



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te B en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), ingangsdatum

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met
2.15 c Bzv, 2.19a tot en met 2.29c Rzv, art. 6:248 BW

Zaaknummer : 201901885

Zittingsdatum : 1 april 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te B, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 4 december 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 24 februari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 27 februari 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 april 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Zorg Plan Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Start en T Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (verder: PGB vv) toegekend voor 22 uren en 28 minuten Persoonlijke Verzorging en 80 uren en 55 minuten Verpleging per week (verder: toekenning I). Deze toekenning zag op de periode van 14 augustus 2017 tot en met 13 augustus 2019. Op 20 juni 2019 is bij verzoeker een herindicatie verricht. Ten behoeve van verzoeker is vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een nieuw PGB vv conform de herindicatie. Deze indicatie zag op 44 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging en 69 uren en 5 minuten Verpleging per week voor de periode van 14 augustus 2019 tot en met 14 augustus 2021. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag gedeeltelijk ingewilligd, namelijk voor 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging en 15 uren en 50 minuten Verpleging per week en voor de periode van 20 juni 2019 tot en met 31 oktober 2019 (toekenning II). Als voorwaarde is hierbij door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat zorg in natura wordt ingezet en dat een nieuwe herindicatie bij verzoeker wordt verricht. Verzoeker is over deze beslissing bij brief van 5 september 2019 geïnformeerd.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht toekenning I in stand te laten, in afwachting van de nieuwe herindicatie. Bij brief van 17 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij toekenning II handhaaft.
- 3.4. Bij verzoeker is op 23 september 2019 een tweede herindicatie ('second opinion') verricht. In vervolg hierop is ten behoeve van verzoeker opnieuw een aanvraag voor een PGB vv ingediend. Deze aanvraag had betrekking op 47 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de

periode van 23 september 2019 tot en met 23 september 2020. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag gedeeltelijk ingewilligd, namelijk voor 42 uren zorg per week (toekenning III). Deze toekenning ziet op de periode van 20 juni 2019 tot en met 19 juni 2020.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:

- (i) de eenzijdige intrekking van toekenning I ongedaan te maken, en
- (ii) toekenning III aansluitend op 14 augustus 2019 te laten ingaan.

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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 19 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en pagina 53 van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

Zorgverzekering

6.2. Verzoeker heeft in de eerste plaats verzocht dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de voortijdige beëindiging van toekenning I ongedaan te maken. Ter zitting is in dit verband aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar daartoe de herindicatie van 20 juni 2019 en de hierop gebaseerde toekenning II moet laten 'vervallen'. De commissie overweegt met betrekking hiertoe als volgt.

6.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar in 2019 een nieuwe aanvraag ingediend voor een PGB vv. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestond een groot deel van de indicatie uit zorg die niet valt onder de aanspraak verpleging en verzorging zoals bedoeld in de zorgverzekering. Ook was een deel van de zorg naar zijn mening niet doelmatig. Voor het deel van de indicatie dat behoorde tot de aanspraak verpleging en verzorging én doelmatig was, heeft hij verzoeker een PGB vv toegekend (toekenning II). Dit is overeenkomstig artikel 5, elfde lid, van zijn reglement. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen, is de ziektekostenverzekeraar alvorens hiertoe te besluiten niet verplicht de betreffende indicatie geanonimiseerd voor te leggen aan een onafhankelijke derde partij.

6.4. Bij een gewijzigde zorgvraag is conform artikel 6, tweede lid, van het reglement van de ziektekostenverzekeraar de datum waarop de nieuwe zorgvraag door de indicierend wijkverpleegkundige is vastgesteld de ingangsdatum van het nieuwe PGB vv. De indicatie van 20 juni 2019 en toekenning II geven blijk van een gewijzigde zorgvraag ten opzichte van toekenning I. De hoeveelheid Verpleging en Persoonlijke Verzorging en de verhouding Verpleging/Persoonlijke Verzorging zijn in beide gevallen anders dan bij toekenning I. Dat, zoals ter zitting is aangevoerd, de feitelijke zorgverlening niet is veranderd, speelt geen rol. Uitgangspunt bij het bepalen van de zorgvraag is de deskundigheid van de indicierend verpleegkundige, die

bovendien bekend mag worden verondersteld met de bestaande indicatie. Dat het voor de verpleegkundige niet mogelijk was een overeenkomstige indicatie te stellen, omdat de formulieren intussen waren gewijzigd, kan niet overtuigen. Hiervoor zijn de verschillen eenvoudig te groot. Hetzelfde geldt voor de stelling dat een andere indicatie was gesteld als de verpleegkundige contact had gezocht met de longarts die verzoeker eerder behandelde. Daarmee wordt eraan voorbij gegaan dat de indicerend verpleegkundige in staat moet worden geacht de situatie van betrokkene vanuit de eigen professionele deskundigheid goed te kunnen beoordelen.

