



Overeenkomst Algemeen Deel

STOPPEN-MET-ROKENPROGRAMMA 2020



DEEL II: ALGEMEEN DEEL OVEREENKOMST

Inhoudsopgave

Artikel 1. Definities	3
a. <i>Farmacotherapie</i>	3
b. <i>Medische dienst</i>	3
c. <i>Partijen</i>	3
d. <i>Recept</i>	3
e. <i>Receptvrije geneesmiddelen</i>	3
f. <i>Tarieven</i>	3
g. <i>Verzekerde</i>	3
h. <i>Zorg</i>	3
i. <i>Zorgaanbieder</i>	3
j. <i>Zorgverzekeraar</i>	3
Artikel 2. <i>Zorg</i>	4
Artikel 3. <i>Weigering zorgverlening</i>	4
Artikel 4. <i>Kwaliteit van de Zorg</i>	4
Artikel 5. <i>Voorschrift en akkoordverklaring bij gedragsondersteuning met farmacotherapie</i>	8
Artikel 6. <i>Praktijk- en patiëntenregistratie</i>	8
Artikel 7. <i>Informatie en gegevensuitwisseling</i>	9
Artikel 8. <i>Controle</i>	9
Artikel 9. <i>Honorering, declaratie en betaling</i>	10
Artikel 10. <i>Verzekering en Vrijwaring</i>	11
Artikel 11. <i>Hoofdelijke aansprakelijkheid</i>	11
Artikel 12. <i>Fraude</i>	12
Artikel 13. <i>Duur en einde van de overeenkomst</i>	12
Artikel 14. <i>Toepasselijk recht en geschillen</i>	13
Artikel 15. <i>Slotbepalingen</i>	13
<i>The criteria</i>	15
<i>Calculating success rates</i>	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. Medische dienst

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.

c. Partijen

De partijen die deze overeenkomst zijn aangegaan.

d. 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.

e. Receptvrije geneesmiddelen

Zelfzorg geneesmiddelen, die niet Recept-plichtig zijn, zoals nicotine vervangende middelen en pleisters.

f. 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.

g. Verzekerde

De persoon die een overeenkomst van zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet heeft gesloten met de Zorgverzekeraar en recht heeft op de omschreven Zorg in natura dan wel op gehele of gedeeltelijke restitutie van de kosten van de omschreven Zorg.

h. 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).

i. Zorgaanbieder

In het geval de Zorgaanbieder een natuurlijk persoon is, dan betreft het de vrijgevestigd beroepsbeoefenaar 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. In het geval de Zorgaanbieder een rechtspersoon is, dan betreft het de instelling (met rechtspersoonlijkheid) die is ingeschreven in het kwaliteitsregister Stoppen-met-roken, die bedrijfsmatig de Zorg verleent als bedoeld onder h van dit artikel., en die deze overeenkomst is aangegaan.

Indien de Zorgaanbieder recept(plichtige) geneesmiddelen verstrekt, voldoet deze 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 Apotheker(s) is ingeschreven in het BIG-register, als bedoeld in rubriek B van deel I (Individueel Deel) van deze overeenkomst.

j. Zorgverzekeraar

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

Artikel 2. Zorg

1. 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 Zorgverzekeringswet, 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.
2. De Zorgaanbieder levert de in lid 1 van dit artikel 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 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 verplicht zich jegens de Zorgverzekeraar om kwalitatief verantwoorde Zorg te leveren. Hieronder wordt verstaan: Zorg die cliëntgericht, doeltreffend en doelmatig wordt geleverd en die naar redelijkheid is afgestemd op de behoefte van de Verzekerde.
4. De Verzekerde kan maximaal één keer per kalenderjaar een Stoppen-met-rokenprogramma volgen.
5. Tenzij de Zorgaanbieder een instelling is, verleent de Zorgaanbieder de Zorg persoonlijk, met uitzondering van het bepaalde in artikel 4.G (waarneming).
6. 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 hulp personeel.
7. Partijen leggen schriftelijk vast welke beroepsbeoefenaren en hulp personeel aan de Zorgaanbieder verbonden zijn en welke bijdrage zij verlenen aan de Zorg.
8. 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.
9. 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

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. 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

4.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, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en handelt conform de eisen gesteld in deze overeenkomst.

4.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 de 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: begeleiding via internet of applicaties (apps) op een niet specifiek bepaald (mobiel) device.

