

**Bijlage 1 bij nieuwsbrief nummer 1 2023**  
**Toetsingskader beoordeling modelovereenkomsten polisjaar 2023**

I Toetspunt NZa	II Artikel Zorgverzekeringswet (Zvw)	III Toelichting
<b>1. Acceptatieplicht</b>		
<p>1 De bepalingen over de acceptatieplicht van de zorgverzekering zijn in overeenstemming met artikel 3 Zvw, 4 en 4a Zvw</p>	<p>1. De zorgverzekeraar is verplicht met of ten behoeve van iedere verzekeringsplichtige die in zijn werkgebied woont, alsmede met of ten behoeve van iedere verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, desgevraagd een zorgverzekering te sluiten (art. 3.1 Zvw)</p>	<p>De zorgverzekeraar moet desgevraagd voor alle verzekeringsplichtigen waarvoor de behoefte aan zorg overeenkomstig art. 2 Zvw moet worden verzekerd en die in zijn werkgebied wonen, een zorgverzekering sluiten. De acceptatieplicht geldt voor alle zorgverzekeraars die werken in de provincie waar de verzekeringsplichtige woont.</p> <p>Het werkgebied van een zorgverzekeraar is heel Nederland. In afwijking hiervan, kan een zorgverzekeraar zijn werkgebied tot een of meer gehele provincies van Nederland beperken zolang bij hem minder dan 850.000 verzekerden op basis van een zorgverzekering verzekerd zijn (artikel 29 Zvw).</p> <p>Iedere zorgverzekeraar moet in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen accepteren. Deze personen kunnen kiezen uit alle zorgverzekeraars en zorgverzekeringen.</p> <p>Selectie op medisch risico of andere verzekerdenkenmerken is niet toegestaan. Ook personen die op het moment dat het verzoek de verzekeraar bereikt al zorg nodig hebben, moeten ook voor de zorgverzekering worden geaccepteerd (brandend huis principe). Dat betekent dat de zorgverzekeraar in het kader van de acceptatie niet mag vragen naar medische gegevens.</p> <p>Bij het sluiten van de zorgverzekering moet de zorgverzekeraar rekening houden met de bepalingen uit artikel 4 en 4a Zvw.</p> <p>De zorgverzekeraar ontvangt van degene die een zorgverzekering wenst te sluiten, het burgerservicenummer van de te verzekeren persoon, indien deze persoon erover beschikt. Ook vermeldt degene die een zorgverzekering wenst te sluiten zijn adres, en indien hij niet de te verzekeren persoon is, het adres van de te verzekeren persoon.</p> <p>De zorgverzekeraar stelt aan de hand van documenten als bedoeld in artikel 1 van de Wet op de identificatieplicht, voor zover dat redelijkerwijs nodig is voor de uitvoering van de zorgverzekering en van deze wet, de identiteit van de te verzekeren persoon vast.</p> <p>De zorgverzekeraar sluit de verzekering niet zolang het verstrekte adres van de persoon of personen zoals bedoeld in artikel 4a.1 Zvw niet in de basisregistratie</p>

		personen voorkomt of afwijkt van het adres waaronder deze persoon of personen in die administratie als ingezetene staat of staan ingeschreven. Tenzij deze persoon of personen voldoen aan de in artikel 4a.3 Zvw genoemde voorwaarden.
	<p>2. Wanneer de zorgverzekeraar in een provincie verschillende varianten van de zorgverzekering aanbiedt, kan voor iedere in die provincie wonende verzekeringsplichtige uit alle varianten worden gekozen (art. 3.2 Zvw)</p> <p>De in het buitenland wonende verzekeringsplichtige kan kiezen tussen alle varianten van de zorgverzekering die een zorgverzekeraar in Nederland aanbiedt (art. 3.5 Zvw)</p>	<p>Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om verschillende varianten van de zorgverzekering aan te bieden. De verzekeringsplichtige moet kunnen kiezen uit alle varianten die de verzekeraar in de woonprovincie aanbiedt.</p> <p>Varianten kunnen van elkaar verschillen op het punt van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de verzekerde prestaties (natura/restitutie)</li> <li>– het aantal gecontracteerde aanbieders</li> <li>– kortingen voor collectiviteiten</li> <li>– de tranches van het vrijwillig eigen risico</li> </ul> <p>NB: Als de verzekeringnemer niet dezelfde persoon is als de verzekeringsplichtige dan is de woonplaats van deze laatste bepalend. Namelijk als verzekerde en als potentieel op zorg aangewezen persoon voor wie de verzekeraar mogelijk zorg moet inkopen</p>
	<p>3. De zorgverzekeraar is niet verplicht een zorgverzekering te sluiten met of ten behoeve van een verzekeringsplichtige:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die reeds krachtens een zorgverzekering verzekerd is, of</li> <li>– wiens eerdere zorgverzekering hij of de verzekeringnemer binnen een periode van vijf jaar gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het sluiten van de verzekering heeft opgezegd of ontbonden wegens: <ul style="list-style-type: none"> <li>o opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer of de verzekerde;</li> <li>o of het niet betalen van de premie (art. 17.5 Zvw)</li> </ul> </li> </ul> <p>(art. 3.4Zvw)</p>	<p>Dit artikellid geldt niet alleen als de zorgverzekeraar de zorgverzekering heeft opgezegd wegens fraude of het niet betalen van de premie, maar ook als de verzekeringnemer dit heeft gedaan. Zo wordt voorkomen dat een verzekeringnemer op het moment dat hij vermoedt dat de verzekeraar de verzekering op zal zeggen of zal ontbinden, zelf snel opzegt of ontbindt om aan de gevolgen van art. 3.4 Zvw te ontkomen.</p> <p>De acceptatieplicht van andere zorgverzekeraars blijft bestaan. Gedurende die periode zal de verzekeringsplichtige dus bij een andere verzekeraar verzekerd moeten worden.</p>
<b>2. Begin van de verzekering</b>		
2 a. De bepalingen over het begin van de verzekering zijn in overeenstemming met artikel 5 Zvw	1. De zorgverzekering in gaat op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek heeft ontvangen (art. 5.1 Zvw)	
	2. Wanneer de zorgverzekeraar op basis van het verzoek niet vast kan stellen of hij verplicht is een zorgverzekering te sluiten en hij de persoon heeft gevraagd de noodzakelijke gegevens te verschaffen, gaat de zorgverzekering in op de dag waarop de persoon aan dit verzoek heeft voldaan (art. 5.2 Zvw)	
	3. Wanneer degene ten behoeve van wie de zorgverzekering wordt gesloten op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek ontvangt al op grond van een zorgverzekering is verzekerd en de verzekeringnemer aangeeft de zorgverzekering te willen laten ingaan op een door hem aangegeven latere dag gaat de zorgverzekering op die latere dag in (art. 5.4 Zvw)	Om een periode van dubbele verzekering (en dus ook dubbele premiebetaling) te voorkomen geeft art. 5.4 Zvw de verzekerde de mogelijkheid om de verzekering in te laten gaan op een door hem te bepalen latere datum dan de datum waarop hij de zorgverzekeraar verzoekt een zorgverzekering te sluiten.