De commissie stelt verder vast dat de ingangsdatum van toekenning II, te weten 20 juni 2019, in overeenstemming is met de verzekeringsvoorwaarden. De stelling van verzoeker dat voornoemd artikel uit het reglement in een eerdere versie niet was opgenomen, treft geen doel. Omdat de nieuwe aanvraag werd gedaan in 2019, is het reglement van dat jaar van toepassing.

- 6.5. Verzoeker heeft gesteld, en de ziektekostenverzekeraar heeft betwist, dat laatstgenoemde hem telefonisch zou hebben toegezegd toekenning I, in afwachting van de tweede herindicatie ('second opinion') en de daaropvolgende aanvraag, te verlengen. Door verzoeker is geen bewijs overgelegd dat zijn stelling – te weten dat de ziektekostenverzekeraar in zijn situatie zou afwijken van artikel 6, tweede lid, van het reglement – ondersteunt. De commissie passeert de stelling van verzoeker om die reden.
- 6.6. Verzoeker heeft, in het kader van zijn verzoek aan de commissie, gewezen op diverse tekortkomingen die in zijn ogen aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar hebben plaatsgevonden. Hij heeft onder andere gewezen op de schulden die zijn ontstaan doordat al kosten van zorg waren gemaakt voordat hij bekend werd met de beslissing op de aanvraag van 20 juni 2019. De ziektekostenverzekeraar heeft bovendien geen zorg in natura geboden. Ook heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar te laat op de aanvraag van 20 juni 2019 heeft beslist, en, ondanks de gedane toezegging, geen second opinion heeft geregeld. Verder wijst hij op de hoeveelheid tijd die de indicerend wijkverpleegkundige nodig had voor het afronden van de indicatie van 23 september 2019. Voor zover verzoeker bedoelt dat deze feiten en omstandigheden aanleiding moeten geven tot het oordeel dat toepassing van artikel 6, tweede lid, van het reglement naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zoals bedoeld in artikel 6:248 BW, overweegt de commissie het volgende.
- 6.7. Verzoeker had bekend kunnen en behoren te zijn met artikel 6, tweede lid, van het reglement. Ook mag van hem worden verwacht dat hij ervan op de hoogte is dat bij een aanvraag aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden wordt beoordeeld of op het gevraagde aanspraak bestaat. Inherent aan een dergelijke beoordeling is het risico van een eventuele (gedeeltelijke) afwijzing. Door de zorgverlening op het oude niveau voort te zetten, heeft verzoeker het risico aanvaard dat na 20 juni 2019 kosten voor zijn rekening konden blijven. Anders dan verzoeker stelt, is in het toepasselijke reglement geen termijn bepaald waarbinnen door de ziektekostenverzekeraar op een aanvraag voor een PGB vv moet zijn beslist. Uit het dossier blijkt overigens dat de ziektekostenverzekeraar ter beoordeling van de aanvraag van 20 juni 2019 informatie heeft opgevraagd. De termijn waarbinnen uiteindelijk op deze aanvraag is beslist, te weten ruim acht weken, is tegen die achtergrond niet als onredelijk te beschouwen. Wat betreft de inzet van zorg in natura heeft verzoeker verklaard dat daarmee niet aan zijn zorgvraag kon worden voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat een verschil bestaat tussen de wensen van verzoeker en hetgeen praktisch realiseerbaar is. De commissie kan niet anders dan constateren dat van meet af aan is gekozen voor een PGB vv en niet voor zorg in natura. Waarom die keuze destijds is gemaakt kan in het midden blijven. Feit is dat indien een verlaging van de indicatie plaatsvindt, en daardoor het PGB vv lager wordt vastgesteld, het ontstane verschil niet zonder meer behoeft te worden opgevangen door het aanbieden van zorg in natura. Zoals eerder opgemerkt, is de vastgestelde zorgvraag bepalend en niet de feitelijke zorgverlening. Wat betreft de tweede herindicatie ('second opinion'), te weten die van 23 september 2019, geldt dat uiteindelijk een tweede herindicatie heeft plaatsgevonden, en dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de ingangsdatum van toekenning III vast te stellen op de eerdere datum van 20 juni 2019.