4.C Privacy en dossiervorming

1. 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.
2. 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.
3. 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 reactive ontvangen (is gelijk aan niet gestopt met roken).
- 4. De MDS, in waarvan het 2020 format door de Zorgverzekeraar beschikbaar wordt gesteld op uiterlijk 1 april 2020, wordt door de Zorgaanbieder cumulatief aangevuld per stoppoging/cursus.
- 5. De MDS wordt op 1 september 2020 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).
- 6. 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/>.

4.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 6.
- 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.

4.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 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.
- 3. 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.
- 4. Zorgaanbieders c.q. de aan de Zorgaanbieder verbonden medewerkers die telefonische begeleiding bieden, dienen tenminste een hbo-vooropleiding te hebben en de basistraining voor Telefonische Coaching van 10 dagdelen te hebben gevolgd.
- 5. 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.

4.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, dan wel hem de uitoefening van zijn beroep is ontzegd en dit gevolgen heeft voor de te leveren Zorg door de Zorgaanbieder 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. ontzegging 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.

4.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.

4.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):

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

4.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 geoutilleerde praktijkruimte, die voor de Verzekerde goed bereikbaar en toegankelijk is.

Artikel 5. Voorschrift en akkoordverklaring bij gedragsondersteuning met farmacotherapie

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.

5.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 zich in verbinding stellen met de voorschrijver of verwijzer 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.

5.B Aanvraag en akkoordverklaring

1. Een akkoordverklaring van de afdeling Medische Beoordelingen van de Zorgverzekeraar is vereist indien bij de gedragmatige ondersteuning een éénmalige verlenging van de farmacotherapeutische ondersteuning met Bupropion (Zyban) of Nortriptyline (Nortrilin) noodzakelijk is om de succeskans van de begeleiding te verhogen.
2. Een verlenging van het aansluitende gebruik van nicotinevervangende middelen en Varenicline (Champix) mag éénmalig met een nieuw recept indien gedurende de periode van verlenging nog begeleiding plaatsvindt, maar zonder akkoordverklaring.
3. De Verzekerde of de Zorgaanbieder namens de Verzekerde vraagt de akkoordverklaring 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 akkoordverklaring de kosten van de Zorg niet door de Zorgverzekeraar worden vergoed.

Artikel 6. Praktijk- en patiëntenregistratie

1. De Zorgaanbieder draagt zorg voor een adequate praktijk- en patiëntenregistratie.
2. De Zorgaanbieder registreert en levert, indien nodig, aan de Zorgverzekeraar, minimaal de patiënten- en zorgverleningsgegevens 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

1. Partijen verschaffen elkaar gevraagd en ongevraagd de inlichtingen die zij redelijkerwijs behoeven voor inzicht in de nakoming van de in deze overeenkomst aangegane verplichtingen.
2. Partijen behandelen de (persoons)gegevens van de betrokken Verzekerden en de Zorgaanbieders op wie die gegevens betrekking hebben die zij uitwisselen en onderling ter beschikking stellen vertrouwelijk en met inachtneming van de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens.
3. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het vullen en daarna het actueel, correct en volledig houden van zijn eigen persoons- en praktijkgegevens via de Invoer Module Zorg. De gegevens worden gepresenteerd in Zorgvinden op de websites van de Zorgverzekeraar.
4. 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.
5. De Zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het volledig invullen en ondertekenen van het landelijk uniform aanvraagformulier Stoppen met roken zorg.
6. 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

1. 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 onderhavige 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.
2. De Zorgverzekeraar kan periodiek formele en materiële controles uitvoeren conform de vigerende wet- en regelgeving, waaronder de Regeling Zorgverzekering. De Zorgverzekeraar neemt bij de uitoefening van een dergelijke controle de wet- en regelgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens in acht, alsmede de (nadere) regels die worden gesteld in artikel 87 Zorgverzekeringswet en, ten aanzien van de formele en materiële controle, hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering.
3. De controle als bedoeld in lid 1 en 2 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.
4. 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.

5. De Zorgaanbieder is op grond van artikel 7.4 lid 2 van de Regeling zorgverzekering verplicht 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.
6. 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.
7. 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

