



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Eno Zorgverzekeraar N.V. te Deventer en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. te Deventer

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), zelfstandig beheer

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11, 13a en 14 Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019, art. 6:248 BW

Zaaknummer : 202000198

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 1) Eno Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, en
- 2) Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. te Deventer,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 21 augustus 2020 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 december 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 februari 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) alsmede de Aanvullende verzekering en de Tandartsverzekering (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster was voorafgaand aan 2019 verzekerd bij een andere zorgverzekeraar. Deze heeft een machtiging voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (PGB vv) afgegeven tot en met 31 december 2019. Verzoekster is per 1 januari 2019 overgestapt naar de ziektekostenverzekeraar. Zij stond toen onder bewind. De ziektekostenverzekeraar heeft op grond van de door de zorgverzekeraar afgegeven machtiging aan verzoekster een PGB vv toegekend op basis van tien uren Persoonlijke Verzorging per week. Hierover is verzoekster op 30 januari 2019 per brief geïnformeerd.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar is in 2019 overgegaan tot een rechtmatigheidsonderzoek naar het PGB vv van verzoekster. In dit kader zijn bij haar stukken opgevraagd en is zij door hem geïnterviewd. De uitbetaling van het PGB vv is vervolgens opgeschort per 1 mei 2019. Verzoekster is hierover op 29 mei 2019 per brief geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 22 juli 2019 per brief bericht over de uitkomsten van het rechtmatigheidsonderzoek en haar meegedeeld dat hij het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 mei 2019 beëindigt.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 14 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing ten aanzien van de beëindiging van het PGB vv handhaaft. De kantonrechter heeft het bewind van verzoekster met ingang van 24 september 2020 opgeheven.



4. Geschil

- 
- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv voor de periode van 1 mei 2019 tot halverwege juli 2019 moet herstellen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.



5. Bevoegdheid van de commissie

- 
- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 25 van de voorwaarden van de zorgverzekering.



6. Beoordeling

- 
- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over toestemming, verpleging en verzorging, en het persoonsgebonden budget alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.



Standpunt verzoekster

- 
- 6.2. Verzoekster heeft gesteld dat haar zorgverlener recht heeft op uitbetaling met betrekking tot de tweeënhalve maand waarin zorg is verleend. De ziektekostenverzekeraar heeft volgens haar verklaard dat het betreffende bedrag zou worden uitbetaald via de Sociale Verzekeringsbank (SVB). De ziektekostenverzekeraar heeft het PGB vv op 26 juli 2019 beëindigd.
- 
- 6.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar eerder laten weten dat zij een bewindvoerder had. Bovendien had de ziektekostenverzekeraar zich ervan moeten vergewissen of er een bewindvoerder was door het Centraal curatele- en bewindregister te raadplegen. Omdat dit niet is gebeurd, kan hij zich niet beroepen op onbekendheid met het bewind en de hieruit voortvloeiende beëindiging van het PGB vv. Daarbij kan hij zich niet (meer) beroepen op onbekendheid met het bewind vanaf het moment dat de bewindvoerder contact met hem heeft gehad.
- 
- 6.4. Verzoekster heeft erkend niet te hebben gehandeld in overeenstemming met de voorwaarden door de zorgverlener contant te betalen. Dit is mede gebeurd doordat zij niet op de hoogte was van de wijzigingen van de op haar rustende verplichtingen die gepaard gingen met de overstap naar de ziektekostenverzekeraar per 1 januari 2019. Verzoekster ging uit van de voorwaarden die werden gehanteerd door haar voormalige zorgverzekeraar. Materieel gelden de overgelegde kwitanties echter als geldige betaalbewijzen. Hieruit blijkt dat het PGB vv steeds is ingezet om de zorgverlener te betalen. Ook dit laatste maakt dat verzoekster zich niet kan verenigen met de beëindiging van het PGB vv.
- 
- 6.5. Verzoekster merkt voorts op dat, voor zover bij haar bekend, de ziektekostenverzekeraar haar toenmalige bewindvoerder niet heeft benaderd. Deze heeft echter ingestemd met een verzoek op basis van artikel 4.2 van het 'Reglement pgb wijkverpleging Salland Zorgverzekeringen 2019' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement), waarbij het PGB vv - onder door de ziektekostenverzekeraar te stellen voorwaarden - met terugwerkende kracht kan worden hervat.



Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij op basis van het uitgevoerde rechtmatigheidsonderzoek diverse onregelmatigheden en schendingen van verplichtingen

heeft geconstateerd. Zo komt de ingangsdatum van de zorgovereenkomst niet overeen met de ingangsdatum van de indicatie. Verder komen de in de zorgovereenkomst benoemde werkdagen van de zorgverlener niet overeen met de werkdagen die volgen uit de urenbriefjes. In de zorgovereenkomst wordt voorts gesproken over werkzaamheden van verpleging en verzorging, terwijl de indicatie alleen ziet op Persoonlijke Verzorging.

Gebleken is daarnaast dat de zorgverlener de administratie ten aanzien van het PGB vv doet. Tevens heeft verzoekster de zorgverlener contant betaald.

- 6.7. Bewijzen van contante betalingen zijn ingevolge het reglement geen geldige betaalbewijzen. Verzoekster is duidelijk niet op de hoogte van de verplichtingen die horen bij het PGB vv. Ook heeft zij verzuimd de ziektekostenverzekeraar bij aanmelding of op een later moment, bijvoorbeeld in één van de ruim tachtig met hem gevoerde telefoongesprekken, ervan op de hoogte te brengen dat zij onder bewind was gesteld. Dit is in strijd met de op haar rustende verplichtingen zoals vermeld in artikel 11.7 en 10.5 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar. Hiermee is hij pas op 21 mei 2019 bekend geraakt door een telefoontje van de bewindvoerder van verzoekster. Hierdoor zijn gelden uitbetaald op haar leefrekening, zonder goedkeuring bewindvoerder. Het PGB vv is op grond van artikel 15.2 van het reglement per 1 mei 2019 beëindigd. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit besluit voldoende rekening gehouden met de belangen van verzoekster. Hoewel is komen vast te staan dat reeds vanaf 1 januari 2019 niet werd voldaan aan de verplichtingen, is het PGB vv eerst beëindigd per 1 mei 2019. Hierbij heeft de ziektekostenverzekeraar onder andere rekening gehouden met de aanwezige kwitanties.
- 6.8. Verzoekster is in de toekenning van 15 januari 2019 erop gewezen dat zij zich moet houden aan de verplichtingen zoals bedoeld in het reglement. Deze voorwaarden voor een PGB vv zijn bij vrijwel alle zorgverzekeraars identiek. Van gewijzigde verplichtingen, zoals die waarop verzoekster zich beroept, lijkt dan ook geen sprake. Dit geldt in ieder geval ten aanzien van de voorwaarde dat bewijzen van contante betalingen niet worden geaccepteerd.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de vaste lijn van de commissie is dat er voldoende grond is voor beëindiging van een PGB vv als niet is voldaan aan de verplichting dat het dossier bancaire betaalbewijzen moet bevatten. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een uitspraak van 22 mei 2019 met zaaknummer 201800927. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid het PGB vv onder voorwaarden opnieuw toe te kennen. Er zijn meerdere weigeringsgronden van toepassing, te weten die uit artikel 5.1, onderdeel a, en artikel 5.2, onderdeel a, van het reglement. In het kader van de eerste afwijsground verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de bevindingen uit zijn rechtmatigheidsonderzoek. Met betrekking tot de tweede afwijsground tekent hij aan dat de bewindvoerder blijkbaar niet op de hoogte was van het PGB vv en de contante betalingen, door verzoekster, aan de zorgverlener.
- 6.10. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft in het kader van zijn bemiddeling verwezen naar het bindend advies van de commissie van 5 februari 2020 met zaaknummer 201800512. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de kwestie die toen speelde qua omstandigheden niet vergelijkbaar is met de onderhavige zaak. Zo is er geen sprake van een terugvordering. Uitbetaling van het PGB vv is reeds per 1 mei 2019 opgeschort, omdat de bewindvoerder eind mei 2019 heeft verzocht niet meer rechtstreeks aan verzoekster uit te keren. In de onderhavige situatie zijn meerdere verplichtingen niet nagekomen en onregelmatigheden geconstateerd. Daarnaast staat niet vast dat verzoekster vanaf 1 mei 2019 daadwerkelijk zorg heeft afgenomen. Zij beschikt, anders dan de verzoekende partij in vorenbedoeld bindend advies, niet over bankafschriften. Kwitanties van contante betalingen hebben niet dezelfde bewijskracht als bankafschriften en zijn, als gezegd, op grond van het reglement bovendien geen geldige betaalbewijzen.