Door af te wijken van de bepalingen van het reglement op dit punt, is de ziektekostenverzekeraar verzoeker al deels tegemoet gekomen.

De commissie concludeert dat toepassing van artikel 6, tweede lid, van het reglement, onder de gegeven omstandigheden, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar is.

6.8. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de beëindiging van toekenning I met ingang van 20 juni 2019 terecht was. Wat verzoeker overigens heeft aangevoerd, bijvoorbeeld dat Zorginstituut eerder heeft geoordeeld dat hij is aangewezen op zorg vanuit de Zvw, maakt dit niet anders.

6.9. De commissie gaat ervan uit dat de beide onderdelen van het verzoek in samenhang moeten worden gezien en dat deze niet zijn bedoeld als een primaire en een subsidiaire vordering. Die laatste lezing zou verzoeker namelijk in een ongunstiger positie brengen, omdat bij toewijzing van het tweede onderdeel van het verzoek een gat ontstaat tussen 20 juni 2019 - de hiervoor bepaalde einddatum van toekenning I - en 14 augustus 2019 (de gewenste ingangsdatum van toekenning III). Verzoeker zou gedurende die periode dan in het geheel geen aanspraak hebben op een PGB vv dan wel zou zijn aanspraak overeenkomstig toekenning II moeten worden vastgesteld. In beide gevallen komt hij in een nadeliger positie. Om die reden kom de commissie aan beoordeling van het tweede onderdeel niet toe.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor het PGB vv en blijft daarom verder onbesproken.

6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 mei 2020,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 18, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of kindershospice.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

- 1a Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld.
- b Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om intensieve kindzorg gaat dan dient de HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BIKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie. Een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving'.
- 2 Bij palliatief terminale zorg is er een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 3 Voor gespecialiseerde verpleging moet vooraf een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door een medisch specialist. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel 34 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';
- b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- c u heeft geen recht op gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.averoachmea.nl/zoekuwzorgverlener of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgaanbieders hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

- 1 Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt.Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
- 2 U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.



14.3 Beëindigen als u bent aangemeld op grond van artikel 9a tot en met d van de Zorgverzekeringswet

14.3.1 Heeft het CAK u bij ons verzekerd op grond van de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering? Dan kunt u deze verzekering nog ongedaan maken (vernietigen). Dit moet gebeuren binnen 2 weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd over dat u bij ons verzekerd bent. Om de verzekering te kunnen vernietigen, moet u aan het CAK en aan ons aantonen dat u in de afgelopen periode al verzekerd bent geweest krachtens een andere zorgverzekering. Het gaat om de periode zoals bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet.

14.3.2 Wij zijn bevoegd een met u gesloten verzekeringsovereenkomst te vernietigen vanwege dwaling, als achteraf blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Hiermee wijken wij af van artikel 931, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

14.3.3 U kunt de basisverzekering als bedoeld in artikel 9d lid 1 van de Zorgverzekeringswet niet opzeggen in de eerste 12 maanden van de looptijd. Hiermee wijkt u af van artikel 7 van de Zorgverzekeringswet, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is. Dan kunt u wel opzeggen.

15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?

15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening, of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;
- Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:
 - de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
 - het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
 - het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.2 Vergoeding van zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is

Gebruikt u zorg in een land dat geen verdragsland, EU- of EER-staat is? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' tot maximaal:

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.

De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent.

Let op! Voor zorg in het buitenland gelden naast het in dit artikel bepaalde óók de voorwaarden en uitsluitingen zoals die voor deze zorg in Nederland gelden. Is er bijvoorbeeld een verwijzing nodig? Dan geldt dit ook in het buitenland.

15.3 Omrekenkoers buitenlandse valuta

Wij vergoeden de kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgverlener aan u (verzekeringnemer) in euro's. Dit doen wij volgens de dagelijkse omrekenkoers zoals de Europese Centrale Bank deze publiceert. Wij hanteren de koers die gold op de factuurdatum. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) uit op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Dit moet een rekeningnummer (IBAN) zijn van een bank die in Nederland gevestigd is.

15.4 Nota's uit het buitenland

Zorgnota's moeten bij voorkeur zijn geschreven in het Nederlands, Frans, Duits, Engels of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

16 Niet aansprakelijk voor schade door zorgverlener of zorginstelling

Als een zorgverlener of zorginstelling iets doet of nalaat waardoor u schade lijdt, zijn wij daarvoor niet aansprakelijk. Ook niet als de zorg of hulp van die zorgverlener of zorginstelling deel uitmaakt van de basisverzekering.