1. De Zorgaanbieder verleent de Zorg zonder enige betaling voor de Zorg door de Verzekerde, tenzij hierna anders wordt overeengekomen. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin een Verzekerde met een restitutiepolis uitdrukkelijk te kennen geeft zelf de declaratie van de Zorgaanbieder te willen ontvangen. In dat geval brengt de Zorgaanbieder de Zorg in rekening bij de Verzekerde tegen de tarieven zoals vastgelegd in deze overeenkomst.
2. Indien een Verzekerde met een chronische aandoening integraal bekostigde ketenzorg (inclusief het zorgprogramma voor stoppen met roken) ontvangt, mag de Zorgaanbieder de Zorg niet declareren bij de Zorgverzekeraar.
3. Indien er sprake is van onderaannemerschap bij een zorggroep (voor integraal bekostigde ketenzorg), mag de Zorgaanbieder de Zorg die onderdeel is van de DBC, waar de Zorgaanbieder als onderaannemer aan deelneemt, niet (rechtstreeks) bij de Zorgverzekeraar declareren. Declaratie bij de Zorgverzekeraar verloopt dan via de hoofdaannemer.
4. De Zorgaanbieder declareert bij de Zorgverzekeraar het volledige overeengekomen tarief zonder aftrek van de eigen bijdrage of het eigen risico.
5. De Zorgverzekeraar honoreert de Zorgaanbieder ter zake van aan de Verzekerde verleende zorg op basis van de door Partijen in bijlage I van het Individueel Deel (Deel I) van deze overeenkomst overeengekomen tarieven, indien en voor zover de Verzekerde op de dag van de behandeling actueel bij de Zorgverzekeraar verzekerd is, zulks met inachtneming van de overige bepalingen in dit artikel.
6. De prestatiecode “drop-out” dient gebruikt te worden bij Verzekerden die zelf het aangevangen begeleidingstraject afbreken alvorens een serieuze stoppoging wordt ondernomen, dat wil zeggen die stoppen na het intakegesprek en maximaal twee hierop volgende contactmomenten dan wel die maximaal 25% van het begeleidingstraject hebben gevolgd. De Zorgaanbieder heeft in dat geval vastgelegd wat de reden van het stoppen is en welke aantoonbare inzet van de Zorgaanbieder heeft plaatsgevonden om de Verzekerde binnen het begeleidingstraject te houden.
7. De Zorgaanbieder declareert de Zorg bij de Zorgverzekeraar in de maand die volgt op beëindiging van het zorgprogramma. De Zorgaanbieder dient deze declaraties in als verzamelnota, met als prestatiedatum (peildatum) de startdatum van het zorgprogramma.
8. Ingeval de Zorgaanbieder niet voldoet aan het bepaalde in lid 7 van dit artikel, is de Zorgverzekeraar niet gehouden de declaratie binnen de in lid 12 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen.
9. De Zorgaanbieder stelt de declaratie op met vermelding van alle gegevens die volgens de meest recente versie van het voor de onderhavige zorgsector toepasselijke rapport externe integratie “overige sectoren” op de declaraties dienen te worden vermeld.
10. De Zorgaanbieder declareert de Zorg door de declaratiegegevens via de internetapplicatie www.vecozo.nl aan te leveren.
11. De Zorgverzekeraar stelt retourinformatie over de via www.vecozo.nl ingediende declaraties, waaronder de afrekeningspecificatie, via www.vecozo.nl beschikbaar aan de Zorgaanbieder. De Zorgaanbieder kan de retourinformatie na afhandeling van de declaraties ophalen via www.vecozo.nl. De retourinformatie via www.vecozo.nl vervangt de papieren afrekening. De retourinformatie is tot twaalf maanden na verwerking van de declaratie beschikbaar.