	<p>4. De zorgverzekering werkt zo nodig terug indien zij ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, tot en met de dag waarop de verzekeringsplicht ontstond (art. 5.5 onder a Zvw)</p>	<p>Art. 5.5 onder a Zvw heeft twee gevolgen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verzekeringnemer is tot en met laatstbedoelde dag premie verschuldigd.</li> <li>2. Verzekeringnemer is tot en met die dag verzekerd.</li> </ol> <p>Heeft een verzekerde in de periode waarover de zorgverzekering terugwerkt verzekerde zorg of overige diensten genoten dan heeft hij recht op vergoeding van kosten.</p> <p>Verzekeringplichtigen die later dan vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht verzekerd worden, of die een nieuwe zorgverzekering niet laten aansluiten op de oude, krijgen op grond van art. 9b Zvw van CAK een bestuurlijke boete over de periode gelegen tussen het ontstaan van de verzekeringsplicht respectievelijk het einde van de zorgverzekering en de datum waarop hun (nieuwe) zorgverzekering ingaat.</p>
	<p>5. De zorgverzekering werkt zonnodig terug indien zij ingaat binnen één maand nadat een eerdere zorgverzekering met ingang van 1 januari van een kalenderjaar of wegens wijziging van de voorwaarden is geëindigd door opzegging, tot en met de dag na die waarop de eerdere zorgverzekering is geëindigd (art. 5.5 onder b Zvw)</p>	<p>Als de verzekeringsplichtige de bedenktijd overschrijdt en dus te laat een nieuwe zorgverzekering sluit dan werkt de nieuwe verzekering niet terug. Bovendien loopt verzekerde het risico dat hij met een boete wordt geconfronteerd. Die boete heeft dan betrekking op de gehele termijn gedurende welke hij niet verzekerd was.</p>

### 3. Einde van de verzekering

<p>a. Als er in de modelovereenkomst andere, dan in artikel 6 tot en met 9d Zvw genoemde, opzeggings- of ontbindingsmogelijkheden zijn opgenomen dan voldoen deze aan de artikelen 7:931, 7:934, 7:939 en 7:940 lid 1, 3, 4 en 5 BW</p>	<p>1. Het niet betalen van de vervolgpremie kan pas leiden tot beëindiging of schorsing van de verzekeringsovereenkomst of dekking, als de verzekeringnemer na de premievervaldag tot betaling is aangehaand (onder vermelding van de gevolgen van het verder uitblijven van de betaling), en desondanks niet binnen veertien dagen na die aanmaning heeft betaald (art. 7:934 BW)</p>	<p>De artikelen 6 tot en met 8 Zvw sluiten niet uit dat zorgverzekeraar en verzekeringnemer nog andere opzeggings- of ontbindingsmogelijkheden opnemen in hun zorgverzekering.</p>
	<p>2. Bij tussentijdse opzegging wordt de lopende premie naar billijkheid verminderd (art. 7:939 BW)</p>	<p>Hierbij gaat het om andere dan in art. 6 tot en met 8 Zvw genoemde opzeggings- of ontbindingsmogelijkheden.</p>
	<p>3. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode om verlenging te verhinderen wordt een opzegtermijn van twee maanden in acht genomen (art. 7:940 lid 1 BW)</p>	<p>Hierbij gaat het om andere dan in art. 6 tot en met 8 Zvw genoemde opzeggings- of ontbindingsmogelijkheden..</p>
	<p>4. Als de zorgverzekeraar een tussentijdse opzeggingsmogelijkheid heeft bedongen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Daarbij wordt, tenzij de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet tot misleiding, een termijn van twee maanden in acht genomen (art. 7:940 lid 3 BW)</p>	<p>Hierbij gaat het om andere dan in art. 6 tot en met 8 Zvw genoemde opzeggings- of ontbindingsmogelijkheden.</p>
	<p>5. Als de zorgverzekeraar de voorwaarden van de zorgverzekering ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging in gaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld (art. 7:940 lid 4 BW)</p>	<p>Hierbij gaat het om andere dan in art. 6 tot en met 8 Zvw genoemde opzeggings- of ontbindingsmogelijkheden.</p>

	6. Een verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaren van gezondheidsrisico van de verzekerde (art. 7:940 lid 5 BW)	Hierbij gaat het om andere dan in art. 6 tot en met 8 Zvw genoemde opzeggings- of ontbindingsmogelijkheden.
	7. Indien de verzekerde op grond van art 9a, eerste lid Zvw is verzekerd kan deze de zorgverzekering gedurende een periode van twee weken, te rekenen vanaf de datum waarop het CAK hem daarvan mededeling heeft gedaan, vernietigen indien de verzekerde aan het CAK en de zorgverzekeraar aantoont in de periode bedoeld in artikel 9d eerste lid Zvw reeds bij een andere zorgverzekeraar verzekerd is (art. 9d.5 Zvw)	Hierbij wordt de voormalig onverzekerde een vernietigingsgrond gegeven. Als hij kan aantonen dat hij zelf al een zorgverzekering had afgesloten gedurende de periode dat het CAK hem heeft verzekerd.
	8. In afwijking van artikel 931 boek 7 BW is een zorgverzekeraar bevoegd een met hem gesloten verzekeringsovereenkomst wegens dwaling te vernietigen indien achteraf blijkt dat degene die het CAK bij hem verzekerde op dat moment niet verzekeringsplichtig was (art. 9d.6 Zvw).	Hierbij wordt de zorgverzekeraar een vernietigingsgrond wegens dwaling gegeven als achteraf blijkt dat de door het CAK bij de verzekeraar verzekerde persoon niet verzekeringsplichtig was.
	9. Zo nodig in afwijking van artikel 7 Zvw kan, tenzij het vierde lid van dat artikel van toepassing is, een verzekeringnemer een zorgverzekering als bedoeld in het eerste lid van artikel 9d Zvw niet opzeggen gedurende de eerste twaalf maanden waarover deze loopt (art. 9d.7 Zvw).	De verzekerde die op grond van art. 9d Zvw is verzekerd kan gedurende 12 maanden niet opzeggen.
b. De bepalingen over het einde van de verzekering zijn in overeenstemming met artikel 6 Zvw	1. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop: <ul style="list-style-type: none"> <li>– de verzekeraar ten gevolge van een wijziging of intrekking van zijn vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf geen zorgverzekeringen meer mag aanbieden</li> <li>– de verzekerde ten gevolge van wijziging van het werkgebied buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar komt te wonen</li> <li>– de verzekerde overlijdt</li> <li>– de verzekeringsplicht van de verzekerde eindigt (art. 6.1 Zvw)</li> </ul>	Bij overlijden van de verzekerde moet de zorgverzekeraar de premies betaald voor periodes na het einde van de verzekering als onverschuldigd betaald terug storten. Daarbij mag hij wel een billijk bedrag voor administratiekosten aftrekken (art. 938 Boek 7 BW).  Overigens eindigt de zorgverzekering niet van rechtswege als de verzekeringnemer een ander is dan de verzekerde en niet de verzekerde, maar de verzekeringnemer overlijdt. Wel kunnen verzekeringnemer en verzekerde zelf afspreken dat de verzekeringsovereenkomst bij overlijden van de verzekeringnemer eindigt.
	2. De zorgverzekering eindigt van rechtswege met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de dag waarop de verzekerde, zonder dat zijn verzekeringsplicht eindigt, ten gevolge van verhuizing komt te wonen buiten een provincie waarin zijn zorgverzekeraar de ten behoeve van hem gesloten variant van de zorgverzekering aanbiedt of uitvoert (art 6.2 Zvw)	Allereerst is het mogelijk dat een verzekerde verhuist naar een provincie waar zijn verzekeraar niet werkzaam is. Daarnaast is het mogelijk dat een verzekerde verhuist naar een provincie waar zijn zorgverzekeraar wél werkt, maar niet de verzekeringsvariant aanbiedt of uitvoert die voor de verzekerde gesloten is. De verzekeraar moet al zijn verzekeringsvarianten aanbieden aan in het buitenland wonende verzekeringsplichtigen. Daarom eindigt de zorgverzekering niet van rechtswege als de verzekerde naar het buitenland verhuist en verzekeringsplichtig blijft.
	3. De zorgverzekeraar moet de verzekeringnemer uiterlijk twee maanden voordat de zorgverzekering op grond van artikel 6.1 Zvw (sub a en sub b) (zie punt 3.b.1) eindigt daarvan op de hoogte stellen (art. 6.3 Zvw)	Gezien het belang van de zorgverzekering moet de zorgverzekeraar iedere verzekeringnemer persoonlijk op de hoogte stellen. De zorgverzekeraar kan dus niet volstaan met een algemene mededeling in dagbladen, tijdschriften of op de website.
	4. De verzekeringnemer stelt de zorgverzekeraar onverwijld op de hoogte van alle feiten en omstandigheden over de verzekerde die	Het niet voldoen aan de in het derde lid geregelde verplichting maakt de verzekeringnemer schadeplichtig. Uiteraard is het wel wenselijk dat de zorgverzekeraar in

