg zoveel mogelijk te bestrijden. Om die reden legt de Zorgverzekeraar (persoons)gegevens vast en kan de Zorgverzekeraar de gegevens delen met bevoegde derden waarmee de Zorgverzekeraar samenwerkt in het kader van veiligheid en integriteit van de Zorgverzekeraar en de branche.

Artikel 13. UBO (Ultimate Beneficial Owner)

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgaanbieder heeft geen UBO die vermeld staat op een sanctielijst zoals bedoeld in lid 2 van dit artikel.
2. Onverminderd hetgeen bepaald in lid 1 mag de Zorgverzekeraar op grond van de Sanctiewet- en regelgeving (waaronder de Sanctiewet 1977) nooit betalingen verrichten aan een Zorgaanbieder waarvan de UBO (uiteindelijk belanghebbende) is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving. Om dit te kunnen controleren maakt Zorgverzekeraar onder andere gebruik van het landelijk UBO-register en Vektis. De Zorgaanbieder draagt daartoe – indien voor hem een registratieplicht geldt - zorg voor een juiste UBO-registratie in het landelijk UBO-register en Vektis. Mocht de Zorgverzekeraar niet zelfstandig, onder andere door gebruikmaking van het UBO-register en Vektis, kunnen vaststellen wie de UBO van de Zorgaanbieder is, dan verstrekt Zorgaanbieder op eerste verzoek van Zorgverzekeraar deze informatie aan de Zorgverzekeraar.
3. De Zorgverzekeraar verricht nooit betalingen aan Zorgaanbieder indien blijkt dat de UBO van Zorgaanbieder is vermeld op een sanctielijst behorend bij de Sanctiewet- en regelgeving.
4. Indien Zorgverzekeraar de UBO van de Zorgaanbieder niet kan achterhalen en Zorgaanbieder na het eerste verzoek van de Zorgverzekeraar geen informatie verstrekt over de UBO (zoals bedoeld in lid 2), dan heeft Zorgverzekeraar de mogelijkheid om betalingen aan Zorgaanbieder op te schorten totdat Zorgverzekeraar meer duidelijkheid over de UBO van de Zorgaanbieder heeft verkregen.

Artikel 14. Duur en einde van de overeenkomst

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Overeenkomst treedt in werking en eindigt op de in deel I (Individueel Deel) onder rubriek D van deze Overeenkomst genoemde data.
2. De Overeenkomst eindigt tussentijds en zonder dat schriftelijke opzegging is vereist:
 - a) met wederzijds goedvinden;
 - b) indien de zorgaanbieder een instelling is in de zin van de Wtza: indien de toelatingsvergunning van de Zorgaanbieder op grond van de Wtza is ingetrokken of indien de Zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de Wtza.
3. Naast de wettelijke beëindigingsgronden kan de Overeenkomst verder met onmiddellijke ingang zonder rechterlijke tussenkomst, geheel of gedeeltelijk worden opgezegd:
 - a) door een der Partijen als de wederpartij (voorlopige) surseance van betaling verkrijgt;
 - b) door een der Partijen als de wederpartij zich in staat van kennelijk onvermogen om aan zijn financiële verplichtingen te voldoen bevindt of het onderwerp is van een procedure tot faillissement, gerechtelijk akkoord, vereffening, beslaglegging waardoor de verlening van Zorg (mogelijk) in gevaar komt of van elke andere soortgelijke procedure;
 - c) door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is: door faillissement of overlijden van de Zorgaanbieder of indien de persoon is toegelaten tot de Wsnp;
 - d) door de Zorgverzekeraar indien de Zorgaanbieder een rechtspersoon is: door faillissement of ontbinding van de rechtspersoon;
 - e) door de Zorgverzekeraar als de onderneming van of de beroepsuitoefening door de Zorgaanbieder beëindigd wordt dan wel ontbonden of (een deel daarvan) aan een derde wordt overgedragen en hiervoor voorafgaand geen instemming is gegeven door de Zorgverzekeraar;
 - f) door de Zorgverzekeraar indien de zeggenschapsverhouding binnen de instelling van de Zorgaanbieder naar het oordeel van de Zorgverzekeraar significant wijzigt door bijvoorbeeld overdracht van aandelen, omzetting, splitsing of fusie, tenzij de Zorgverzekeraar na voorafgaand overleg hiertegen geen bezwaar heeft;
 - g) door een der Partijen als de wederpartij haar verplichtingen uit de zorgovereenkomst na een ingebrekestelling (voor zover vereist), niet, niet behoorlijk of niet tijdig nakomt, al dan niet blijkend uit de uitkomsten van een controle;
 - h) door een der Partijen, als de wederpartij in een situatie van overmacht verkeert en aan te nemen is dat deze langer zal duren dan dertig kalenderdagen;
 - i) indien de Zorgaanbieder of een ten behoeve van de Zorgaanbieder werkzame zorgverlener een maatregel is opgelegd die gevolgen heeft voor de uitvoering van deze overeenkomst of die is geschrapt uit het toepasselijke beroepenregister;
 - j) als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang, fraude of bedreiging;
 - k) wanneer een der Partijen niet meer voldoet aan de definities in artikel 1 van deze overeenkomst.
4. De Zorgverzekeraar is bij beëindiging van deze overeenkomst op grond van één van de situaties zoals genoemd in lid 2 en 3 van dit artikel geen schadevergoeding uit welke hoofde dan ook aan de Zorgaanbieder verschuldigd.
5. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
6. Rechten en plichten die naar hun aard bestemd zijn om ook na beëindiging van deze overeenkomst voort te duren, blijven na beëindiging van deze overeenkomst bestaan. Tot deze verplichtingen behoren ondermeer aansprakelijkheid en geheimhouding.

