



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, hoogte aantal uren, ingangsdatum
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv
Zaaknummer : 201801634
Zittingsdatum : 20 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 19 februari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (verder: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 9 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 13 augustus 2019 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 9 september 2019 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van dit e-mailbericht is bij brief van 10 september 2019 aan de zorgverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 17 september 2019 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van zijn reactie is op 27 september 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 22 oktober 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019048621) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 22 oktober 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De zorgverzekeraar heeft zijn standpunt bij e-mailbericht van 6 november 2019 aan verzoekster en de commissie nader toegelicht. Verzoekster heeft hierop bij e-mailberichten van 6 november 2019, 11 november 2019 en 13 november 2019 gereageerd. Kopieën hiervan - voor zover niet al door verzoekster in kopie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar gestuurd - zijn op 12 november 2019 en 15 november 2019 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 2.5. De zorgverzekeraar heeft zijn standpunt bij brief van 13 november 2019 nogmaals toegelicht. Een kopie hiervan is op 15 november 2019 aan verzoekster gestuurd.
- 2.6. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Zij zijn bij brieven van 29 oktober 2019 respectievelijk 30 oktober 2019 uitgenodigd voor de hoorzitting op 20 november 2019. De zorgverzekeraar is bij die gelegenheid telefonisch gehoord. Verzoekster was niet in persoon aanwezig en kon evenmin telefonisch worden bereikt. Zij is daarom niet gehoord.
- 2.7. Bij e-mailbericht van 22 november 2019 heeft verzoekster de commissie verzocht haar opnieuw de mogelijkheid te geven te worden gehoord. De commissie heeft verzoekster in vervolg hierop bij brieven van 22 november 2019 en 9 december 2019 in de gelegenheid gesteld schriftelijk op de aantekeningen van de hoorzitting te reageren. Ook is haar hierbij gevraagd om aanvullende informatie. Een reactie van verzoekster is uitgebleven. Bij brief van 7 januari 2020 heeft de commissie verzoekster meegedeeld dat de procedure naar de stand van dat moment wordt

voortgezet. Kopieën van voornoemde brieven zijn ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.

2.8. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 7 januari 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 13 januari 2020 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 januari 2020 ter kennisname aan partijen gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2018 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Verzoekster heeft door een veelvoud van aandoeningen zorg nodig. Deze zorg wil zij inkopen bij een aantal informele zorgverleners door middel van een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (PGB vv). Verzoekster heeft hiertoe bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend.

3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster 7 uren Verpleging en 30 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week geïndiceerd voor de periode van 14 september 2018 tot en met 13 september 2019. Deze zorg bestaat uit: ondersteuning bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), zoals hulp bij het wassen, het aan- en uitkleden en het aan- en uittrekken van de steunkousen. Verder bestaat de zorg uit ondersteuning bij Persoonlijke Verzorging, zoals hulp bij het knippen van de nagels, het wassen van de haren, het scheren en het controleren van de huid. Ook is zorg geïndiceerd voor het aan en uit doen van de spalken, het uitzetten en het zo nodig toereiken van medicatie, het vernevelen, en de voorbereidingen en handelingen die betrekking hebben op de insulinepomp.

3.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan over verzoekster verklaard:
"[Naam verzoekster] is bekend met de zeldzame longziekte/auto immuu[n]ziekte COP/BOOP. Zij is hiervoor ook een tijd opgenomen in de Longkliniek Heideheuvel in Hilversum. Daarnaast heeft mevrouw diabetes waarvoor een insulinepomp, (perifere) neuropathie, aangezichtspijnen, carpaal tunnel syndroom in beide armen, verminderde pompfunctie van het hart en borderline. [I]n oktober 2018 staat een operatie gepland aan de rechter arm. Dit zal haar verder beperken in het zelfstandig functioneren. Na goed verloop en herstel zal tevens een operatie aan de linkerarm worden uitgevoerd. Zij vertrouwd dagelijks op ondersteuning van mantelzorgers wie bekend zijn met haar situatie en waar zij altijd beroep op kan doen. Mevrouw heeft zelf een zeer uitgebreide beschrijving geschreven van haar ziekteverloop en de problemen die zij dagelijks ondervind. Dit is een goede toevoeging voor de beeldvorming van de situatie. (...)"