17 Wat moet u doen als derden aansprakelijk zijn?

17.1 Is een derde aansprakelijk voor kosten die het gevolg zijn van uw ziekte, ongeval of letsel? Dan moet u ons kosteloos alle inlichtingen verstrekken die nodig zijn om de kosten te verhalen op de veroorzaker. Het verhaalsrecht is gebaseerd op wettelijke regelingen. Dit geldt niet voor aansprakelijkheid die voortvloeit uit een wettelijke verzekering, een publiekrechtelijke ziektekosten-verzekering of een overeenkomst tussen u en een andere (rechts)persoon.

17.2 U heeft een meldingsplicht

Wordt u ziek, krijgt u een ongeluk of loopt u op een andere manier letsel op? En is daarbij een derde betrokken, zoals bedoeld in artikel 17.1 van deze algemene voorwaarden? Dan moet u dit zo spoedig mogelijk (laten) melden bij ons. Ook moet u aangifte (laten) doen bij de politie.

17.3 Zonder toestemming geen regeling treffen met derden

U mag geen enkele regeling treffen die ons in onze rechten benadeelt.

U mag pas een regeling (laten) treffen met een derde, of zijn verzekeringsmaatschappij of met iemand die namens die derde optreedt, als u daarvoor schriftelijke toestemming van ons heeft.

18 Heeft u een klacht?

18.1 Bent u het niet eens met een beslissing die wij hebben genomen? Of bent u ontevreden over onze dienstverlening? Dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze afdeling Centrale Klachtencoördinatie. Dit moet u doen binnen 6 maanden nadat wij de beslissing aan u hebben meegedeeld of de dienst aan u hebben verleend. U kunt uw klacht aan ons voorleggen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website.

Klachten moeten zijn geschreven in het Nederlands of Engels. Als u uw klacht in een andere taal voorlegt, moet u de kosten van de eventuele vertaling zelf betalen.



18.2 Wat doen wij met uw klacht?

Zodra wij uw klacht ontvangen, nemen wij deze op in ons klachten-registratiesysteem. U ontvangt hiervan een bevestiging. Daarnaast geven wij u uiterlijk binnen 10 werkdagen een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is om uw klacht te behandelen, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.3 Niet eens met onze reactie? Herbeoordeling mogelijk

Bent u het niet eens met de manier waarop wij uw klacht hebben afgehandeld? Dan kunt u ons vragen uw klacht te herbeoordelen. U kunt uw herbeoordelingsverzoek bij de afdeling Klantsignaalmanagement indienen per brief, per e-mail, telefonisch of via onze website. U ontvangt hiervan een bevestiging. Uiterlijk binnen 10 werkdagen geven wij u een inhoudelijke reactie. Als er meer tijd nodig is voor de herbeoordeling van uw klacht, dan ontvangt u hierover van ons een bericht.

18.4 Naast herbeoordeling ook toetsing SKGZ mogelijk

Wilt u geen herbeoordeling aanvragen? Of voldoet de herbeoordeling niet aan uw verwachtingen? Dan kunt u uw klacht laten toetsen door de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), postbus 291, 3700 AG Zeist (skgz.nl). De SKGZ kan uw verzoek niet in behandeling nemen, als een rechterlijke instantie uw zaak al in behandeling heeft of daar al een uitspraak over heeft gedaan.

18.5 Behandeling door burgerlijk rechter

In plaats van naar de SKGZ kunt u ook met uw klacht naar de burgerlijk rechter stappen. Ook nadat de SKGZ een advies heeft uitgebracht, kunt u naar de burgerlijk rechter. De rechter zal dan toetsen of de totstandkoming van het advies aanvaardbaar is. Ook kunt u naar de burgerlijk rechter wanneer wij ons niet houden aan het advies van de SKGZ.

18.6 Klachten over formulieren

Vindt u onze formulieren overbodig of te ingewikkeld? Dan kunt u uw klacht hierover niet alleen bij ons indienen, maar ook bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doet de NZa uitspraak over zo'n klacht, dan geldt deze als bindend advies.

18.7 Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.

Meer informatie? Wilt u meer informatie over hoe u bij ons een klacht indient, hoe wij hier vervolgens mee omgaan en over de procedure bij de SKGZ? Download dan de brochure 'Klachtenbehandeling bij zorgverzekeringen' vanaf onze website. U kunt deze brochure ook bij ons opvragen.