	op grond van artikel 6 Zvw tot het einde van de zorgverzekering hebben geleid of kunnen leiden (art. 6.4 Zvw)	de zorgpolis een indicatie geeft van de feiten en omstandigheden die tot het van rechtswege eindigen van de verzekering kunnen leiden en dus gemeld moeten worden.
c. De bepalingen over de opzegging en ontbinding van de verzekering zijn in overeenstemming met artikel 7 Zvw	1. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen (art. 7.1 Zvw)	De Zvw laat in het midden of het om een overeenkomst voor bepaalde of onbepaalde tijd gaat.
	2. De verzekeringnemer die een ander dan zichzelf heeft verzekerd, kan de zorgverzekering opzeggen indien de verzekerde krachtens een andere zorgverzekering wordt verzekerd (art. 7.2 Zvw)  Een verzekeringnemer kan zijn zorgverzekering opzeggen binnen 6 weken nadat hij een mededeling als bedoeld in artikel 78c, tweede lid, of artikel 92, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg over zijn zorgverzekeraar heeft ontvangen (art. 7.4 Zvw)  Deze opzegging gaat in op de eerste dag van de tweede kalendermaand volgend op de dag waarop de verzekeringnemer heeft opgezegd (art. 7.5 Zvw)  Als de opzegging door de zorgverzekering is ontvangen voorafgaande aan de dag waarop de verzekerde krachtens een andere verzekering wordt verzekerd, gaat de opzegging in met ingang van de laatstbedoelde dag (art. 7.6 Zvw)	Het is mogelijk dat een verzekeringsplichtige die met zijn medeweten door een ander is verzekerd, later voor zichzelf een verzekering af wil sluiten. Of zich door een andere dan de bestaande verzekeringnemer wil laten verzekeren. De verzekeringsplichtige kan er altijd voor kiezen om zelf een zorgverzekering te (laten) afsluiten. Verzekert de verzekeringsplichtige zich opnieuw of laat hij dat doen dan geeft dit zijn oorspronkelijke verzekeringnemer echter wel een opzeggingsbevoegdheid.  De zorgverzekeraar die niet voldoet aan artikel 15f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg, ontvangt een aanwijzing van de zorgautoriteit (artikel 78c.1 Wmg). De zorgautoriteit doet van een aanwijzing mededeling aan de verzekerden en verzekeringnemers van wie de zorgautoriteit heeft vastgesteld dat hun ziektekostenverzekeraar zich via een elektronisch uitwisselingsstelsel toegang tot hun gegevens heeft verschaft.  Ook kan een verzekeringnemer opzeggen indien diens zorgverzekeraar een bestuurlijke boete opgelegd heeft gekregen vanwege een overtreding van artikel 15f van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens. De verzekerde en de verzekeringnemers ontvangen van de zorgautoriteit een mededeling.  Het is niet mogelijk om bij wet alle gevallen te regelen waarin de verzekeringnemer die een ander heeft verzekerd mag opzeggen als in zijn relatie tot de verzekerde wijzigingen optreden of deze relatie geheel vervalt. Het is aan de verzekeraar om hier desgewenst clausules voor op te stellen.
	3. De verzekeringnemer kan de zorgverzekering niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde rechtstreeks voortvloeit uit een wijziging van de bij of krachtens de artikelen 11 t/m 14a Zvw gestelde regels (art. 7.3 Zvw)	Dit betekent dat een verzekerde de verzekering kan beëindigen als de voorwaarden (waaronder ook premieverhoging) ten nadele van de verzekerde worden gewijzigd en deze niet voortvloeien uit een wettelijke bepaling. De verzekerde kan de overeenkomst beëindigen met ingang van de dag waarop de wijziging ingaat. En in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
d. De bepalingen over de opzegging en ontbinding van de verzekering zijn in overeenstemming met artikel 8 en 8a Zvw	1. Aan een opzegging of ontbinding van de zorgverzekering wegens het niet betalen van de verschuldigde premie wordt geen terugwerkende kracht verleend, noch wordt daaraan een verplichting verbonden tot ongedaan-making of vergoeding van hetgeen partijen reeds ter nakoming van de zorgverzekering jegens elkaar hebben verricht (art. 8.1 Zvw)	Als een verzekeringnemer een vervolgpremie niet heeft voldaan dan kan de zorgverzekeraar, als hij zich deze mogelijkheid in de zorgverzekering heeft voorbehouden, zijn plichten uit de modelovereenkomst opschorten of de overeenkomst opzeggen of ontbinden. Het niet betalen van premies zorgverzekering kan slechts voor de toekomst worden ontbonden.  Het niet nakomen van de verplichting tot betaling van de begin- of vervolgpremie kan eerst leiden tot beëindiging of schorsing van de verzekeringsovereenkomst of de

	<p>Artikel 934 Boek 7 BW is ook van toepassing met betrekking tot de eerste premie die een verzekeringnemer voor een zorgverzekering verschuldigd is (art. 8.3 Zvw)</p>	<p>dekking, nadat de schuldenaar na de vervaldag onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. De zorgverzekering kan dus op zijn vroegst 14 dagen na een aanmaning door middel van opzegging of ontbinding worden beëindigd.</p> <p>Opzegging of ontbinding met terugwerkende kracht is verboden, maar opschorten van de dekking is dat niet.</p> <p>De zorgverzekeraar moet in zijn modelovereenkomst opnemen wat hij bij het niet tijdig betalen van premies met ingang van wanneer zal doen, met inachtneming van art. 18a Zvw.</p>
	<p>2. De zorgverzekeraar mag de zorgverzekering gedurende de periode van detentie niet opzeggen of ontbinden (de dekking wordt geschorst) (art. 8.2 Zvw en art. 24 Zvw)</p>	<p>Een verzekerde die door een rechterlijke uitspraak wordt gedetineerd, is tijdens zijn detentie aangewezen op geneeskundige zorg verstrekt door (of namens) en voor rekening van de minister van Justitie. Zonder nadere maatregelen zou de verzekerde tijdens zijn detentie premie blijven betalen zonder dat hij van zijn rechten uit de zorgverzekering gebruik hoeft te maken. Daarom is bepaald dat de rechten en plichten uit de zorgverzekering van rechtswege worden opgeschort over de perioden waarover de minister van Justitie verantwoordelijk is voor de zorgverlening. Na het einde van de detentie herleven deze rechten en plichten dus weer.</p> <p>Het moment van herleving van de verzekering – en daarmee van de premieplicht – is de dag waarop de detentie eindigt (art. 24.1 Zvw). Dit is dus niet de dag waarop de verzekerde het einde van de detentie aan zijn verzekeraar meldt. De periode waarover de achterstallige premie van ex-gedetineerden kan worden gevorderd is vijf jaar, te rekenen van iedere premievervaldag (zie art. 3:308 BW). Zo is er voldoende belang voor de (voormalig) gedetineerde om het einde van zijn detentie tijdig te melden (art. 24.2 Zvw).</p>
	<p>3. Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van één of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de dekking van de zorgverzekering heeft geschorst of opgeschort (art. 8a.1 Zvw)</p> <p>Bovenstaande lijdt uitzondering wanneer de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen.</p>	<p>Dit artikel bevat geen voorschriften voor zorgverzekeraars. De wetgever stelt hier geen regels hoe zorgverzekeraars regelen dat hun verzekerden de verschuldigde premie zoveel mogelijk ook werkelijk betalen.</p> <p>Het artikel legt vast dat de zorgverzekering van de kant van de verzekeringnemer niet kan worden opgezegd nadat hij door de zorgverzekeraar in het kader van de incasso van achterstallige premie is aangemaand tot betaling. Ondanks een opzegging van de kant van de verzekeringnemer blijft de zorgverzekering dan gewoon bestaan. Daarop geldt slechts één uitzondering: als de zorgverzekeraar ertoe overgaat de dekking van de zorgverzekering te schorsen, kan de verzekeringnemer wel opzeggen. Het artikel is te zien als een <i>lex specialis</i> ten opzichte van art. 7 Zvw en ten opzichte van eventueel andere in de zorgpolis opgenomen opzegmogelijkheden. De zorgverzekeraar kan desgewenst aan de verzekeringnemer laten weten dat hij de opzegging toch accepteert (tweede lid).</p>