3.5. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 25 september 2019 aan verzoekster meegedeeld dat hij haar geen PGB vv toekent.

3.6. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 5 oktober 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 22 oktober 2019 luidt:
"(...)

Het dossier bevat geen officieel toekenningsbesluit met daarin het aantal uren zorg dat verweerder toekent. Onduidelijk is daarmee of er sprake is van een geschil, en als dat zo is waar dat betrekking op heeft. Dit heeft als gevolg dat het Zorginstituut geen advies kan geven. Verweerder dient eerst te beoordelen op hoeveel uren verpleging en verzorging verzoekster precies aanspraak kan maken. (...) Indien afgeweken wordt van de indicatie van de wijkverpleegkundige dient verweerder dit te onderbouwen.

Tot slot merkt het Zorginstituut op dat het dossier geen medische informatie bevat en het onduidelijk is hoe de zorgvraag van verzoekster zich verhoudt tot de taken en verantwoordelijkheden die verzoekster heeft in verband met de zorg voor haar echtgenoot en de uitvoering van het PGB vv van haar echtgenoot.

Het advies

Het Zorginstituut heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Gelet op het bovenstaande kan het Zorginstituut geen advies geven.”

- 3.8. Het definitief advies van het Zorginstituut van 13 januari 2020 luidt:

"(...)

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die Zorginstituut Nederland aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies hierbij als definitief beschouwen.

Het is op basis van de ontvangen stukken nog steeds niet duidelijk welke zorg verweerder voornemens was om toe te kennen. Uit de brief d.d. 13 november 2019 blijkt dat verweerder een nieuwe afwijsggrond hanteert. Volgens verweerder kan verzoekster geen aanspraak maken op een persoonsgebonden budget omdat zij ook een Wlz indicatie had. Deze afwijsggrond heeft geen betrekking op de vraag of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden' en/of verzoekster een indicatie heeft voor deze zorg. Het Zorginstituut kan daarom niet adviseren over deze afwijsggrond.

(...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft, na wijziging van haar verzoek, aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar is gehouden haar een PGB vv toe te kennen conform het aantal aangevraagde uren Verpleging en Persoonlijke verzorging, met ingang van 16 augustus 2016, 1 januari 2017, 1 januari 2018 of 14 augustus 2018, ten laste van de zorgverzekering.

- 4.2. De zorgverzekeraar 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 18 van de 'Algemene 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 verpleging en verzorging en het PGB vv 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.

Hoogte PGB vv

- 6.2. Het ligt op de weg van de verzekerde die aanspraak wenst te maken op een PGB vv dat een deugdelijke en volledige aanvraag wordt ingediend bij de verzekeraar. Uit het dossier komt naar voren dat bij verzoekster drie indicaties zijn gesteld voor verpleging en verzorging. Tevens blijkt hieruit dat uitsluitend een (volledige) aanvraag bij de zorgverzekeraar is ingediend voor een PGB vv op basis van de derde indicatie. De commissie zal daarom enkel deze aanvraag beoordelen en de beide andere verder buiten beschouwing laten.

- 6.3. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor een PGB vv op verschillende gronden afgewezen. Verzoekster zou zijn inziens geen stabiele zorgvraag hebben en niet in staat zijn de taken en verplichtingen die zijn verbonden aan het PGB vv op verantwoorde wijze uit te voeren. Daarnaast


was het bij haar geïndiceerde zelfzorgtekort, naar de commissie begrijpt, twijfelachtig. De zorgverzekeraar heeft deze afwijsgonden evenwel gepasseerd door vervolgens te verklaren dat hij alsnog bereid is verzoekster een PGB vv toe te kennen ten laste van de zorgverzekering. Hij kan echter (nog) niet vaststellen op basis van hoeveel uren zorg een PGB vv moet worden toegekend. Genoemde afwijsgonden behoeven om de hiervoor genoemde reden geen inhoudelijke bespreking door de commissie. Het geschil blijft beperkt tot het aantal uren en de looptijd van het PGB vv.