19 Hoe gaan wij om met uw persoonsgegevens?

19.1 Avéro Achmea is onderdeel van de Achmea Groep. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor de verwerking van uw gegevens. Als u een verzekering of financiële dienst aanvraagt, vragen wij u om persoonsgegevens. Deze gebruiken wij binnen de tot Achmea B.V. behorende bedrijven:

- a om overeenkomsten aan te gaan en uit te voeren;
- b om u te informeren over relevante producten en/of diensten van de tot Achmea B.V. behorende bedrijven en deze aan u aan te bieden;
- c om producten en diensten te verbeteren;
- d om de veiligheid en integriteit van de financiële sector te waarborgen;
- e voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse;
- f om risico's in te schatten;
- g voor relatiebeheer;
- h om te voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Als wij uw persoonsgegevens gebruiken, moeten wij ons houden aan de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars'. Wij handelen hiermee volgens de eisen van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en volgens de eventueel daaruit voortvloeiende wet- en regelgeving. Bovengenoemde gegevensverwerkingen zijn aangemeld bij de Autoriteit Persoonsgegevens.

19.2 Als u geen informatie wilt over onze producten en diensten

Wilt u geen informatie over onze producten en/of diensten? Of wilt u uw toestemming intrekken voor het gebruik van uw e-mailadres? Dan kunt u dit op 3 manieren melden:

- a schriftelijk bij Avéro Achmea, Postbus 101, 7300 AK Apeldoorn;
- b via telefoonnummer 071 – 751 00 22;
- c via onze website.

19.3 Wij raadplegen het Centraal Informatie Systeem voor acceptatie

Om een verantwoord acceptatiebeleid te kunnen voeren, mogen wij als Avéro Achmea uw gegevens raadplegen bij de Stichting Centraal Informatie Systeem (CIS) in Zeist. Deelnemers van de Stichting CIS kunnen ook onderling gegevens uitwisselen. Het doel hiervan is risico's te beheersen en fraude tegen te gaan. Voor alle informatie-uitwisseling via Stichting CIS geldt het privacyreglement van CIS. Meer informatie vindt u op www.stichtingcis.nl.

19.4 Wij mogen uw gegevens doorgeven aan derden

Vanaf het moment dat uw basisverzekering ingaat, mogen wij aan derden (waaronder zorgverleners, zorginstellingen, leveranciers, Vecozo, Vektis en het CAK) uw adres-, verzekerings- en polisgegevens vragen en geven. Dit mogen wij doen voor zover dit nodig is om de verplichtingen op grond van de basisverzekering na te komen. Is het om een dringende reden noodzakelijk dat derden uw adres-, verzekerings- en polisgegevens niet mogen inzien? Dan kunt u ons dat schriftelijk melden. Achmea verkoopt uw gegevens niet.

19.5 Wij registreren uw burgerservicenummer

Wij zijn wettelijk verplicht uw burgerservicenummer (BSN) in onze administratie op te nemen. Uw zorgverlener of zorginstelling is wettelijk verplicht uw BSN te gebruiken bij elke vorm van communicatie. Ook andere dienstverleners die zorg bieden in het kader van de Zorgverzekeringswet, moeten dit doen. Wij gebruiken dus ook uw BSN, als wij communiceren met deze partijen.

19.6 Waar leest u meer informatie over uw rechten en het gebruik van uw gegevens door Achmea?

U vindt meer informatie in ons Privacy Statement op onze website. U neemt hier kennis van de gronden voor de verwerking van persoonsgegevens en uw rechten.



Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen Avéro Achmea

De algemene voorwaarden die gelden voor de basisverzekering, zijn ook van toepassing op uw aanvullende verzekeringen. Uitzondering hierop is: artikel 1.1 lid a-d (Deze verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op) en artikel 4.3 (Niet gecontracteerde zorgverleners).

Deze artikelen uit de algemene voorwaarden van de basisverzekering zijn dus niet van toepassing op de aanvullende verzekeringen. Daarnaast zijn er ook een aantal artikelen die specifiek voor uw aanvullende verzekeringen gelden. Hieronder staan die artikelen.