		Met het opzegverbod kan worden tegengegaan dat verzekerden gaan migreren om zich te onttrekken aan incassomaatregelen. Zo vormt het artikel een ondersteuning van het door de zorgverzekeraars ontwikkelde beleid om wanbetaling zoveel mogelijk te voorkomen.
<b>4. De te verzekeren prestaties</b>		
a. De bepalingen over de verzekerde prestaties zijn in overeenstemming met artikel 11 Zvw	1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft; of</li> <li>- vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of overige diensten (art. 11.1 Zvw)</li> </ul> <p>In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen (art. 11.2 Zvw)</p>	<p>Art. 11 Zvw regelt de zorgplicht van de zorgverzekeraar zoals deze in de verzekerde prestaties tot uitdrukking moet komen.</p> <p>De verzekeringnemer moet uit de modelovereenkomst kunnen opmaken voor welke vormen van zorg en andere diensten recht op zorg of op vergoeding van kosten van zorg bestaat. Bovendien moet uit de polis blijken in welke gevallen de keuze beperkt is tot gecontracteerde zorgaanbieders en hoe de verzekeringnemer te weten komt om welke zorgaanbieders het dan gaat.</p> <p>Het recht op restitutie is (behalve in het in art. 13 Zvw bedoelde geval) een recht op 'volledige' vergoeding van de gemaakte kosten. Als er geen Wmg (maximum)tarief geldt dan moet de vergoeding 'marktconform' zijn. Dit betekent dat recht op vergoeding van kosten van zorg slechts bestaat voor zover het door de verlener van de zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is (conform art. 2.2 Besluit zorgverzekering). Het is aan een zorgverzekeraar om aan te tonen dat een voor vergoeding ingediende rekening in een individueel geval onredelijk hoog is.</p>
	2. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven (art. 11.5 Zvw)	<p>Voorbeelden zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abortus provocatus, uitgezonderd de vitale indicatie</li> <li>2. Opzettelijk levensbeëindigend handelen</li> <li>3. Kunstmatige voortplantingstechnieken, waarbij embryo's in vitro tot stand worden gebracht en/of waarbij geslachtscellen van anderen dan de partner worden gebruikt</li> <li>4. Geslachtsveranderende ingrepen</li> <li>5. Genetisch onderzoek waarbij het doden van een ongeboren vrucht aan de orde kan zijn.</li> </ol> <p>Door gebruik te maken van de uitdrukkingen 'geringe afwijking' en 'om ethische of levensbeschouwelijke redenen sterk controversieel' wordt duidelijk gemaakt dat een dergelijke licht afwijkende modelovereenkomst geen betrekking kan hebben op het door de minister van VWS aangedragen voorbeeld van mannen die geen verloskundige zorg en kraamzorg in hun pakket zouden willen opnemen. Deze en vergelijkbare prestaties zijn niet als zodanig om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversieel.</p>
b. De bepalingen over de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel	1. De zorg en overige diensten omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bz (art. 2.1.1 Bz)	Het Zorginstituut beoordeelt de verzekerde prestaties.

11, eerste lid onder a Zvw zijn in overeenstemming met artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering (Bz) (art. 11 Zvw)	2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (art. 2.1.2 Bz)	Het Zorginstituut beoordeelt de verzekerde prestaties.
	3. De verzekerde heeft slechts recht op een vorm van zorg of dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (art. 2.1.3 Bz)	Het Zorginstituut beoordeelt de verzekerde prestaties.
c. De bepalingen over de vergoeding van kosten of overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid onder b Zvw zijn in overeenstemming met artikel 2.2 Bz (art. 11 Zvw)	1. De vergoeding van kosten omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bz (art. 2.2.1 Bz)	Het Zorginstituut beoordeelt de verzekerde prestaties.
	2. Bij het bepalen van de vergoeding wordt in mindering gebracht: <ul style="list-style-type: none"> <li>– hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten</li> <li>– de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten (art. 2.2.2 Bz)</li> </ul>	Het Zorginstituut beoordeelt de verzekerde prestaties.
<b>5. Prestaties op basis van gecontracteerde zorg</b>		
a. De bepalingen van de zorg die slechts op basis van een zorgcontract mag worden vergoed zijn in overeenstemming met artikel 12 Zvw	1. In het Bz kunnen ter bescherming van het algemeen belang vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen die de zorgverzekeraar slechts verstrekt of vergoedt indien tussen hem en de aanbieder van de betreffende zorg of dienst een overeenkomst over de te leveren zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs is gesloten, dan wel indien de aanbieder bij hem in dienst is (art. 12.1 Zvw)	Van deze mogelijkheid zal alleen gebruik worden gemaakt als dit nodig is ter bescherming van het algemeen belang als bedoeld in het Europese recht. Vooralsnog wordt hier nog geen gebruik van gemaakt.
	2. In het Bz kunnen vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de zorgverzekeraar met iedere instelling die binnen zijn werkgebied is gelegen of waarvan zijn verzekerden naar verwachting regelmatig gebruik zullen maken, op haar verzoek een overeenkomst sluit (art. 12.2 Zvw)	Vooralsnog wordt hier nog geen gebruik van gemaakt.
<b>6. Prestaties op basis van niet-gecontracteerde zorg</b>		
a. De bepalingen over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bij gecontracteerde zorg zijn in overeenstemming met artikel 13 Zvw	1. Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft bij een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of overige dienst gemaakte kosten (art. 13.1 Zvw)	Voor niet-gecontracteerde zorg mogen zorgverzekeraars zelf een vergoeding bepalen. Die vergoeding mag alleen geen hinderpaal vormen voor de toegang tot deze zorg. Voor de duiding van het begrip hinderpaal verwijzen wij naar de rechtspraak over de uitleg van artikel 13 Zvw.  Op basis van deze rechtspraak zijn wij van oordeel dat het vergoedingspercentage voor niet gecontracteerde zorg ten minste 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief, of een vergelijkbare berekeningsmethode, moet zijn. Tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom een lager percentage geen feitelijke hinderpaal zal