- 6.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat de zorgverzekeraar is gehouden de indicatie van de indicierend wijkverpleegkundige zonder meer te volgen en een PGB vv toe te kennen conform dit aantal uren zorg. De zorgverzekeraar is - vooralsnog - niet bereid een PGB vv toe te kennen conform het geïndiceerde aantal uren Verpleging en Persoonlijke Verzorging, omdat volgens hem geen rekening lijkt te zijn gehouden met het stimuleren van de zelfredzaamheid van verzoekster. De zorgverzekeraar meent dat verzoekster uit kan met minder uren zorg dan geïndiceerd.
- 6.5. De commissie begrijpt de stelling van de zorgverzekeraar aldus dat verzoekster zijns inziens naar inhoud en omvang niet redelijkerwijs op de geïndiceerde Verpleging en Persoonlijke Verzorging is aangewezen, zoals bedoeld in artikel 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering. De bevoegdheid tot het vaststellen of, en zo ja, in hoeverre een verzekerde van 18 jaar of ouder naar inhoud en omvang is aangewezen op verpleging en verzorging heeft de zorgverzekeraar bij uitsluiting toegekend aan BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundigen. Dit volgt uit artikel 5, derde lid, onderdeel a, van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar (verder: het reglement). Aangezien bij verzoekster een indicatie is gesteld door een verpleegkundige die aan deze eisen voldoet, is de zorgverzekeraar gehouden die indicatie in beginsel te volgen. Er is alleen ruimte voor het afwijken van de gestelde indicatie als zorg is geïndiceerd die niet behoort tot de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden dan wel evident is dat verzoekster niet naar aard en inhoud is aangewezen op de geïndiceerde Verpleging en/of Persoonlijke Verzorging.
- 6.6. Het enkele gegeven dat de geïndiceerde zorgactiviteiten naar frequentie en tijdseenheden volgens de normen van de zorgverzekeraar bovengemiddeld zijn, kan niet tot de conclusie leiden dat verzoekster evident niet op de geïndiceerde zorg is aangewezen. De zorgverzekeraar stelt dat de indicierend wijkverpleegkundige om hem moverende redenen heeft geweigerd een toelichting op de gestelde indicatie te geven. Het ligt zijns inziens vervolgens op de weg van verzoekster een andere wijkverpleegkundige in te schakelen waarmee de zorgverzekeraar op het punt van het versterken van de zelfredzaamheid in overleg kan treden. De commissie kan de zorgverzekeraar hierin niet volgen. Een andere verpleegkundige kan niet beoordelen in hoeverre de indicierend wijkverpleegkundige bij de toenmalige indicatiestelling reeds rekening heeft gehouden met het versterken van de zelfredzaamheid van verzoekster. Een andere wijkverpleegkundige kan enkel de situatie van verzoekster *op dat moment* beoordelen.
- 6.7. De zorgverzekeraar heeft gedurende deze procedure, te weten op 6 november 2019, verklaard dat zijn adviserend wijkverpleegkundige een huisbezoek aan verzoekster wil brengen. Op basis hiervan zou de zorgverzekeraar vervolgens beoordelen voor hoeveel uren zorg hij verzoekster een PGB vv toekent. De commissie overweegt in dit verband dat de aanvraag in kwestie ziet op de periode van 14 september 2018 tot en met 13 september 2019. Tijdens een huisbezoek kan - als gezegd - alleen de situatie van verzoekster op dat moment, dus pas na 6 november 2019, worden beoordeeld en niet met terugwerkende kracht. Op basis van een af te leggen huisbezoek kan, gelet op het tijdsverloop, met andere woorden dus niet worden beoordeeld in hoeverre verzoekster in de periode van 14 september 2018 tot en met 13 september 2019 redelijkerwijs was aangewezen op de geïndiceerde zorg. Aangezien het voorgestelde huisbezoek niet kan leiden tot overtuigende bewijs voor het standpunt van de zorgverzekeraar dat geen rekening is gehouden met het versterken van de zelfredzaamheid van verzoekster, zodat zij niet redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg, kan de reactie van verzoekster op dit voorstel in het midden blijven.
- 6.8. Een en ander leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar niet aannemelijk heeft gemaakt dat verzoekster niet naar aard en inhoud was aangewezen op de geïndiceerde zorg. De commissie gaat