12. De Zorgverzekeraar zal de declaraties die voor betaling in aanmerking komen binnen dertig kalenderdagen na ontvangst betaalbaar stellen aan de Zorgaanbieder. Onder betaalbaarstelling wordt verstaan het daadwerkelijk opdracht verstrekken aan de bank om tot betaling van de declaratie over te gaan.
13. De Zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor om ten onrechte gedane betalingen terug te vorderen of te verrekenen met nieuwe declaraties (inclusief doorberekeningen van de wettelijke rente).
14. Indien de Zorgverzekeraar door een oorzaak gelegen in zijn risicosfeer er niet in slaagt de declaratie binnen de in lid 12 van dit artikel genoemde termijn betaalbaar te stellen, stelt de Zorgverzekeraar een voorschot betaalbaar van in de regel 100% van het gedeclareerde bedrag. De Zorgverzekeraar stelt geen voorschot betaalbaar indien de oorzaak van de vertraging gelegen is in de risicosfeer van de Zorgaanbieder, bijvoorbeeld omdat de declaratie niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de declaratie worden gesteld.
15. Onverminderd zijn verplichting de declaraties conform lid 7 van dit artikel in te dienen, zal de Zorgaanbieder de Zorg die hij in enig kalenderjaar heeft geleverd uiterlijk twaalf maanden na de prestatiedatum declareren bij de Zorgverzekeraar. Na die datum ontvangen declaraties neemt de Zorgverzekeraar niet in behandeling, behoudens ingeval van overmacht aan de zijde van de Zorgaanbieder.
16. De Zorgaanbieder zal de declaratie die is afgewezen omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden die in deze overeenkomst aan de Zorg, de declaratie en/of de indiening daarvan worden gesteld, niet ter betaling aan de Verzekerde voorleggen. Bij overtreding van deze bepaling is de Zorgverzekeraar gerechtigd een eventuele vergoeding aan de Verzekerde te verrekenen met nieuwe declaraties van de Zorgaanbieder.
17. Zorg verleend buiten de kaders van de onderhavige overeenkomst en/of verzekeringspolissen van de Verzekerde komt niet voor vergoeding door de Zorgverzekeraar in aanmerking, behoudens in geval van overname van het incassorisico van de desbetreffende zorg door de Zorgverzekeraar op grond van een daartoe met de Zorgaanbieder gesloten overeenkomst.
18. De Zorgverzekeraar is gerechtigd ten onrechte uitbetaalde declaraties en overige opeisbare vorderingen te verrekenen met nog af te wikkelen declaraties van de Zorgaanbieder. De digitale, en overige gegevens over de declaratieverwerking en betaling in de bestanden van de Zorgverzekeraar, waar onder begrepen die van Vecozo, strekken Partijen tot volledig bewijs, behoudens tegenbewijs door de Zorgaanbieder.
19. Indien onder de Zorgverzekeraar beslag wordt gelegd ter verzekering van de rechten van een schuldeiser van de Zorgaanbieder, komen de extra kosten die de Zorgverzekeraar hier voor moet maken volledig voor rekening van de Zorgaanbieder.
20. Alle bescheiden en digitale gegevensbestanden die ten grondslag liggen aan de declaraties blijven vijf jaar voor de bevoegde medewerkers van de Zorgverzekeraar beschikbaar voor controledoeleinden, ook nadat deze overeenkomst een einde heeft genomen.

Artikel 10. Verzekering en Vrijwaring

1. De Zorgaanbieder sluit een adequate beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering af die voldoende dekking biedt. Daarnaast garandeert de Zorgaanbieder de Zorgverzekeraar dat eenzelfde soort verzekering is gesloten voor de door of vanwege de Zorgaanbieder ingeschakelde (rechts)personen die in het kader van deze overeenkomst Zorg verlenen maar niet onder de dekking van eerstgenoemde verzekering vallen. De Zorgaanbieder geeft op eerste verzoek aan de Zorgverzekeraar een kopie van de polis en de voorwaarden van de in dit kader relevante verzekeringen.
2. 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.

Artikel 11. Hoofdelijke aansprakelijkheid

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

1. De Zorgverzekeraar kan een fraude onderzoek uitvoeren conform artikel 7.10 Regeling Zorgverzekering.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. De in lid 4 van dit artikel beschreven sancties laten het recht van de Zorgverzekeraar om nakoming, beëindiging en/of schadevergoeding te vorderen onverlet.
6. 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. Duur en einde van de overeenkomst

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 WTZi: indien de toelating van de Zorgaanbieder op grond van de WTZi is ingetrokken of indien de zorgaanbieder niet langer voldoet aan de vereisten zoals gesteld in de WTZi of indien na het vervallen van de WTZi niet binnen de voor de Zorgaanbieder geldende termijn zoals gesteld in de Wtza een toelating wordt verleend op grond van de Wtza.
 - c) indien de zorgaanbieder een instelling is in de zin van de Wtza: indien de toelating 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 is geschrapt uit het toepasselijke beroepenregister;
 - j) als een der Partijen zich tegenover de wederpartij schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, dwang 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. Als wettelijke wijzigingen of andere 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 met inachtneming van een opzegtermijn van drie maanden opzeggen. Tussenkomen van de rechter is hier nietnoodzakelijk.
6. De opzegging van de overeenkomst, alsmede de eventueel daaraan voorafgaande ingebrekestelling, geschiedt schriftelijk aan de wederpartij.
7. 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 14. Toepasselijk recht en geschillen

- 1. Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing.
- 2. Partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de uit deze overeenkomst voortvloeiende geschillen in gezamenlijk overleg tot een oplossing te brengen. Voor zover dit niet mogelijk blijkt te zijn, kunnen geschillen worden voorgelegd aan de bevoegde Nederlandse rechter of de Onafhankelijke Geschilleninstantie Zorgcontractering.

Artikel 15. Slotbepalingen

- 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 gebruik 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 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 is te vinden op de website van de Zorgverzekeraar;
 - b) indien (het logo 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.



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 $52WQ/TS$.

Bron: West, West, R., et al., Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for the common standard. *Addiction*, 2005. 100, 299-303.