Overwegingen

- 6.11. In artikel 15.2 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar is bepaald wanneer een PGB vv, eventueel met terugwerkende kracht, kan worden beëindigd of gewijzigd. Gelet op het verzoek dat aan de commissie is voorgelegd, vormt de rechtmatigheid van de beëindiging vanaf half juli 2019

voor verzoekster geen punt van geschil. Het geschil ziet op de beëindiging van het PGB vv over de periode van 1 mei 2019 tot half juli 2019. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat aan diverse eisen zoals opgenomen in de artikelen 5.1 en 5.2 van het reglement door verzoekster niet is voldaan. Zij is niet in staat gebleken te voldoen aan de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen. Onder andere staat vast dat verzoekster geen bancaire bewijzen kan overleggen van de aan zorgverleners betaalde bedragen. Dit is de reden dat het PGB vv mocht worden beëindigd. De gronden voor beëindiging van een PGB vv met terugwerkende kracht zijn identiek aan die voor beëindiging naar de toekomst. Het PGB vv mocht dan ook op grond van het reglement met terugwerkende kracht tot 1 mei 2019 worden beëindigd.

- 6.12. Vervolgens is de vraag aan de orde of er in de situatie van verzoekster omstandigheden zijn die in de weg staan aan toepassing van artikel 15.2 van het reglement. De commissie overweegt dat toepassing van artikel 6:248, tweede lid, Bzv afhankelijk is van de specifieke omstandigheden. Of beëindiging van een PGB vv met terugwerkende kracht leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, moet van geval tot geval worden beoordeeld. Hoewel het in de onderhavige situatie niet gaat om een terugvordering, zoals door de ziektekostenverzekeraar gesteld, betekent beëindiging met ingang van 1 mei 2019 dat mogelijk kosten voor rekening van verzoekster blijven. In zoverre kan beëindiging met terugwerkende kracht dan tot financieel nadeel leiden aan de zijde van verzoekster.
- 6.13. Gelet op artikel 11.5, onderdeel e, van het reglement, lag het op de weg van verzoekster de zorgverlener bancaire te betalen. De commissie overweegt in dit verband dat de ziektekostenverzekeraar een reëel belang heeft bij bancaire betaalbewijzen in plaats van kwitanties, met name in het kader van fraudebestrijding. Voorts staat ook anderszins niet vast dat aan verzoekster na 1 mei 2019 Persoonlijke Verzorging is verleend of dat zij, voor zover dit wel is gebeurd, haar zorgverlener hiervoor – contant – heeft betaald.
- 6.14. Verder merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk niet de mogelijkheid heeft gehad de aanspraak van verzoekster op een PGB vv te beoordelen. Hij was met het oog op artikel 14, vijfde lid, Zvw gehouden op basis van de destijds nog geldige machtiging van de voormalige zorgverzekeraar een PGB vv aan verzoekster te verlenen. Daarbij kon hij de geschiktheid van verzoekster ten aanzien van het beheer van het PGB vv niet beoordelen, en treft hem in die zin geen verwijt.
- 6.15. Ten aanzien van de bewindvoering heeft verzoekster weliswaar gesteld dat zij de ziektekostenverzekeraar vóór 21 mei 2019, de datum waarop de bewindvoerder volgens de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact met hem opnam, heeft geïnformeerd over het bewind, maar dit is door haar niet aannemelijk gemaakt. Het was, gelet op artikel 11.7 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar, aan verzoekster de ziektekostenverzekeraar tijdig over het instellen van het bewind te informeren. Overigens is ook niet gebleken dat de bewindvoerder zelf contact heeft gezocht met de ziektekostenverzekeraar in de periode vóór 21 mei 2019 en evenmin is komen vast te staan dat er concrete aanwijzingen waren waaraan de ziektekostenverzekeraar een vermoeden had moeten ontlenen dat er sprake was van bewindvoering. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij de toekenning van het PGB vv op 30 januari 2019, onder verwijzing naar zijn reglement en de vindplaats hiervan, erop gewezen dat aan het PGB vv verplichtingen zijn verbonden die zij deze moest naleven. De in dit reglement opgenomen voorwaarden bepalen na 1 januari 2019 de aanspraak op het PGB vv. De vraag of deze voorwaarden al dan niet afwijken van die van de voormalig zorgverzekeraar, zoals door verzoekster is betoogd, doet dan ook niet ter zake. Verzoekster had kunnen en moeten begrijpen dat haar handelwijze zou kunnen leiden tot beëindiging. Door deze ongewijzigd te continueren en zorg te blijven inkopen bij de zorgverlener, heeft zij het risico aanvaard dat het PGB vv, al dan niet met terugwerkende kracht, kon worden beëindigd.
- 6.16. De commissie stelt daarnaast vast dat de ziektekostenverzekeraar rekening heeft gehouden met de situatie van verzoekster door het PGB vv pas te beëindigen met terugwerkende kracht vanaf 1 mei 2019, in plaats van 1 januari 2019.