daarom uit van de juistheid van de gestelde indicatie. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv op basis van 7 uren Verpleging en 30 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Ten aanzien van de periode waarin zij recht heeft op dit PGB vv geldt het volgende.

Duur PGB vv


- 6.9. Uit het dossier blijkt dat de zorgverzekeraar verzoekster niet eerder een PGB vv heeft toegekend. Als ingangsdatum voor een PGB vv heeft dan te gelden de datum waarop de zorgverzekeraar de aanvraag heeft ontvangen. Dit is bepaald in artikel 6, eerste lid, van het reglement. De zorgverzekeraar heeft de onderhavige aanvraag op 18 september 2018 ontvangen. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar desalniettemin is gehouden de ingangsdatum vast te stellen op een eerdere datum, te weten 16 augustus 2016, 1 januari 2017, 1 januari 2018 of 14 augustus 2018.
- 6.10. Het al dan niet afwijken van een verzekeringsvoorwaarde (coulance) behoort tot de bevoegdheid van de zorgverzekeraar. Hierin kan de commissie alleen treden als de zorgverzekeraar een coulancebeleid voert waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Verzoekster stelt dat dit laatste aan de orde is, nu de zorgverzekeraar het PGB vv van haar echtgenoot heeft laten ingaan op de datum waarop hij redelijkerwijs op de geïndiceerde zorg werd aangewezen in plaats van de - latere - datum van ontvangst van de aanvraag. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft de echtgenoot van verzoekster toestemming gegeven voor inzage in zijn dossier. De zorgverzekeraar heeft hier tegen ingebracht dat geen sprake is van een vergelijkbare situatie.
- 6.11. Dat de zorgverzekeraar de echtgenoot van verzoekster een PGB vv heeft toegekend met een eerdere ingangsdatum dan die waarop hij de complete aanvraag heeft ontvangen, is niet komen vast te staan. De betreffende toekenning ontbreekt namelijk. Uit het dossier van de echtgenoot van verzoekster kan wel worden afgeleid dat de zorgverzekeraar in zijn geval bereid was het verzoek in overweging te nemen om uit te gaan van een eerdere ingangsdatum dan de datum van ontvangst van de aanvraag. De echtgenoot van verzoekster moest hiervoor een verklaring van een wijkverpleegkundige overleggen, waaruit blijkt dat de geïndiceerde zorgvraag al op 5 augustus 2016 bestond. Ook deze verklaring ontbreekt in het dossier. De stelling van verzoekster dat zij reeds op 16 augustus 2016 was aangewezen op de geïndiceerde zorg overtuigt niet. Zij heeft in dit verband namelijk tegenstrijdige verklaringen afgelegd. Eerst zou de zorgverlening zijn gestart op 1 januari 2017. Later heeft zij verklaard dat deze al op 16 augustus 2016 is begonnen. Uit het dossier van de echtgenoot van verzoekster blijkt voorts dat verzoekster haar echtgenoot in de periode van 5 augustus 2016 tot in ieder geval 3 oktober 2017 zorg heeft verleend. De commissie is, gelet op het voorgaande, van oordeel dat verzoekster niet erin is geslaagd aannemelijk te maken dat de zorgverzekeraar identieke gevallen ongelijk behandelt. Haar feitelijke situatie is duidelijk anders dan die van haar echtgenoot als het gaat om de reeds bestaande zorgvraag. Verzoekster heeft daarom geen recht op een PGB vv met terugwerkende kracht tot 6 augustus 2016, 1 januari 2017 of 1 januari 2018.
- 6.12. Rest de vraag of verzoekster recht heeft op een PGB vv met terugwerkende kracht tot 14 augustus 2018 op basis van een door de zorgverzekeraar gedane toezegging. De zorgaanbieder heeft in dit verband bij e-mailbericht van 12 september 2018 aan verzoekster verklaard: *"Zojuist heb ik weer contact gehad met Zilveren Kruis (contactpersoon [naam medewerker zorgverzekeraar]). [Voornaam medewerker zorgverzekeraar] heeft een notitie gemaakt dat er vrijdagochtend een onafhankelijke wijkverpleegkundige bij u langs zal komen om de PGB aanvraag opnieuw te doen aangezien u het niet eens bent met het aantal uren dat wij geïndiceerd hebben. Zodra de wijkverpleegkundige de papieren heeft ingestuurd worden deze direct door [voornaam medewerker zorgverzekeraar] opgepakt en wordt er rekening gehouden met de initiële datum van 14 augustus."* De zorgverzekeraar betwist dat hij heeft toegezegd dat hij 14 augustus 2018 zou hanteren als ingangsdatum bij een eventuele goedkeuring van de aanvraag.
- 6.13. Het lag op de weg van de zorgverzekeraar meer feiten te stellen om de inhoud van voornoemd e-mailbericht te ontzenuwen, bijvoorbeeld door het overleggen van het verslag van bedoeld telefoongesprek. Nu hij dit heeft nagelaten, gaat de commissie uit de van de juistheid van