	De zorgverzekeraar neemt de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst op (art. 13.2 Zvw)	opleveren. Daarbij kan een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.  Wij toetsen dus niet de hoogte van de vergoeding tenzij de vergoeding is beperkt tot minder dan 75 procent van het hiervoor genoemde tarief.  Er mag geen onderscheid worden gemaakt tussen Nederlandse zorgaanbieders en in het buitenland gevestigde zorgaanbieders.
	2. Indien bij of krachtens het Bz is bepaald dat een deel van de kosten van een bepaalde vorm van zorg of van een bepaalde andere dienst voor rekening van de verzekerde komt, verwerkt de zorgverzekeraar dit in de wijze waarop hij de vergoeding voor de betreffende vorm van zorg of dienst berekent (art. 13.3 Zvw)	Hierbij gaat het om de verplichte eigen bijdrage uit de Regeling Zorgverzekering (Rz).
	3. De wijze waarop de vergoeding wordt berekend, is voor alle verzekeren die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven gelijk (art. 13.4 Zvw)	De hoogte van de vergoeding mag niet afhankelijk zijn van verzekerdenkenmerken. Wel mag de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding afhankelijk maken van de situatie waarin de verzekerde zich bevond bij het inroepen van de niet-gecontracteerde zorg.
	4. Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in artikel 13.1 wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar (art. 13.5 Zvw)	Beëindiging van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder heeft geen gevolgen voor aanspraken bij een lopende behandeling. Zorgverzekeraars moeten de volledige kosten voor hun verzekerden blijven betalen zolang de behandeling onafgebroken voortduurt. Dit recht mag in de modelovereenkomst niet worden beperkt.
<b>7. Beoordeling recht op verzekerde prestaties, toetsing op zorginhoudelijke criteria, Wmo afspraken</b>		
a. De bepalingen over de behoefte aan zorg zijn in overeenstemming met artikel 14 Zvw	1. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord (art. 14.1 Zvw)	Art. 14 Zvw bevat de regels op grond waarvan wordt vastgesteld of een individuele verzekerde op de verzekerde zorg is aangewezen en zo ja, op welke zorg in welke mate.  Het is aan de zorgverzekeraar om in zijn modelovereenkomst op te nemen voor welke vormen van zorg hij een vorm van toetsing wenst. Dit is toegestaan zolang verzekerden maar wel de zorg krijgen waar zij op grond van de Zvw recht op hebben. De zorgverzekeraar moet hierover richting zijn verzekerde voldoende transparant zijn. Op grond van EU-recht is het niet toegestaan om hierbij onderscheid te maken tussen Nederlandse zorgaanbieders en aanbieders uit andere EU lidstaten. Eist een zorgverzekeraar in de ogen van zijn verzekerden te vaak verwijzing of voorafgaande toestemming van die verzekeraar zelf, dan zullen zijn verzekerden bij hem weggaan.
	2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing	Hiermee wordt de poortwachtersfunctie van de huisarts zeker gesteld.

	<p>door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts (art. 14.2 Zvw)</p> <p>3. Voor zover een verzekerde ingevolge zijn zorgverzekering toestemming behoeft van de zorgverzekeraar dan wel een verwijzing of een recept van een deskundige is vereist voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties en de verzekerde in het bezit is van deze toestemming, deze verwijzing of dit recept, geldt die toestemming, die verwijzing of dat recept als titel voor het verkrijgen van de verzekerde prestaties gedurende de periode waarvoor de toestemming is verleend of de verwijzing of het recept geldig is en verlangt een nieuwe zorgverzekeraar niet nogmaals dat toestemming wordt gevraagd of dat een verwijzing of recept wordt overgelegd (art. 14.6 Zvw)</p>	<p>Niet altijd bevat een toestemming, verwijzing of recept een einddatum. Als een verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekeraar dan moet de nieuwe zorgverzekeraar een lopende toestemming, verwijzing of recept overnemen. Deze zorgverzekeraar mag niet alsnog een einddatum vaststellen. Zorgverzekeraars moeten zelf een einddatum aangeven. Als dit niet is gebeurd dan mag de nieuwe zorgverzekeraar dit niet alsnog doen. In de modelovereenkomst mag in dat geval dus geen termijn worden opgenomen die het recht van de verzekerde beperkt.</p>
b. De bepalingen over de afspraken met gemeenten zijn in overeenstemming met artikel 14a Zvw	1. De zorgverzekeraar zorgt dat zijn modelovereenkomst aansluit bij de gemaakte afspraken, bedoeld in artikel 5.4.1, van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (art. 14a.1 Zvw)	<p>Zorgverzekeraars moeten afspraken maken met gemeenten om te komen tot integrale zorg op grond van Zvw en Wmo. De zorgverzekeraar zorgt dat de modelovereenkomst aansluit bij de met de gemeenten gemaakte afspraken.</p> <p>Het is niet verplicht om dit in de modelovereenkomst op te nemen.</p>
	2. De zorgverzekeraar stemt de wijze waarop hij zijn taken op grond van deze wet uitvoert af met de colleges van burgemeester en wethouders, met het oog op de wettelijke taken van die laatste op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (art. 14a.2 Zvw).	Zie bovenstaande.
<b>8. De premie</b>		
a. De bepalingen over de premie zijn in overeenstemming met artikel 16 en 17 Zvw	1. De verzekeringnemer is krachtens de zorgverzekering premie verschuldigd (art. 16.1 Zvw)	Alle verzekerden van achttien jaar of ouder zijn voor de zorgverzekering premie verschuldigd aan de zorgverzekeraar.
	<p>In afwijking van artikel 925 van boek 7 BW en van artikel 16, eerste lid, Zvw:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt;</li> <li>– is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid, of 18e, Zvw (art. 16.2, Zvw)</li> </ul>	De Zvw laat het de zorgverzekeraar vrij om te bepalen in welke termijnen hij de premie int. Dat kan zijn per maand, maar ook per jaar. Ook kan de zorgverzekeraar bepalen of de premie vooraf of achteraf moet worden betaald.
	2. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op (art. 17.1 Zvw)	<p>Art. 17 Zvw bepaalt hoe de verschuldigde premie voor verzekerden van achttien jaar of ouder wordt berekend.</p> <p>De grondslag van de premie is de premie die geldt als geen collectiviteitskorting of korting voor een vrijwillig eigen risico van toepassing is. De grondslag van de premie wordt door de zorgverzekeraar vastgesteld. Deze mag verschillen voor varianten die</p>

		van elkaar verschillen op het punt van de verzekerde prestaties. Met uitzondering van varianten als bedoeld in art. 11.5 Zvw. Zie art. 17.3 Zvw.
	3. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten niet van elkaar verschillen (art. 17.2 Zvw)	
	4. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid om een modelovereenkomst aan te bieden waarin bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven, is de grondslag van de premie gelijk aan de grondslag die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking (art. 17.3 Zvw)	
	5. De zorgverzekeraar geeft de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weer en neemt de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis op (art. 17.6 Zvw)  De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting geldt of zou gelden (art. 17.4 Zvw)  De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekorting voor vrijwillig eigen risico, indien deze van toepassing is. (art. 17.5 Zvw)	Dit kan de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst zelf weergeven, maar ook door een voorbeeld van de premiebijlage mee te sturen.
	6. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld (art. 17.7 Zvw)	
<b>9. De gevolgen van het niet betalen van de premie</b>		
De bepalingen over het niet betalen van de premie zijn in overeenstemming met artikel 18a Zvw tot en met 18g Zvw. De in dit toetsingskader opgenomen artikelen zijn die artikelen in de Zvw, die direct de zorgverzekeraar en de verzekerde aangaan.	1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de zorgaanbieder een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling (artikel 18a.1 Zvw).  Het aanbod bestaat in ieder geval uit de in artikel 18a, tweede lid, Zvw opgenomen elementen (artikel 18a.2 Zvw)  Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in artikel 18a, eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in	Deze leden verplichten de zorgverzekeraar om uiterlijk tien dagen na de constatering van een premieachterstand van twee maandpremies de verzekeringnemer een betalingsregeling aan te bieden. Het is niet nodig om de inhoud van art. 18a-18g Zvw integraal op te nemen in de modelovereenkomst. De modelovereenkomst moet wel in overeenstemming zijn met deze bepalingen en duidelijk zijn. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:  a. afgifte, door de verzekeringnemer, van een machtiging aan de verzekeraar om de door hem verschuldigde, toekomstige premie(s) automatisch van een rekening te incasseren dan wel, afgifte, door die verzekeringnemer, van een opdracht aan zijn werkgever, pensioenfonds of uitkeringsinstantie (of een ander die hem periodieke betalingen