Artikel 15. Wijzigingen in de overeenkomst

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. Als wijzigingen in wet- of regelgeving of andere Partijen bindende beslissingen aanpassing van de Overeenkomst noodzakelijk maken, treden Partijen zo snel mogelijk met elkaar in overleg om de bepalingen die gewijzigd moeten worden aan te passen. Dit met inachtneming van de oorspronkelijke

bedoeling van Partijen. Indien er geen overeenstemming wordt bereikt, kan elk der Partijen de Overeenkomst met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkost van de rechter is hier niet noodzakelijk.

2. 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.

Artikel 16. Toepasselijk recht en geschillen

Uniforme landelijke bepalingen

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. 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 Den Haag.

Artikel 17. Slotbepalingen

Zorgverzekeraarspecifieke bepalingen

1. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om een overeenkomst die is voorzien van doorhalingen en/of mededelingen van de Zorgaanbieder van welke aard dan ook, als ongeldig te beschouwen. Indien de Zorgverzekeraar van dit recht gebruikt maakt, zal hij de Zorgaanbieder daarvan schriftelijk in kennis stellen. In dat geval zal de Zorgverzekeraar de Zorgaanbieder eenmalig de overeenkomst alsnog toezenden en in de gelegenheid stellen binnen een termijn van drie weken door ondertekening en terugzending aan de Zorgverzekeraar de overeenkomst alsnog tot stand te brengen.
2. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Zorgverzekeraar is het de Zorgaanbieder, met uitzondering van het vestigen van pandrechten niet toegestaan rechten en verplichtingen uit deze overeenkomst geheel dan wel gedeeltelijk over te dragen aan derden of door derden te laten overnemen. Aan de toestemming kan de Zorgverzekeraar voorwaarden verbinden.
3. Ten aanzien van communicatie-uitingen (zoals reclame) geldt:
 - a) het is de Zorgaanbieder toegestaan het beeldmerk en/of woordmerk van de Zorgverzekeraar te gebruiken in communicatie-uitingen zolang het gebruik plaatsvindt in overeenstemming met het beleid van de Zorgverzekeraar. Het beleid inzake het gebruik van het logo en/of woordmerk is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
 - b) indien (het logo en/of woordmerk van) de Zorgverzekeraar in communicatie-uitingen van de Zorgaanbieder wordt gebruikt of genoemd, mag dit gebruik geen verband houden met doelen die niet verenigbaar zijn met het beleid en doelstellingen van de Zorgverzekeraar. Tevens mag het gebruik niet leiden tot verwarring bij de Verzekerden ten aanzien van onder andere de vergoeding van Zorg of de kosten van het zorggebruik.
 - c) Indien de Zorgaanbieder het beeldmerk en/of woordmerk van de Zorgverzekeraar in strijd met hetgeen bepaald onder a) en/of b) gebruikt, staakt de Zorgaanbieder dit gebruik op eerste verzoek van de Zorgverzekeraar. De Zorgverzekeraar kan, eventueel na sommatie, passende (rechts)maatregelen treffen als het gebruik niet wordt gestaakt.
4. Indien één of meerdere bepalingen van deze overeenkomst nietig c.q. onverbindend blijken te zijn, zullen de overige bepalingen van de overeenkomst van kracht blijven. Partijen zullen over de bepalingen die nietig c.q. onverbindend blijken te zijn overleg plegen teneinde een vervangende regeling te treffen, zodanig dat in zijn geheel de strekking van deze overeenkomst behouden blijft.
5. Op deze overeenkomst zijn de algemene voorwaarden van de Zorgaanbieder, onder welke naam of in de welke vorm dan ook, uitdrukkelijk niet van toepassing.
6. Het niet terstond uitoefenen van enig recht dat de Zorgverzekeraar op grond van de wet of deze overeenkomst heeft zal in geen geval worden geacht te zijn het doen van afstand van dat recht door de Zorgverzekeraar.

Bijlage 1: Stopcriteria conform Russell Standard

The criteria

- A 'treated smoker' (TS) is a smoker who undergoes at least one treatment session on or prior to the quit date and sets a firm quit date. Smokers who attend an assessment session but fail to attend thereafter would not be counted. Neither are smokers who have already stopped smoking at the time they first come to the attention of the services (but see note below about inpatients and pregnant smokers).
- A smoker is counted as a 'self-reported 4-week quitter' (SR4WQ) if s/he is a 'treated smoker', is assessed (face to face, by postal questionnaire or by telephone) 4 weeks after the designated quit date (minus 3 days or plus 14 days) and declares that s/he has not smoked even a single puff on a cigarette in the past 2 weeks.
- A smoker is counted as a 'CO-verified 4-week quitter' (4WQ) if s/he is a self-reported 4-week quitter and his/her expired-air CO is assessed 4 weeks after the designated quit date (minus 3 days or plus 14 days) and found to be less than 10ppm.
- A treated smoker is counted as 'lost to follow up at 4-weeks' (LFU4W) if, on attempting to determine the 4-week quitter status s/he cannot be contacted.
- A smoker is counted as a '52-week quitter' (52WQ) if s/he is a 'treated smoker', is assessed (face to face, by postal questionnaire or by telephone) 52 weeks after the designated quit date (plus or minus 30 days) and declares that s/he has not smoked more than 5 cigarettes in the past 50 weeks.
- A treated smoker is counted as 'lost to follow up at 52-weeks' (LFU52W) if, on attempting to determine the 52-week quitter status s/he cannot be contacted.

Calculating success rates

- The 4-week success rate (4WSR) is $4WQ/TS$.
- The self-reported 4-week success rate (SR4WSR) is $SR4WQ/TS$.
- The 52-week success rate (52WSR) is $52WQ/TS$.