1 Hoe sluit u de aanvullende verzekering af?

1.1 De aanvullende verzekering aanvragen

Iedereen die recht heeft op onze basisverzekering, kan op eigen verzoek een aanvullende verzekering aanvragen. U (verzekeringnemer) meldt zich aan voor de aanvullende verzekering door een aanvraagformulier volledig in te vullen, te ondertekenen en in te sturen. Maar dat kan alleen, als u tegelijkertijd onze basisverzekering aanvraagt. Wij gaan een aanvullende verzekering nooit met terugwerkende kracht aan, tenzij er sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 6.1 van deze algemene voorwaarden.

1.2 Soms kunnen wij u niet aanvullend verzekeren

In een aantal gevallen sluiten wij geen aanvullende verzekering voor u af. Wij weigeren uw aanvraag als:

- u (verzekeringnemer) nog premie moet betalen voor een verzekering die eerder met ons is afgesloten;
- u zich schuldig heeft gemaakt aan fraude zoals omschreven in artikel 20 van de algemene voorwaarden basisverzekering;
- uw gezondheidstoestand hiertoe aanleiding geeft;
- u al zorg nodig heeft op het moment dat u zich aanmeldt. Of als er zorg te verwachten is, die qua aard en omvang valt onder de verstrekkingen vanuit de aanvullende verzekeringen.

1.3 Kinderen dezelfde aanvullende verzekering als de ouder

Zijn uw kinderen meeverzekerd op uw basisverzekering? Dan kunt u een aanvullende verzekering voor uw kinderen afsluiten, wanneer u zelf ook een aanvullende verzekering heeft bij ons. Voor de aanvullende verzekering voor kinderen jonger dan 18 jaar betaalt u geen premie. Daarom is het niet mogelijk om voor hen een aanvullende verzekering af te sluiten die uitgebreider is dan uw aanvullende verzekering of die van uw meeverzekerde partner.

Let op! Is uw partner bij ons of bij een andere verzekeraar zelfstandig verzekerd voor de basisverzekering en aanvullende verzekeringen? Dan moet u zelf aangeven bij wie u uw kinderen meeverzekert. U kunt ook een aanvullende verzekering voor uw kind(eren) afsluiten, wanneer u zelf een aanvullende verzekering heeft bij ons.

2 Wat verzekert de aanvullende verzekering?

2.1 Wat wij vergoeden

U heeft recht op vergoeding van uw kosten vanuit de aanvullende verzekering, voor zover u deze kosten heeft gemaakt in de periode waarin deze aanvullende verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum waarop de zorg is geleverd. Het gaat hierbij om de behandeldatum die op de nota staat, niet om de datum waarop de nota is uitgeschreven. Declareert u een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproduct? Dan is bepalend op welk moment uw behandeling is begonnen.

Vergoeding niet gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling

Bij een aantal vergoedingen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen', vergoeden wij de kosten alleen, als u naar een gecontracteerde zorgverlener gaat. Dit leest u dan in het artikel. Het kan ook zijn dat we de niet-gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling niet volledig vergoeden, dit leest u dan ook in het artikel.

2.2 Vergoeding zorg bij verblijf in het buitenland

Voor vergoeding van zorg die u ontvangt in het buitenland, gelden bepaalde voorwaarden en uitsluitingen. U vindt deze in de artikelen onder de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Daarnaast moet de plaatselijke overheid de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling erkend hebben. Ook moet de buitenlandse zorgverlener of zorginstelling voldoen aan gelijkwaardige wettelijke eisen als die waaraan Nederlandse zorgverleners en zorginstellingen volgens onze verzekeringsvoorwaarden moeten voldoen. Daarnaast is artikel 15 van de algemene voorwaarden van de basisverzekering van toepassing bij zorg in het buitenland.

Let op! Spreken wij in de voorwaarden over 100% of volledige vergoeding? Dan betekent dat voor dat artikel een vergoeding tot maximaal 100% van het tarief dat in Nederland bij een vergelijkbare behandeling gebruikelijk is.

Dit artikel is niet van toepassing op de in de verzekeringsvoorwaarden vermelde artikelen die specifiek betrekking hebben op de Nederlandse situatie. Daarnaast is dit artikel niet van toepassing op artikel 9 van de 'Vergoedingen aanvullende verzekeringen'. Wij vergoeden de zorg die u in het buitenland krijgt, alleen, als wij deze kosten ook in Nederland vanuit de aanvullende verzekeringen zouden vergoeden.

2.3 Wat wij niet vergoeden (samenloop van kosten)

U heeft bij ons uitsluitend recht op vergoedingen uit de aanvullende verzekering die niet of slechts gedeeltelijk via een wettelijke regeling worden verstrekt. Ook moet de vergoeding onder de dekking van de aanvullende verzekering vallen. Vanuit de aanvullende verzekering vergoeden wij niet de kosten ter compensatie van:

- a kosten die met het eigen risico van de basisverzekering zijn verrekend, tenzij een collectieve aanvullende verzekering bij ons is afgesloten die het verplicht eigen risico vergoedt;
- b wettelijke eigen bijdragen en bedragen boven de wettelijke maximale vergoeding, tenzij deze vergoeding expliciet is opgenomen in de aanvullende verzekering.

Er is geen dekking uit hoofde van deze aanvullende verzekeringen indien en voor zover de geneeskundige kosten worden gedekt vanuit enige wet of andere voorziening of door een andere verzekering (waaronder een reisverzekering), al dan niet van oudere datum, of daaronder gedekt zouden zijn indien deze aanvullende verzekeringen niet zou hebben bestaan.

2.4 Kosten die voortvloeien uit terrorisme

Is er sprake van kosten als gevolg van terrorisme? Dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekeringen maximaal de uitkering zoals omschreven in het clauseblad terrorismedekking van de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. Dit clauseblad en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorismeverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.



- 2 u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
 - a u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b u was binnen een periode van 5 jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-rgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal 4 maanden;
 - e u bent aangemeld bij het CAK (Centraal Administratie Kantoor) vanwege een premieachterstand, of er sprake is van opschorting van de premiebetaling bij het CAK;
 - f u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - g u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
- 3 dat u naar ons oordeel in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-rgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 8 Verplichtingen;
- 4 dat u naar ons oordeel in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger de zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- 5 dat u naar ons oordeel op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunt motiveren dat u de zorg via een Zvw-rgb geleverd wil en kan krijgen. Dit moet blijken uit uw aanvraag en het daarbij behorende budgetplan.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-rgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan u dient te voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-rgb.

Artikel 4 Weigeringsgronden

U ontvangt geen Zvw-rgb als zich één van de volgende weigeringsgronden zich voordoet:

- 1 als blijkt dat u bij de eerdere verstrekking van een Zvw-rgb niet in staat bent geweest om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger u te houden aan de taken en verplichtingen van het Zvw-rgb;
- 2 u volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet beschikt over een woonadres;
- 3 uw vrijheid is ontnomen;
- 4 u geen medewerking (meer) verleent aan een (telefonisch) "bewuste keuze gesprek" en/of huisbezoek dat (eventueel) door ons wordt georganiseerd;
- 5 uit uw aanvraagformulier, het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-rgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
- 6 u zorg inkoop bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad.);
- 7 u over meer dan één indicatie beschikt voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
- 8 uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b beschikt bij de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - c is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d heeft binnen een periode van 3 jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - e valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - f heeft surséance van betaling aangevraagd of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - g biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-rgb verbonden verplichtingen.
- 9 Er wordt geen Zvw-rgb verstrekt voor gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5 aanvraag Zvw-rgb

- 1 Uw aanvraag voor een Zvw-rgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en (eventueel) een bewust keuze gesprek. U dient hiervoor de meest recente versie van het aanvraagformulier te gebruiken, dat u kunt vinden op onze website. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw Zvw-rgb aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een Zvw-rgb voor u betekent. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en niet voldoet aan de weigeringsgronden uit artikel 4, krijgt u toestemming voor een Zvw-rgb.
- 2 Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur of zorginhoudelijk adviseur.