	<p>dat lid tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt te aanvaarden, mits:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft; en</li> <li>- Deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, ter zake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in artikel 18a, tweede lid onderdeel a, Zvw heeft gegeven.</li> </ul> <p>Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van 4 weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen (artikel 18a.4 Zvw).</p> <p>Indien artikel 18a, derde lid, Zvw van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar aan de verzekerde tegelijk met de verzekeringnemer afschriften van de in art 18a, eerste tot vierde lid genoemde stukken.</p>	<p>doet), om de verschuldigde premie(s) op zijn loon, pensioen of uitkering (of op die andere periodieke betalingen) in te houden en direct aan de zorgverzekeraar over te maken;</p> <p>b. afspraken over de wijze van afbetaling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden, inclusief rente en incassokosten. Voor een verzekeringnemer die al direct de eerste twee maandpremies niet heeft voldaan, zal de schuld zich doorgaans tot die twee premies (per verzekering) beperken. De schuld kan echter ook achterstallig betalingen aan eigen risico betreffen;</p> <p>c. een toezegging van de verzekeraar dat hij de zorgverzekering of de dekking ervan niet om reden van de premieachterstand zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en zijn betaalafspraken om de reeds opgebouwde schuld in te lossen, nakomt. Beëindiging van de zorgverzekering als verzekeringnemer of verzekerde fraudeert, kan dus nog wel.</p>
	<p>2. Zo spoedig mogelijk nadat de premieachterstand vier maandpremies is gaan bedragen (rente en incassokosten buiten beschouwing latend) deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en de verzekerde mede dat hij voornemens is over te gaan tot melding, zoals bedoeld in artikel 18c Zvw, zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde met uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte er van te betwisten (artikel 18b.1 Zvw).</p> <p>Indien de zorgverzekeraar zij standpunt op de betwisting handhaaft, kan de verzekerde of verzekeringnemer binnen een termijn van vier weken na ontvangst van die mededeling een geschil hierover voorleggen aan een onafhankelijke instantie op grond van artikel 114 Zvw of de burgerlijke rechter (artikel 18b.2 Zvw).</p> <p>Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorg-</p>	<p>De bescherming van de verzekeringnemer tegen ten onrechte door zijn verzekeraar gedane meldingen staat in de art. 18b en 18c Zvw. De zorgverzekeraar mag de melding pas verrichten als hij de verzekeringnemer en (als deze een ander is) de verzekerde heeft gewaarschuwd dat hij van plan is bij verder oplopen van de premieschuld betrokkene aan te melden voor het bestuursrechtelijke regime. De zorgverzekeraar moet betrokkenen een termijn geven van ten minste vier weken (vanaf de waarschuwing) om de juistheid van de melding te betwisten. Of om, uiteraard, de premieschuld en bijkomende kosten alsnog te voldoen.</p> <p>Als de zorgverzekeraar binnen de door hem gestelde termijn van ten minste vier weken niets hoort dan mag hij ervan uitgaan dat de verzekeringnemer of de verzekerde de juistheid van het standpunt van de zorgverzekeraar niet betwist. Nadat de schuld is opgelopen tot zes maandpremies (per zorgverzekering) kan deze de zorgverzekering melden bij het CAK. Betwist de verzekeringnemer of de verzekerde wel tijdig het bestaan van de schuld of de hoogte ervan dan moet de zorgverzekeraar een heronderzoek verrichten naar het betalingsgedrag.</p>

	<p>verzekeraar de in artikel 18b, eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen worden voldaan (artikel 18b.3 Zvw).</p>	
	<p>3. Indien een premieachterstand (zonder incassokosten en rente) is ontstaan van zes maanden meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het CAK, de verzekeringnemer en de verzekerde (artikel 18c.1 Zvw).</p> <p>Deze melding geschiedt niet indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de premieachterstand tijdig is betwist en de zorgverzekeraar zijn standpunt nog niet aan de verzekeringnemer heeft kenbaar gemaakt;</li> <li>- gedurende de in artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn;</li> <li>- in geval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of de burgerlijke rechter, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;</li> <li>- indien de verzekeringnemer zich heeft gemeld bij een schuldhulpverlener en aan toont dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten (artikel 18c.2 Zvw).</li> </ul> <p>Onderdeel van de melding is een verklaring dat de zorgverzekeraar artikel 18b, tweede lid, in acht heeft genomen (artikel 18c.3 Zvw).</p>	
	<p>4. De zorgverzekeraar stelt het CAK, de verzekeringnemer en de verzekerde onverwijld op de hoogte van de datum waarop:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan;</li> <li>- De schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, als bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;</li> <li>- Door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt (artikel 18d.3 Zvw).</li> </ul>	<p>De plicht om bestuursrechtelijke premie te betalen eindigt (art. 18d.1 Zvw) en de plicht om weer nominale premie aan de zorgverzekeraar te betalen herleeft (art. 16 Zvw) met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. de schuld die ter zake van de zorgverzekering bestaat volledig is voldaan of waarin deze schuld tenietgaat,</li> <li>b. de rechter de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen als bedoeld in de Faillissementswet op de verzekeringnemer van toepassing heeft verklaard, of</li> <li>c. de verzekeringnemer gaat deelnemen aan een minnelijke, door tussenkomst van een professionele schuldhulpverlener tot stand gekomen schuld(sanerings)regeling, waaraan ten minste ook zijn zorgverzekeraar deelneemt.</li> </ul>

<p>a. De bepalingen over collectiviteiten zijn in overeenstemming met artikel 18 Zvw</p>	<p>1. De zorgverzekeraar kan met ingang van 2023 met een werkgever niet langer overeenkomen dat hij een geldelijk premievoordeel verstrekt indien diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst (art. 18.1 Zvw)</p> <p>Dit is ook van toepassing ten aanzien van een rechtspersoon, niet zijnde een werkgever, met betrekking tot de verzekering van natuurlijke personen wier belangen die rechtspersoon behartigt (art. 18.5 Zvw)</p>	<p>Met ingang van 2023 wordt de collectiviteitskorting afgeschaft. De zorgverzekeraar mag op de premiegrondslag dus geen korting meer verstrekken in verband met een collectiviteit. Wel is het nog mogelijk dat een collectiviteitskorting op de aanvullende verzekering wordt gegeven.</p>
<b>11. Verplicht eigen risico</b>		
<p>a. De bepalingen over het verplicht eigen risico zijn in overeenstemming met artikel 19 Zvw</p>	<p>1. Iedere verzekerde van 18 jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385,00 per kalenderjaar (art. 19.1 Zvw)</p> <p>2. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen vóór 31 december van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft (art. 19.4 Zvw en art. 2.17.3 Bz)</p> <p>In afwijking van het voorgaande is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor 31 december is ingediend (art. 2.17.4 Bz)</p> <p>3. - In het Bz kunnen vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel of gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen (art. 21.2 Zvw)</p> <p>Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten vallen buiten het verplicht eigen risico, indien deze betreffen (art. 2.17.1 Bz):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verloskundige zorg en kraamzorg;</li> <li>- zorg als bedoeld in artikel 2.10, besluit zorgverzekering;</li> <li>- zorg zoals huisartsen die plegen te bieden;</li> <li>- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen,;</li> <li>- nacontroles van de donor nadat de periode bedoeld in artikel 2.5 Bz onderdeel d is verstreken</li> <li>- de kosten van vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid Bz</li> </ul> <p>4. Bij AMvB wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht (art. 19.6 Zvw)</p>	<p>Dit bedrag kan jaarlijks worden geïndexeerd.</p> <p>NB Mondzorg is hier vervallen omdat die nog slechts voor jongeren onder de 18 wordt vergoed.</p> <p>De regering is bevoegd om in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) nadere regels te stellen. Bijvoorbeeld voor het door verzekerden bewust te laat indienen</p>

