

DEEL I ZORGOVEREENKOMST ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTENZORG **[[2021-20X]]**

Partijen:

A. De zorgverzekeraar,

Eno Zorgverzekeraar N.V. en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V.
gevestigd te Deventer, voor haar labels:

- Salland Zorgverzekeringen (Uzovi-code 3347)
- HollandZorg (Uzovi-code 3347)
- ZorgDirect (Uzovi-code 3347)

hierna te noemen: 'Eno'

Hierbij rechtsgeldig vertegenwoordigd door Eno, statutair gevestigd te Deventer, rechtsgeldig vertegenwoordigd door **XXXXXXX**

en

B. De Zorgaanbieder ,

Naam, gevestigd te **plaats**, AGB-code **IPZ_code**,

hierna te noemen: 'de Zorgaanbieder'

komen overeen als volgt:

Inhoud van de overeenkomst

1. Deze overeenkomst bestaat uit twee delen:
 - Deel I - Zorgovereenkomst zintuigelijk gehandicaptenzorg **[[2021-2022]]**
 - Deel II - Zorgovereenkomst zintuigelijk gehandicaptenzorg
2. De volgende bijlagen maken deel uit van deze zorgovereenkomst:
 - Bijlage 1: Algemene inkoopvoorwaarden, waaronder ook de Uniforme declaratieparagraaf
 - Bijlage 2: Prestaties en tarieven zintuigelijk gehandicaptenzorg **[[2021-2022]]**
3. Op deze zorgovereenkomst zijn de Algemene Inkoopvoorwaarden en de Uniforme declaratieparagraaf van Eno van toepassing. De Zorgaanbieder verklaart een exemplaar van deze inkoopvoorwaarden te hebben ontvangen en daarvan te hebben kennisgenomen. Tevens verklaart de Zorgaanbieder hierbij kennis te hebben genomen van de antwoorden op de veel gestelde vragen zoals gepubliceerd op de website van Eno Zorgverzekeraar N.V.. Bij eventuele onduidelijkheden of tegenstrijdigheden tussen de inkoopvoorwaarden en de onderhavige zorgovereenkomst prevaleert de zorgovereenkomst boven de inkoopvoorwaarden.
4. Deze zorgovereenkomst geldt voor de periode van **[[1 januari 2021]]** tot en met **[[31 december 2022]]**.

Aldus opgemaakt te Deventer, **<datum>**

namens Eno,

namens de Zorgaanbieder,

XXX Naam:
XXX Functie:

DEEL II – ZORGOVEREENKOMST ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTENZORG

Artikel 1 - Definities

Verstaan wordt onder:

- a. Behandelplan: het onderdeel van de overeenkomst tussen verzekerde en Zorgaanbieder ten aanzien van de reden, het doel en de aard van de behandeling. Het behandelplan is gebaseerd op *evidence-based*, landelijk erkende behandelrichtlijnen. Het behandelplan wordt opgenomen in het patiëntendossier;
- b. Indicatiestelling: de op basis van professionele standaarden vastgestelde behoefte aan zintuiglijk gehandicaptenzorg (ZG) overeenkomstig de wettelijke aanspraak ZG;
- c. Tarieven: de tussen partijen overeengekomen prijs voor gecontracteerde prestaties die de Zorgaanbieder rechtsgeldig in rekening mag brengen;
- d. Treeknormen: landelijk vastgestelde aanvaardbare wachttijden voor ZG;
- e. Verblijf: verblijf in het kader van ZG-zorg, zoals beschreven in de nadere, meest recente beleidsregels en regelingen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);
- f. Verwijsbrief: hierin staan ten minste vermeld: een korte beschrijving van de klacht/aard van de aandoening, de reden van verwijzing en, voor zover van toepassing, de relevante voorgeschiedenis, de NAW-gegevens en de AGB-code van de verwijzer, de NAW-gegevens en geboortedatum van de verzekerde;
- g. WTZi: de Wet Toelating Zorginstellingen, zodra de WTZi is opgevolgd door de Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTZa) dient overal waar in deze overeenkomst en bijlagen de WTZi wordt genoemd de WTZa te worden gelezen.;
- h. Zintuiglijk Gehandicaptenzorg : de behandeling Zintuiglijk Gehandicaptenzorg als omschreven bij of krachtens de Zvw;
- i. Zorgproducten ZG: de prestaties zoals beschreven in de NZa beleidsregel 'Prestaties en tarieven Zintuiglijk Gehandicaptenzorg';
- j. Zvw: de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 - Zorg