het e-mailbericht waaruit blijkt dat de zorgverzekeraar - in afwijking van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden - heeft toegezegd bij eventuele toekenning van het PGB vv 14 augustus 2018 als ingangsdatum te hanteren. Verzoekster heeft daarom aanspraak op het gevraagde PGB vv met ingang van deze datum.



6.14. De zorgverzekeraar heeft verder gesteld dat verzoekster voor de periode van 3 oktober 2018 tot 1 april 2019 een indicatie had op grond van de Wet langdurige zorg (wlz), namelijk voor zorgzwaartepakket 6VV (Verpleging en Verzorging). Dit is door verzoekster niet betwist en wordt daarom als vaststaand aangenomen. Uit artikel 9, vierde lid, van het reglement van de zorgverzekeraar volgt dat geen recht bestaat op een PGB vv als betrokkene recht heeft op zorg vanuit de Wlz. Dit is overeenkomstig artikel 2.1, eerste lid, Bzv aangezien de Wlz een voorliggende (wettelijke) voorziening is. Verzoekster heeft in genoemde periode - en voor zover op grond van de Wlz aanspraak kan worden gemaakt op zorg ook vanaf 1 april 2019 - daarom geen recht op een PGB vv.




6.15. Dit leidt tot de navolgende beslissing.




7. Bindend advies




7.1. De commissie beslist dat:



(i) de zorgverzekeraar is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen op basis van 7 uren Verpleging en 30 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 14 augustus 2018 tot en met 2 oktober 2018, en voor de periode van 1 april 2019 tot en met 13 september 2019 uitsluitend voor zover op grond van de Wlz geen aanspraak kan worden gemaakt op zorg;



(ii) het verzoek voor het overige wordt afgewezen;



(ii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 22 januari 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

3. Europese wet- en regelgeving
(bron: <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=nl>)

4. Overige stukken

Artikel 1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de toekenning en het declareren van het Zvw-pgb. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

Bij tegenstrijdigheden tussen de polisvoorwaarden en het PGB-reglement heeft dit PGB-reglement voorrang.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering, onder artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal). Dit recht vloeit voort uit:

- a) De Zorgverzekeringswet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 358, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de Zorgverzekeringswet');
- b) het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'het besluit');
- c) de Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de regeling');
- d) de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e) interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten').

Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement. Deze nadere voorwaarden zijn ontleend aan het gewijzigde artikel 2.15a van het Besluit.

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing, als u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam Pro Life: Principe Polis en Principe Polis Restitutie;
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Interpolis ZorgActief en Interpolis ZorgCompact;
- OZF Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Zorgpolis;
- FBTO Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis;
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): ZorgPlan Restitutie, ZorgPlan Natura en ZorgPlan Selectief;
- Volmachten van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoeren. Dat zijn: IAK Volmacht B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven) en Aevitae B.V. (statutair gevestigd te Heerlen);
- Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist).

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraar.

Dit reglement kan tussentijds aangepast worden indien er zwaarwegende omstandigheden zijn die hiertoe aanleiding geven, zoals wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen of andere zaken.

Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

- 1 behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft (hier valt ook de gespecialiseerde verpleging onder).

Let op! Onder 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

- 2 langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
- 3 op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

- 1 u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en/of verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden (hierbij gaan wij uit van de ontvangstdatum van uw pgb-aanvraag of -wijziging);

- 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 heeft binnen een periode van 3 jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp)) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - g u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit 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 in ieder geval 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 niet beschikt over een woonadres;
- 3 uw vrijheid is ontnomen;
- 4 u geen medewerking (meer) verleent aan een (telefonisch) "bewust-keuze gesprek" dat (eventueel) door ons wordt georganiseerd;
- 5 uit uw aanvraagformulier of het bewuste keuzegesprek 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 inkoopt 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 blijkens 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 heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is ooit eerder failliet verklaard;
 - f 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 zoals vastgesteld wordt door de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

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 zorginhouderlijk 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 middels het Medisch Kindzorgsysteem (MKS) door een HBO-kinderverpleegkundige, die werkzaam is bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK) en/of bij de Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT). De indicatie dient gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie.
- 4 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.
- 5 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.
- 6 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.
- 7 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.
- 8 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.
- 9 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.
- 10 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.
- 11 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.
- 12 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 Indicatiestelling 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	€ 38,76	€ 3,23
Verpleging	€ 57,00	€ 4,75

- 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.

- 9 Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over. U dient deze wel zelf op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar. Het vermelde aantal uren voor verpleging, verzorging en MSVT blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen. Na overstap gelden verder de voorwaarden uit het reglement van de nieuwe zorgverzekeraar.
- 10 U dient elke wijziging van (wettelijke) vertegenwoordiger aan ons door te geven via het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II, die u kunt vinden op onze website of bij ons op kunt vragen.
- 11 U bent verplicht om mee te werken aan een huisbezoek (aangekondigd/onaangekondigd), als wij dat nodig vinden, bijvoorbeeld voor controledoelinden.

Artikel 9 Herziening of intrekking

Uw Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toekenning als:

- 1 u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- 2 u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- 3 u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen en voorwaarden;
- 4 u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- 5 u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- 6 de toekenningsperiode van uw Zvw-pgb eindigt;
- 7 u langer dan twee maanden opgenomen bent in een Wlz-instelling of ziekenhuis;
- 8 met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
- 9 uw zorgverzekering eindigt;
- 10 u de informatie die wij bij u opvragen niet, dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- 11 u niet meewerkt aan een dossieronderzoek (o.a. een huisbezoek);
- 12 er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- 13 u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijke) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijke) vertegenwoordiger direct door te geven via het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II, die u kunt vinden op onze website.
- 14 u Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

Na uw ontslag uit de betreffende instellingen, zoals genoemd onder 7. kunt u opnieuw een Zvw-pgb aanvragen. In de situaties zoals beschreven onder 1, 2, 4, 5, 6, 13 en 14 moet u zelf aangeven dat het Zvw-pgb beëindigd moet worden. U kunt daarvoor gebruik maken van het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II dat u kunt vinden op onze website of bij ons kunt opvragen. Voor de situatie zoals beschreven onder f, 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. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag na de opname is gewijzigd, moet u een nieuwe indicatiestelling aanvragen bij de verpleegkundige. In dat geval vragen wij u wel een volledig nieuwe pgb-aanvraag in te dienen.