		<p>van declaraties. Op die manier kan verzekerde natuurlijk niet onder het eigen risico uitkomen. Ook de situatie van beëindiging van de verzekering door emigratie en overlijden vereist een vlotte afhandeling.</p> <p>Hier is nog geen gebruik van gemaakt.</p>
<b>12. Vrijwillig eigen risico</b>		
<p>a. De bepalingen over het vrijwillig eigen risico zijn in overeenstemming met artikel 20 Zvw</p>	<p>1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties een variant zonder vrijwillig eigen risico aan (art. 20.1 Zvw)</p>	<p>In de modelovereenkomst moet duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen het verplicht en vrijwillig eigen risico. Dat betekent dat de verzekerde naast het verplicht eigen risico kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De verzekeraar mag niet aangeven dat de verzekerde het verplicht eigen risico kan verhogen.</p>
	<p>2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van 18 jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent (art. 20.2 Zvw)</p> <p>De korting mag afhangen van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– de omvang van het voor de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico;</li> <li>– het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft (art. 20.3 Zvw)</li> </ul> <p>De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op welke premiekorting bij welk vrijwillig eigen risico voor welk aantal kalenderjaren geldt (art. 20.4 Zvw)</p>	
	<p>3. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten het vrijwillig eigen risico</p> <p>Onder kosten van inschrijving worden verstaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;</li> <li>– vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen (art. 2.18 Bz)</li> </ul>	
<b>13. Gedifferentieerd eigen risico</b>		

a. De bepalingen over het gedifferentieerd eigen risico zijn in overeenstemming met artikel 21 Zvw	1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico wordt in het Bz vastgesteld (art. 21.1 Zvw) Het percentage is vastgesteld op 100 (art. 2.19 Bz)	
	2. In het Bz kunnen vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen (art. 21.3 Zvw)  De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 Zvw geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen indien: – de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder; of – de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd; of – de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel of hulpmiddel (artikel 2.17.2 Bz)	De zorgverzekeraar kan dus in de modelovereenkomst opnemen dat bepaalde kosten niet ten laste van het verplicht eigen risico komen. Maar niet dat dit wordt kwijtschuldigen.  De bij ministeriele regeling aangewezen gezondheid bevorderende of op preventie gericht programma's zijn thans programma's met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken.
	3. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij AMvB vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen (art. 21.4 Zvw)	Zorgverzekeraars kunnen deze bepaling gebruiken om de vormen die uitgesloten zijn van het vrijwillig eigen risico gelijk te trekken met de vormen die uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico.
<b>14. Wijziging eigen risico gedurende kalenderjaar</b>		
a. De bepalingen over de wijzigingen van het eigen risico gedurende het kalenderjaar zijn in overeenstemming met artikel 22 Zvw.	1. Als een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien van toepassing is, vrijwillig eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen en de noemer aan het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar (art. 22.1 Zvw)	
	2. In afwijking van het eerste lid wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ieder bedrag aan eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;</li> <li>– de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;</li> <li>– het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar (art. 22.2 Zvw)</li> </ul> <p>Het bedrag wordt afgerond op hele euro's (art. 22.3 Zvw)</p>	
<b>15. Overige bepalingen</b>		
a. De bepalingen over toerekening van kosten en ten lastelegging zijn in overeenstemming met artikel 23 Zvw.	1. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen (art. 23.1 Zvw)	Het is mogelijk dat de rekening voor zorg of een andere verzekerde dienst die is genoten in het ene jaar, pas in het volgende jaar wordt verstrekt. Dan kan de vraag opkomen aan welk jaar deze kosten moeten worden toegerekend: aan het jaar waarin de zorg is genoten of aan het jaar waarin de zorgaanbieder de rekening stuurde? Vooral voor de hoogte van het verplicht eigen risico en de vraag of een eigen risico wordt overschreden. In art. 23.1 Zvw is geregeld dat de kosten worden toegerekend aan het jaar waarin de zorg is genoten.
	2. Bedragen als bedoeld in artikel 11, derde of vierde lid Zvw die voor rekening van de verzekerde komen, of kosten als bedoeld in artikel 13, eerste lid, voor zover zij voor rekening van de verzekerde blijven, worden bij de beantwoording van de vraag of een voor zijn verzekering geldend verplicht of vrijwillig eigen risico wordt overschreden buiten aanmerking gelaten (art. 23.2 Zvw)	Zorggebonden eigen bijdragen mogen niet worden meegeteld om te bepalen of een overeengekomen bedrag aan eigen risico is bereikt (boven welk de zorgverzekeraar gaat betalen). Hetzelfde geldt voor de kosten die op grond van art. 13.1 Zvw voor rekening van de verzekerde blijven. Dit is geregeld in art. 23.2 Zvw.
	3. Een zorgverzekeraar brengt de kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico (art. 23.3 Zvw)	
<b>16. Geschillen</b>		
a. De bepalingen over klachten en geschillen zijn in overeenstemming met artikel 114 Zvw.	1. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie (art. 114.1 Zvw)	De onafhankelijke instantie is de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bovendien moet in de modelovereenkomst zijn opgenomen dat de verzekerde een geschil ook voor kan leggen aan de civiele rechter.
<b>17. NHT-clausule</b>		
a. De uitsluitingen in verband met terroristische handelingen zijn in overeenstemming met de NHT-clausule.	1. In de modelovereenkomst is opgenomen dat indien de behoefte aan zorg of een andere dienst het gevolg is van een of meer terroristische handelingen en de totale schade die in een kalenderjaar ten gevolge van dergelijke handelingen bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeringsbedrijf waarop de Wft van toepassing is, zal worden gedeclareerd, naar verwachting van de NHT hoger zal zijn dan het door die maatschappij herverzekerde maximumbedrag per kalenderjaar, heeft de verzekerde slechts recht op prestaties	Schaden door terrorisme vallen niet onder de zorgverzekering. Schaden door kernexplosies of natuurrampen vallen wel onder de zorgverzekering.

	<p>tot een door die NHT te bepalen, voor alle verzekerden gelijk percentage van de kosten of waarde van de zorg of overige diensten (2.3.1 Bz).</p> <p>Deze bepaling geldt alleen indien de zorgverzekeraar zijn verplichtingen voortvloeiend uit een terroristische handeling heeft herv verzekerd bij de NHT (2.3.2 Bz)</p>	
	<p>2. In de modelovereenkomst is opgenomen dat indien na een terroristische handeling op grond van artikel 33 Zvw een aanvullende bijdrage ter beschikking wordt gesteld, de verzekerde in aanvulling op de prestaties, bedoeld in artikel 2.3 eerste lid Bz, recht heeft op prestaties van een bij de regeling, bedoeld in artikel 33 Zvw te bepalen omvang.</p>	<p>NB: Verwijzing naar art 3.16 Bz is hier vervallen. Deze betrof de hoge kostenverevening voor GGZ-zorg.</p>
<b>18. Buitenland</b>		
<p>a. De bepalingen over de zorg in het buitenland zijn in overeenstemming met de Zvw</p>	<p>1. In de modelovereenkomst moet staan dat een verzekerde recht heeft op (vergoeding van kosten van) zorg van een gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder of vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder</p>	
	<p>2. In een modelovereenkomst met gecontracteerde zorg moet staan dat als de verzekerde zorg inroept van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder de vergoeding van kosten gelijk is aan de vergoeding van kosten van zorg die binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend</p>	
	<p>3. In de modelovereenkomst moet staan dat een verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of verdragsland dan Nederland keuze heeft uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– recht op (vergoeding van kosten van) zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag;</li> <li>– (gecontracteerde zorg): recht op (vergoeding van kosten van) zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder of recht op vergoeding van kosten van zorg zoals de vergoeding zou plaatsvinden als de zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zou zijn verleend;</li> <li>– (zonder gecontracteerde zorg): recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende WVG-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend of een in Nederland geldend marktconform bedrag</li> </ul>	
	<p>4. In de modelovereenkomst moet staan dat het vorige toetspunt ook van toepassing is voor verzekerden die in een ander EU/EER-land of verdragsland wonen en die tijdelijk verblijven in Nederland of een ander EU/EER-land of verdragsland</p>	

	<p>5. In de modelovereenkomst moet staan dat een verzekerde die woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of verdragsland is recht heeft op vergoeding van kosten van zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zoals de vergoeding zou plaatsvinden als de zorg binnen Nederland zou zijn verleend</p>	
19. Zvw-pgb		
<p>a. De bepalingen over het Zvw-pgb zijn in overeenstemming met artikel 13a Zvw</p>	<p>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 (art. 13a.1 Zvw)</p> <p>2. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb (art. 13a.3 Zvw). Dit geldt ook voor de voorwaarden die bij of krachtens AMvB zijn vastgesteld.</p>	<p>Doelgroep De doelgroep van het Zvw-pgb is verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals bedoeld in artikel 2.10 Bzv. Dit omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop en de zorg niet gepaard gaat met verblijf en het geen kraamzorg betreft. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb ook verblijf als bedoeld in artikel 2.12 Bzv kan worden vergoed voor zover het gepaard gaat met verpleging en verzorging voor verzekerden tot 18 jaar.</p> <p>Voorwaarden voor toegang en weigeringsgronden De zorgverzekeraar dient bij het vastleggen van de voorwaarden in zijn modelovereenkomst acht te slaan op de regels die bij of krachtens artikel 2.15c van de Bz zijn gesteld.</p> <p>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.</p> <p>Een Zvw-pgb wordt verstrekt indien (artikel 2.15c, eerste lid, Bz):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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,</li> <li>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 verbonden taken en verplichtingen op een verantwoorde wijze uit te voeren,</li> <li>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</li> <li>de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.</li> </ol> <p>Een Zvw-pgb wordt geweigerd indien (artikel 2.15c, tweede lid, Bz):</p>

		<p>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;</p> <p>b. de verzekerde blijktens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;</p> <p>c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;</p> <p>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,d.</p> <p>Op grond van artikel 2.15c, vierde lid, Bz, kan bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. Bij ministeriële regeling d.d. 6 december 2016 zijn deze thans de artikelen 2.29b en 2.29c van de Regeling zorgverzekering (Rz)</p> <p>Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:</p> <p>a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,</p> <p>b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,</p> <p>c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een ander levensgezel van de verzekerde.</p> <p>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:</p> <p>a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>b. blijktens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,</li> <li>c. zijn vrijheid is ontnomen</li> <li>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,</li> <li>e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of</li> <li>f. de hulp tegen betaling verleent.</li> </ul> <p>De toegangsvoorwaarden genoemd in het eerste lid van artikel 2.15c Bzv zijn verder uitgewerkt in de bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2022. De bovenstaande weigeringsgronden (2.15c Bzv lid 2 jo. 2.29b en 2.29c Rzv) moeten zijn verwerkt in de polisvoorwaarden. Andere weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde en zijn wettelijke vertegenwoordiger dan de hiervoor genoemde, zijn niet toegestaan.</p> <p>Procedure aanvraag en verlening De zorgverzekeraar dient de voorwaarden over de administratieve procedure van aanvraag en verlening op te nemen in zijn overeenkomst (artikel 13, derde lid, Zvw).</p>
	<p>3. 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 (art. 13a.4 Zvw)</p>	<p>Omvang van de vergoeding De omvang van het budget wordt bepaald door de behoefte aan zorg en de kosten daarvan. De zorgverzekeraar dient de hoogte van de kosten die voor vergoeding in aanmerking komen in zijn modelovereenkomst op te nemen. Artikel 2.15b Bz regelt het kader waarin een verzekerde ten hoogste wordt vergoed. Voor zover de kosten hoger zijn, komen die voor rekening van de verzekerde.</p> <p>Voor zover de zorg wordt geleverd door zorgaanbieders in de zin van Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), worden de prestaties en tarieven door die wet gereguleerd. Voor deze categorie zorgaanbieders gelden dus de maximumtarieven die op grond van artikel 50 e.v. van de Wmg zijn vastgesteld met betrekking tot wijkverpleging.</p> <p>Voor de overige categorieën zorgaanbieders worden deze bij ministeriële regeling gemaximeerd. Het gaat dan om zorgverleners die zorgaanbieders zijn in de zin van de Wmg, maar geen tarieven in rekening brengen. Dit zijn dan zorgverleners die de zorg leveren op grond van een arbeidsovereenkomst met de verzekerde en hiervoor een loon ontvangt. Ook kan het gaan om zorgverleners die geen zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg, in de praktijk gaat dit vooral om mantelzorgers. Voor deze twee categorieën zorgverleners wordt de term informele zorg gebruikt.</p> <p>De vergoeding voor informele zorg is bij ministeriële regeling vastgelegd. Thans is de maximale vergoeding voor de informele zorgverleners gemaximeerd op 24,96</p>

		<p>euro per uur (artikel 2.29a Regeling zorgverzekering). Dit maximum tarief geldt niet als de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Bz. De vergoeding hiervoor is echter nooit hoger dan het tarief dat door de NZa op grond van de Wmg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld. Indien de zorg echter wordt geleverd door een bloed- of aanverwante van de verzekerde in de eerste of tweede graad dan wel de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel, dan geldt altijd het informele tarief van €24,96, - per uur.</p> <p>Declaraties Zorgverzekeraars zullen declaraties van het Zvw-pgb achteraf vergoeden.</p>
	<p>4. Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2022 Voor de uitvoering van de Zvw-pgb zijn tussen per Saldo, ZN en VWS een aantal bestuurlijke afspraken gemaakt (<a href="https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2021Z18549&amp;did=2021D39928">https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2021Z18549&amp;did=2021D39928</a>). De looptijd van deze afspraken is januari 2022 tot en met december 2022.</p>	<p>Voor de nadere invulling van de polisvoorwaarden van het Zvw-pgb, waaronder de toegangsvoorwaarden en de weigeringsgronden, verwijzen wij naar de bestuurlijke afspraken. Tot nader bericht wordt er van uit gegaan dat de bestuurlijke afspraken ook op 2023 van toepassing zijn.</p>