- 3 a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld.
- b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een BIG-geregistreeerde HBO kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige, die werkzaam is bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BIKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie.
- 4 De benodigde uren van de indicatie zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor zorgverlening door een formele zorgverlener onder normale omstandigheden. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van degene die de zorg daadwerkelijk verleent of de omgeving waarin de zorg wordt verleend.
- 5 Voor gespecialiseerde verpleging bent u in het bezit van een uitvoeringsverzoek van een medisch specialist. Met deze verklaring kan door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.3.
- 6 Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk. U en wij hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een tolk bij het voeren van het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek.
- 7 Is er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
- 8 Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandeld arts toe te voegen, waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden is het vanaf 2 weken voor het einde van het aflopen van het bestaande Zvw-pgb mogelijk om een (her)indicatie te laten stellen. Wij raden u aan om na deze indicatiestelling de aanvraag zo spoedig mogelijk in te sturen.
- 9 De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn: uw (wettelijke) vertegenwoordiger, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons gecontracteerde zorgverlener is.
- 10 Als u of wij vragen hebben over de indicatiestelling dan kunt u of wij deze vraag stellen aan de indicerende verpleegkundige. En als het gaat om zorg die geïndiceerd is, maar niet onder verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt, zoals dat beschreven staat in artikel 28 van uw basisverzekering, dan kunnen wij de indicerende verpleegkundige vragen deze indicatie aan te passen.
- 11 Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.
- 12 Op het aanvraagformulier dient u aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener(s) door ziekte, vakantie of anderszins.
- 13 Indien u heeft verbleven in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet dan wel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen, tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. U heeft wel een nieuwe aanvraag nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, ziekenhuis of in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf.
- 14 Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura (ZIN) en zorg via een Zvw-pgb dan is dat mogelijk. Daar stellen wij de volgende voorwaarden aan:
 - a De indicatie mag maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
 - b Vanuit het Zvw-pgb moet minimaal 1 zorgverlener worden betaald die niet door ons is gecontracteerd.
 - c Zorg die aan u wordt geleverd door een door ons gecontracteerde aanbieder, wordt altijd rechtstreeks door de zorgverlener bij ons gedeclareerd en valt dus buiten uw Zvw-pgb. Het Zvw-pgb wordt hierop aangepast.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

- 1 De ingangsdatum van een eerste toegekende Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb bij uw eerste aanvraag ook op een latere datum in laten gaan.
- 2 In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
 - b de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
 - c wij hebben uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen 4 weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie. Wanneer uit de herindicatie blijkt dat uw zorgvraag is veranderd, dan gaat de wijziging van het Zvw-pgb in, op de dag dat de wijkverpleegkundige de wijziging heeft vastgesteld.
- 3 In de schriftelijke toekenningsverklaring of bevestiging via elektronische weg, die wij u toesturen, leggen wij de periode van toekenning van het Zvw-pgb en de hoogte van het budgetbedrag dat over deze periode maximaal wordt vergoed vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe indicatie aanvragen bij uw wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u al over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
- 4 Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
- 5 Het budget wordt per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. U ontvangt hierover automatisch een bericht van ons.

- 6 Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg heeft gedeclareerd, dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb terug te betalen.
- 7 De toekenning of afwijzing van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
- 8 Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u bij deze zorgverlener(s) uw zorg blijft afnemen.
- 9 Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling van de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Meer informatie hierover vindt u in artikel 18 van de algemene voorwaarden van uw basisverzekering. Tijdens de behandeling van uw klacht en tijdens de behandeling bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zorgen wij, indien nodig in overleg met u, er voor dat u de benodigde zorg ontvangt. U houdt recht op verpleging en verzorging in de vorm zorg in natura of restitutie, zoals in artikel 28 verpleging en verzorging in uw polisvoorwaarden is beschreven.

Artikel 7 Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

- 1 U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
- 2 De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Wij vergoeden alleen daadwerkelijke geleverde zorg die in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toekenningsverklaring. Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde formulieren. U kunt deze formulieren vinden op onze website of bij ons opvragen. Als wij constateren dat de gedeclareerde zorg niet in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming, dan behouden wij ons het recht voor om deze gedeclareerde zorg achteraf alsnog af te wijzen.
- 3 Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Wij verlenen geen voorschot.
- 4 Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg. In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering artikel 5.4 stellen wij verplichtingen als u zelf nota's declareert. Hier is omschreven waaraan een nota moet voldoen om in aanmerking te komen voor vergoeding
- 5 Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op 5 minuten) mag worden gedeclareerd.
- 6 Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen 3 maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Hiermee kunt u een actueel beeld houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
- 7 Indiciestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in art. 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Intensieve KindZorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw basisverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed op basis van artikel 28 verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van uw basisverzekering.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd voor formele zorgverleners en informele zorgverleners.

- 1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 34,20	€ 2,85
Verpleging	€ 53,04	€ 4,42

- 2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 23,00	€ 1,92
Verpleging	€ 23,00	€ 1,92

- 3 Onder **informele zorgverleners** vallen zorgverleners die:
 - a Een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
 - b niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.
- 4 **Formele zorgverleners** zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1 genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.
- 5 Zowel het formele als het informele tarief zijn "all-in tarieven". Dit betekent dat u naast het tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten.

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 rechtens 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 248

1. Een overeenkomst heeft niet alleen de door partijen overeengekomen rechtsgevolgen, maar ook die welke, naar de aard van de overeenkomst, uit de wet, de gewoonte of de eisen van redelijkheid en billijkheid voortvloeien.
2. Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing, voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.