Artikel 10 Begripsbepalingen

Verpleging en verzorging

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv), per 1 januari 2015:

- 1 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.
- 2 Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - a sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
 - b 24-uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Onder bloed- en aanverwanten verstaan wij:

- 1e graad: de (adoptie)ouders van u en van uw partner, de (adoptie)kinderen van u en van uw partner en hun partners (uw schoonzonen/schoondochters).
- 2e graad: de grootouders van u en van uw partner, de kleinkinderen van u en uw partner, de broers/zussen van u en van uw partner en hun partners (uw schoonzussen/zwagers).
- uw partner: de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.

3.6 Zorg die voortvloeit uit terrorisme

3.6.1 Is de behoefte aan zorg het gevolg van één of meer terroristische handelingen? Dan kan het zijn dat u recht heeft op een deel van deze zorg. Dit gebeurt als heel veel verzekerden een beroep doen op hun zorgverzekering als gevolg van één of meer terroristische handelingen. Elke verzekerde krijgt dan slechts een percentage vergoed. Dus: is de totale schade (ontstaan door terroristische handelingen) die in een kalenderjaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars waarvoor de Wet op het financieel toezicht (Wft) geldt, naar verwachting hoger dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar? Dan heeft u alleen recht op zorg tot een percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten. Dit percentage is voor alle verzekeringen gelijk en wordt bepaald door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT).

3.6.2 De exacte definities en bepalingen bij de hiervoor genoemde aanspraak staan in het clauseblad terrorismedekking van de NHT. Deze clause en het bijbehorende Protocol afwikkeling claims maken deel uit van deze polis. U kunt het protocol vinden op www.terrorisneverzekerd.nl. Het clauseblad kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

3.6.3 Het is mogelijk dat wij na een terroristische handeling een aanvullende betaling ontvangen. Deze mogelijkheid bestaat op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet. U heeft dan recht op een aanvullende vergoeding zoals bedoeld in artikel 33 van de Zorgverzekeringswet.

3.7 U heeft geen recht op vormen van zorg of overige diensten die op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 of mogelijke andere wettelijke voorschriften voor vergoeding in aanmerking komen. Als u en wij hierover van mening verschillen, behouden wij ons het recht voor om met alle betrokken partijen (CIZ, gemeente, mantelzorger, u en wij) in gesprek te gaan, om te bepalen uit welke wet of voorziening recht op zorg bestaat. Als uit het overleg volgt dat het recht op zorg aangewezen is op grond van een andere wet of voorziening dan de zorgverzekeringswet, dan heeft u geen recht op deze zorg op basis van uw basisverzekering.

4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?

4.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:

- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);
- zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).

4.2 Gecontracteerde zorgverleners

Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener declareert de kosten rechtstreeks bij ons.

Als wij een contract hebben gesloten met een ziekenhuis of een zbc, dan hoeft dat niet altijd te betekenen, dat wij dat hebben gedaan voor alle zorg en/of alle behandelingen die het ziekenhuis of de zbc verleent. Het kan ook betekenen dat wij een ziekenhuis of een zbc alleen hebben gecontracteerd voor een bepaalde behandeling of een aantal behandelingen.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Of voor welke zorg en/of behandelingen wij ziekenhuizen of zbc's hebben gecontracteerd? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Omzetplafonds