Verzoekster had gedurende de periode van 1 mei 2019 tot medio juli 2019 een indicatie voor tien uren Persoonlijke Verzorging per week. Dat zorg is geïndiceerd die niet onder de Zvw valt, zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, komt vanwege de afgifte van de machtiging door de voormalige zorgverzekeraar van verzoekster in samenhang met artikel 14, vijfde lid, Zvw voor zijn rekening en risico, en behoeft geen verdere bespreking. Dat verzoekster, ondanks de aanwezigheid van een indicatie voor Persoonlijke Verzorging, nu mogelijk toch wordt geconfronteerd met voor eigen rekening blijvende kosten voor deze zorg, brengt in de onderhavige situatie niet met zich dat toepassing van artikel 15.2 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar op zichzelf genomen leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

- 
- 
- 
- 6.17. Verzoekster heeft nog gewezen op het recht van haar zorgverlener op betaling voor de geleverde zorg. De commissie overweegt dat de betalingsverplichting jegens de zorgverlener rust op verzoekster en niet op de ziektekostenverzekeraar. De keuze voor een PGB vv brengt immers met zich dat verzoekster zelf verantwoordelijk is voor de inkoop van de geïndiceerde Persoonlijke Verzorging, en daarmee voor de betaling van degene bij wie zij deze zorg inkoopt.

- 
- 6.18. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 februari 2021,



J.W. Heringa



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
 - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
 - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rehtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en

weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.

4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste 23 euro per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

- a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;
- b. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
 - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
 - a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Zorgverzekeringswet

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13

1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
2. De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op.
3. Indien bij of krachtens de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in artikel 11, is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de desbetreffende vorm van zorg of dienst berekent.
4. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk.
5. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar.

Op de verzekering is Nederlands recht van toepassing.

15. Aan welke informatieplichten moet u voldoen?

U (verzekerde/verzekeringnemer) bent verplicht:

- als u zorg krijgt in een ziekenhuis of polikliniek, zich te legitimeren aan de hand van een rijbewijs, een paspoort, een Nederlandse identiteitskaart of een vreemdelingendocument (identiteitsbewijzen als bedoeld in de Wet op de identificatieplicht);
- de zorgaanbieder die u behandelt te vragen de reden van behandeling bekend te maken aan de medisch adviseur, als de medisch adviseur daarom vraagt;
- ons medewerking te verlenen voor het verkrijgen van alle door ons gewenste informatie;
- ons spoedig op de hoogte te brengen van alle feiten en omstandigheden die voor een juiste uitvoering van de verzekering van betekenis kunnen zijn, waaronder verhuizing, geboorte, overlijden, wijziging IBAN, echtscheiding, einde deelname aan een collectiviteit of die tot het einde van uw verzekering hebben geleid of kunnen leiden.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) zich niet houdt aan de informatieplichten die in dit artikel en in de overige verzekeringsvoorwaarden staan genoemd, heeft u geen recht op de zorg, als onze belangen hierdoor zijn geschaad.

Als wij tot de conclusie komen dat de verzekering zal eindigen of geëindigd is, melden wij dit u (verzekeringnemer) zo spoedig mogelijk, onder vermelding van de reden daarvan en de datum waarop de verzekering eindigt of geëindigd is.

Onze mededelingen aan u (verzekerde/verzekeringnemer) gelden alleen als wij deze schriftelijk of, met uw toestemming, per e-mail hebben bevestigd. Als wij gebruik maken van het laatst bij ons bekende woonadres of e-mailadres van u (verzekerde/verzekeringnemer) dan mogen wij ervan uitgaan dat de mededeling u (verzekerde/verzekeringnemer) heeft bereikt.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons een e-mailbericht stuurt, mogen wij ervan uitgaan dat u daarmee toestemming geeft dat wij daarop reageren per e-mailbericht.

Als u (verzekerde/verzekeringnemer) ons toestemming heeft gegeven voor het elektronisch verzenden van mededelingen, kunt u (verzekerde/verzekeringnemer) die toestemming weer intrekken. Dat kan op een van de volgende manieren:

- schriftelijk. Een schriftelijk verzoek moet zijn gericht aan Salland Zorgverzekeringen, Polisadministratie, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- per e-mail aan info@salland.nl;
- via het wijzigingsformulier op www.salland.nl/wijzigen.

16. Wat moet u doen als een ander aansprakelijk is voor de zorgkosten?

Het kan gebeuren dat u door toedoen van een ander zorg nodig heeft, bijvoorbeeld als gevolg van een ongeval. Die persoon kan aansprakelijk zijn voor de kosten van de zorg die u daardoor nodig heeft.

Als iemand anders mogelijk aansprakelijk is voor de kosten van de zorg aan u, bent u verplicht dat ons te melden. Dat kan op verschillende manieren:

- telefonisch via (0570) 68 74 84;
- schriftelijk. Richt de brief aan Salland Zorgverzekeringen, Verhaal, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (postzegel niet nodig);
- per e-mail aan verhaal@salland.nl;
- via het formulier 'schade door ongeval' op www.salland.nl/schade. Via onze website krijgt u direct een globale indicatie of verhaal van schade door uzelf of door ons misschien mogelijk is.

U bent verplicht ons de informatie te geven die wij nodig hebben om de kosten van de zorg aan u te verhalen op die andere persoon.

U mag geen afspraken maken met een ander of de aansprakelijkheidsverzekeraar van die ander, die onze mogelijkheden om de zorgkosten te verhalen benadelen of kunnen benadelen. Dat geldt niet als u vooraf schriftelijke toestemming van ons heeft gekregen.

Als onze mogelijkheden om de zorgkosten te verhalen door uw toedoen of uw nalaten zijn benadeeld, kunnen wij u aansprakelijk stellen voor de door ons geleden schade en ontstane kosten.

17. Welke aansprakelijkheidsbeperking geldt er?

Wij zijn niet aansprakelijk voor schade die u (verzekerde/verzekeringnemer) lijdt als gevolg van het doen of nalaten van een zorgaanbieder die u zorg heeft verleend of had moeten verlenen.