1. De Zorgaanbieder verleent aan verzekerden van Eno zintuiglijk gehandicaptenzorg zoals omschreven in artikel 2.4 lid 1 i.c.m. art 2.5a. van het Besluit zorgverzekering en de meest recente NZa-beleidsregel en prestatiebeschrijving-beschikking zintuiglijk gehandicaptenzorg.
2. De zorgaanbieder beschikt over de vereiste WTZi-toelating voor de levering van ZG, zoals opgenomen in de Zvw, en hij voldoet aantoonbaar aan alle voorwaarden daarvoor, tenzij dit op grond van de wet niet langer is vereist.

Artikel 3 - Verwijzing

1. Voor aanvang van Zintuiglijk Gehandicaptenzorg is een verwijzing door middel van een verwijsbrief nodig. Voor Zintuiglijk Gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis is een verwijzing van een medisch specialist of een klinisch fysisch-audioloog van een audiologisch centrum benodigd. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.
2. Voor Zintuiglijk Gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking is een verwijzing van een medisch specialist benodigd op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan – als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden – ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.
3. Voordat de behandeling start overtuigt de Zorgaanbieder zich ervan dat de verwijzing op adequate wijze is gebeurd.
4. De originele verwijsbrief dient aanwezig te zijn in het dossier dat de Zorgaanbieder van de betreffende verzekerde aanlegt en moet op verzoek van de Eno worden overgelegd.
5. Een digitale verwijzing wordt gezien als een verwijsbrief, mits deze de gevraagde informatie bevat.
6. De datum van de verwijsbrief mag niet meer dan negen maanden voor de eerste aanmelding van de verzekerde bij de Zorgaanbieder liggen. Indien deze termijn wordt overschreden, verwijst de Zorgaanbieder de verzekerde terug naar de verwijzer.

Artikel 4 - Kwaliteit

1. In aanvulling op artikel 3 van de AIV draagt de Zorgaanbieder er zorg voor dat de zorgverlening binnen zijn organisatie ten minste voldoet aan de standaard die binnen de kring der beroepsgenoten algemeen aanvaard is. De Zorgaanbieder beschikt over aantoonbaar bekwaam en/of gekwalificeerd personeel voor de zorgverlening, waaronder begrepen de indicatiestelling. De Zorgaanbieder waarborgt dat de beroepsbeoefenaren bij de zorgverlening de eisen in acht nemen die voortvloeien uit de voor de beroepsgroep geldende wet- en regelgeving.
2. De Zorgaanbieder zorgt voor een goede en tijdige terugkoppeling aan de huisarts van de verzekerde over de behandeling.
3. De Zorgaanbieder verleent de zorg zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen de Treeknormen. Indien er een wachtlijst dreigt of de Treeknormen overschreden dreigen te worden, dient de Zorgaanbieder dit, inclusief oorzaak en plan van aanpak, tijdig te melden bij de Eno van betreffende verzekerde. De Zorgaanbieder informeert de wachtende verzekerde over de mogelijkheid tot wachttijdbemiddeling bij Eno.
4. De Zorgaanbieder vermeldt op de eigen website wat de wachttijden zijn.
5. De Zorgaanbieder beschikt over een geldig en extern getoetst kwaliteitscertificaat voor de totale organisatie.
6. De Zorgaanbieder voert jaarlijks een zelfevaluatie uit van de bereikte kwaliteit gebruikmakend van de aandachtsgebieden en indicatoren uit het voor de sector geldende landelijk kwaliteitskader. De Zorgaanbieder meet tweejaarlijks, gebruikmakend van de aandachtsgebieden en indicatoren uit het voor de sector geldende landelijk kwaliteitskader, de patiënttevredenheid.
7. De zelfevaluatie alsmede de patiënttevredenheid worden openbaar gemaakt. Tevens worden de gegevens goed vindbaar voor de verzekerde op de website van de Zorgaanbieder geplaatst. Eno kan de achterliggende gegevens van zelfevaluatie en patiënttevredenheid opvragen.
8. De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit. Hij borgt dit door een werkend kwaliteitssysteem dat landelijk en/of internationaal erkend is en dat gepaard gaat met een onafhankelijke toetsing (externe audit).
9. De zorgaanbieder voert jaarlijks een zelfevaluatie uit naar de bereikte kwaliteit, gebruikmakend van indicatoren uit het landelijk kwaliteitskader.
10. De zorgaanbieder is adequaat verzekerd voor bedrijfs- en beroepsaansprakelijkheid ter hoogte van minimaal € 2.500.000 (per gebeurtenis) of heeft deze per 1 januari 2021 aantoonbaar afgesloten.

Artikel 5 - Behandelplan

1. De Zorgaanbieder komt met de verzekerde een behandelplan overeen. Het behandelplan wordt binnen drie weken na start van de behandeling schriftelijk of elektronisch vastgelegd. Dit behandelplan zal met de verzekerde geëvalueerd worden. Het behandelplan voldoet minimaal aan de volgende eisen:
 - a. De verzekerde moet instemmen met het behandelplan.
 - b. De verzekerde of diens wettelijke vertegenwoordiger dient het behandelplan te ondertekenen. Als de Zorgaanbieder aantoont zich herhaaldelijk te hebben ingespannen voor ondertekening, maar de verzekerde en/of diens vertegenwoordiger blijft weigeren zonder opgave van reden, dan maakt de Zorgaanbieder hiervan aantekening in het behandelplan.
 - c. De regie en zeggenschap over het behandelplan ligt bij de verzekerde.
 - d. De verzekerde heeft te allen tijde inzage in het behandelplan.
 - e. Zelfmanagement en eigen kracht zijn leidend bij het opstellen van de doelen in het behandelplan.
 - f. Aard, omvang en beoogde duur van zorgverlening is altijd onderdeel van het behandelplan. Het behandelplan vermeldt daarnaast de prestaties.
 - g. De inhoud en omvang van het behandelplan zijn afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag.
 - h. Indien de aard en/of de omvang van de te leveren zorg met meer dan 10% verandert ten opzichte van de afspraken in het behandelplan wordt het behandelplan in overleg met de verzekerde en/of diens vertegenwoordiger aangepast. Voor deze wijziging tekenen zowel de verzekerde en/of diens vertegenwoordiger, als de Zorgaanbieder.
 - i. Het behandelplan bevat de te verwachten maximale totale realisatie, de zorg zoals opgenomen in het behandelplan wordt gemiddeld over de zorgperiode verleend.

2. De Zorgaanbieder maakt met de verzekerde afspraken over het moment (tijdstip en dag) en de aard, de omvang en de inhoud (soort) van de zorg die de Zorgaanbieder biedt, de plaats waar de zorg geleverd wordt en de functie van de (hoofd)behandelaar die de zorg levert en legt deze in het behandelplan vast.
3. Indien van toepassing is in het behandelplan vastgelegd hoe nazorg en overdracht van zorg wordt geregeld. Hieruit moet ten minste blijken op welke termijn deze afspraken gemaakt worden en welke afspraken er met de verzekerde gemaakt worden, zeker bij ontslag uit zorg en in het bijzonder bij verzekerden die geen of maar gedeeltelijk eigen regie kunnen voeren. Ook bij overdracht van zorg moet uit het behandelplan blijken of de Zorgaanbieder of de verzekerde zelf de nazorg wil regelen.

Artikel 6 - Prestaties en tarieven

1. De registratie van prestaties en de declaratie daarvan, gebeurt conform het gestelde hierover in de meest recente, van toepassing zijnde regelgeving met betrekking tot de ZG van de NZa.
2. Zorg verleend in opdracht van een andere Zorgaanbieder als onderdeel van een door de betreffende Zorgaanbieder uit te voeren prestatie wordt via onderlinge dienstverlening gedeclareerd bij de opdrachtgevende Zorgaanbieder. De opdrachtgevende Zorgaanbieder is uitsluitend bevoegd te declareren bij Eno.
3. Alleen de prestaties en tarieven die zijn vastgelegd in bijlage 2.
4. In aanvulling op artikel 3 lid 5 van de uniforme declaratieparagraaf declareert de Zorgaanbieder ten opzichte van de einddatum van de prestatie zo spoedig mogelijk doch uiterlijk binnen 180 dagen na afloop van de maand waarin de zorg is verleend bij Eno.

Artikel 7 – Einde van de zorgovereenkomst

1. Bij het beëindigen van de zorgovereenkomst door een van de partijen, is de Zorgaanbieder verplicht om verzekerden van Eno adequaat te informeren over de consequenties behorend bij het niet hebben van een zorgovereenkomst tussen de Zorgaanbieder en Eno. Tevens is de Zorgaanbieder op verzoek van de verzekerde verplicht het dossier over te dragen aan een andere zorgaanbieder of aan de verzekerde.

**BIJLAGE 2 PRESTATIES EN TARIEVEN ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTENZORG –
Auditief/communicatief**

Auditief/communicatief		Prestatiestructuur				Tarief
AC10	Intake en zorgtoewijzing (voor prestaties AC21 t/m AC42)	Direct uur				[[AC10]]
AC21	Behandeling doof/slechthorend exclusief groep	0 - < 5 jaar	D/SH	28 dagen		[[AC21]]
AC22	Behandeling doof/slechthorend inclusief groep			28 dagen		[[AC22]]
AC31	Behandeling TOS exclusief groep		TOS	28 dagen		[[AC31]]
AC32	Behandeling TOS inclusief groep			28 dagen		[[AC32]]
AC33	Behandeling individueel zonder groep	28 dagen		[[AC33]]		
AC41	Diagnostiek en behandelcoördinatie	> 5 jaar D/SH	5 - 23 jaar TOS	Alle leeftijden DB, ACVB	Direct uur	[[AC41]]
AC42	Behandeling				Direct uur	[[AC42]]
AC50	Reistoeslag (voor prestaties AC10 t/m AC42)	Contact				[[AC50]]

Indien er sprake is van behandeling met verblijf kunnen de prestaties AC41 en/of AC42 in rekening gebracht worden.

D/SH (Doof/SlechtHorend), TOS (Taal Ontwikkelstoornis), DB (DoofBlind) en ACVB (Auditief en/of communicatief Verstandelijk Beperkt).

VOOR

**BIJLAGE 2 PRESTATIES EN TARIEVEN ZINTUIGLIJK GEHANDICAPTENZORG –
Visueel**

Visueel	Prestatiestructuur		Tarief
V11 Kortdurende behandeling	K/J	Direct uur	[[V11]]
V12 Diagnostiek		Direct uur	[[V12]]
V13 Verdiepende diagnostiek		Direct uur	[[V13]]
V14 Uitgebreide behandeling		Direct uur	[[V14]]
V21 Kortdurende behandeling	Volwassenen	Direct uur	[[V21]]
V22 Diagnostiek		Direct uur	[[V22]]
V23 Verdiepende diagnostiek		Direct uur	[[V23]]
V24 Uitgebreide behandeling		Direct uur	[[V24]]
V31 Observatie met verblijf	Verblijf	Week	[[V31]]
V32 Intensieve behandeling met verblijf		Week	[[V32]]
V41 Intermitterende visuele behandeling	IVB	Direct uur	[[V41]]
V51 Visuele expert consultatie	VEC	Traject	[[V51]]
V52 Uitgebreide visuele expert consultatie		Traject	[[V52]]
V60 Reistoeslag (voor prestaties V11 t/m V41)	Contact		[[V60]]