- 1 Wij spreken omzetplafonds af met gecontracteerde zorgverleners. Dit houdt in dat zorgverleners in een kalenderjaar slechts een vooraf vastgesteld maximumbedrag voor de door hen te leveren zorg krijgen uitbetaald. De reden dat wij dit doen is om de zorgkosten te beperken. Dit is noodzakelijk om een grote stijging van de zorgpremies te voorkomen.
- 2 Wij doen er alles aan om de gevolgen van omzetplafonds voor u te beperken. Toch kunt u gevolgen ondervinden van omzetplafonds. Zo kan het zijn dat een zorgverlener pas een afspraak met u maakt in het nieuwe kalenderjaar. Ook kan het voorkomen dat wij u verzoeken om, wanneer u toch nog hetzelfde kalenderjaar geholpen wilt worden, naar een andere gecontracteerde zorgverlener te gaan. U kunt met een dergelijk verzoek van ons instemmen, of u kunt wachten tot het nieuwe jaar.
- 3 Via de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker kunt u terugvinden met welke zorgverleners wij een omzetplafond hebben afgesproken.
- 4 Wij behouden ons het recht voor om gedurende het kalenderjaar zorgverleners (tijdelijk) van de lijst met gecontracteerde zorgverleners van de Zorgzoeker te verwijderen op het moment dat hun omzetplafond bereikt is. Dit betekent dat een aantal gecontracteerde zorgverleners per 1 januari 2018, in de loop van het jaar van de lijst met gecontracteerde zorgverleners wordt geschrapt, zodat u (bijvoorbeeld) op 1 december 2018 misschien een beperkter keuzeaanbod heeft als op 1 januari 2018. Houdt u hier rekening mee.

Let op! Heeft u een restitutiepolis? Dan hebben omzetplafonds geen gevolgen voor uw recht op vergoeding. Wel kan het bijvoorbeeld zo zijn dat u nota's in het vervolg zelf moet indienen.

4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.

Let op! dit artikel geldt niet voor een eventueel door u afgesloten aanvullende verzekering. In artikel 2.1 van het hoofdstuk 'Algemene voorwaarden aanvullende verzekeringen' leest u wat er voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de aanvullende verzekering geldt.

4.3.1 Naturapolis (Basis Zeker)

Heeft u een naturapolis en gaat u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener? Dan heeft u recht op een vergoeding van maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). Hebben wij onvoldoende zorg ingekocht en/of kan een gecontracteerde zorgverlener de zorg niet op tijd leveren? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het (maximum) tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum) tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan vergoeden wij de zorg tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.

Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)

Naast de in artikel 4.2 genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of zbc hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel 25, 26 lid 1, 27 en 30) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners).

Selectieve contractering Basis Budget

Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 4.3.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 16, 17, 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 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 middels het Medisch Kindzorgsysteem (MKS) door een HBO-kinderverpleegkundige, die werkzaam is bij een bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK) en/of bij de Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT). De indicatie dient gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie. Een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige moet vooraf 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 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 (dat in 2018 beschikbaar komt).
- 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 33 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).

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.zk.nl/zorgzoeker 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.

Overgangsregeling voor verzekerden die op 31 december 2017 gebruik maken van verpleging en verzorging door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener in 2018

Als u op 31 december 2017 al gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener dan dient u voor 1 oktober 2018 uw aanvraag voor toestemming bij ons in te dienen. Wij zullen u dan uiterlijk 12 november 2018 laten weten of uw zorgverlener voldoet aan de door ons gestelde kwaliteitseisen én uw indicatie en zorgplan aan de door ons gestelde eisen voldoen.

Mocht blijken dat uw zorgverlener en/of de indicatie en het zorgplan niet voldoen, dan komt u vanaf 1 januari 2019 niet meer in aanmerking voor vergoeding van de kosten van zorg door deze zorgverlener. U kunt contact opnemen met de Zorgcoach voor bemiddeling naar een andere zorgverlener welke wel voldoet aan de door ons gestelde kwaliteitseisen.

- 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:

- a de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' wordt genoemd;
- b het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);
- c 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 ziektekostenverzekering 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 Klachtcoördinatie. 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, via onze website of per faxbericht. 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 toestand 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 Zilveren Kruis 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: