

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak	: Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), Persoonlijke Verzorging in verband met hydrotherapie en neurostimulatie
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv
Zaaknummer	: 202201521
Zittingsdatum	: 24 mei 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 12 september 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij e-mailbericht van 11 november 2022 heeft verzoeker desgevraagd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld de bemiddeling te willen overslaan. Op 9 december 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling door de commissie.
- 2.2. Bij brief van 13 maart 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 15 maart 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 13 april 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023011616) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 14 april 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 24 mei 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 30 mei 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 13 april 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 8 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 9 juni 2023 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Zij hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker is bekend met een aantal fysieke beperkingen, waaronder neuropathie. In verband hiermee ontvangt hij Persoonlijke Verzorging, die hij bekostigt met een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Omdat zijn indicatie bijna verstreek, heeft hij een wijkverpleegkundige gevraagd een nieuwe indicatie te stellen. Zij kwam uit op een indicatie op basis van 16 uren Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2022. Bij optelling van de geïndiceerde uren wordt echter uitgekomen op een indicatie op basis van 15 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 3.3. Bij brief van 28 december 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een PGB vv wordt toegekend op basis van 13 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Deze toekenning geldt van 22 januari 2022 tot en met 31 december 2022.
- 3.4. Verzoeker is het niet eens met het aantal toegekende uren, en heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 17 januari 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Met ingang van 27 juli 2022 heeft verzoeker een indicatie vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) en is het PGB vv onder de zorgverzekering stopgezet.
- 3.6. Bij brief van 13 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 8 juni 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is hem 15 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week toe te kennen voor de periode van 22 januari 2022 tot en met 26 juli 2022.
- 4.2. Verzoeker merkt op dat in het aanvraagformulier PGB vv is vermeld dat een indicatie is gesteld door de wijkverpleegkundige op basis van 16 uren Persoonlijke Verzorging per week. Bij optelling van de geïndiceerde uren wordt echter uitgekomen op een indicatie op basis van 15 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De zorgverzekeraar heeft hiervan 13 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging toegekend. Het geschil heeft betrekking op de resterende 2 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Dit deel van de indicatie ziet op zorg in het kader van hydrotherapie en neurostimulatie. Verzoeker is van mening dat de zorgverzekeraar gehouden is ook deze uren aan hem toe te kennen.
- 4.3. Verzoeker is bekend met een progressieve spierziekte, waarvoor hij onder andere wordt behandeld met hydrotherapie en neurostimulatie. Een zorgverlener gaat met hem mee en helpt hem bij het aan- en uitkleden. Hiervoor is door de wijkverpleegkundige zorg geïndiceerd. Verzoeker heeft de gemeente gevraagd of deze zorg ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) kan worden vergoed. De gemeente heeft hem laten weten dat dit niet het geval is, omdat het gaat om medische handelingen. Volgens de zorgverzekeraar kan zorg buitenshuis echter niet onder het PGB vv vanuit de zorgverzekering vallen, omdat dit geen zorg is zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden. Verzoeker is van mening dat deze uitleg van de regelgeving door de zorgverzekeraar te beperkt is. Hij wordt hiermee belemmerd in zijn mogelijkheden de voor hem medisch noodzakelijke behandelingen te ondergaan.
- 4.4. Voor zover de zorgverzekeraar zijn beslissing baseert op een akkoord van de indicierend wijkverpleegkundige, geldt dat haar indicatiestelling als uitgangspunt moet worden genomen. Zij heeft met de gemachtigde van verzoeker gesproken, en deze heeft de volgende gespreksnotitie gemaakt, die door de wijkverpleegkundige is bevestigd:

"Zjuist spraken wij elkaar over de indicatie voor [verzoeker]. U gaf aan dat u daarover telefonisch contact hebt gehad met Menzis. Menzis stelde u amper vragen over de indicatie, maar deelde u mede dat de betreffende zorg (op afstand) niet meer zou worden vergoed. Menzis gaf aan dat u zich zou moeten verdiepen in de normen voor het indiceren van dit soort zorg. Menzis vroeg alleen of u dit ook zo zou indiceren bij zorg in natura; u gaf aan dat u zeker naar de mogelijkheden zou kijken in zo'n geval. Toen Menzis vroeg of u akkoord ging met het aanpassen

van de indicatie, vroeg u wat Menzis zou doen als u dat akkoord zou weigeren. Volgens Menzis zou dat niet uitmaken".

Uit deze weergave van het gesprek met de indicierend wijkverpleegkundige blijkt dat de zorgverzekeraar haar geen enkele inhoudelijke vraag heeft gesteld over de geïndiceerde zorg en haar evenmin in de gelegenheid heeft gesteld (schriftelijk) te reageren op de vragen over de betreffende zorg. De zorgverzekeraar heeft volstaan met de mededeling dat de zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt en heeft de indicierend wijkverpleegkundige te kennen gegeven dat het weigeren van het akkoord op het aanpassen van de indicatie niet zou uitmaken. Verder geldt dat verzoeker zich niet kan voorstellen dat de zorgverzekeraar kan besluiten dat geen PGB vv wordt verleend voor bepaalde zorg, zonder dat deze beperking volgt uit de tussen partijen geldende polisvoorwaarden en reglementen. Verzoeker is van mening dat de afgewezen zorg hoort te worden toegekend en gefinancierd met een PGB vv.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zijn gemachtigde contact heeft opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Hieruit kan worden opgemaakt dat er door de zorgverzekeraar geen inhoudelijke vragen zijn gesteld. Het voelde voor de wijkverpleegkundige meer als een mededeling dat de zorg niet werd vergoed, en niet als een uitnodiging om van standpunten te wisselen. Hieruit leidt verzoeker af dat de wijkverpleegkundige niet akkoord is gegaan met de verlaging. Verder kan het Zorginstituut de zorgverzekeraar niet volgen in zijn stelling dat de zorg niet in de eigen omgeving zou plaatsvinden. In de brief van de zorgverzekeraar van 13 maart 2023 wordt hiernaar wel verwezen. Ook wordt nog gesproken over zorg door het netwerk. Zorg door het netwerk kan echter niet worden afgedwongen. Over de geneeskundige context merkt verzoeker op dat deze wel aanwezig is. Er is sprake van een ziekte en een daarmee samenhangende behoefte aan geneeskundige zorg. Vast staat dat verzoeker is aangewezen op medische behandelingen, en zonder de verpleegkundige zorg in kwestie kan hij deze behandelingen niet ondergaan. Inmiddels is een Wlz-voorziening toegekend. Op basis daarvan krijgt verzoeker nu hulp. Dit wordt niet door het netwerk gedaan. En dat was ook niet het geval in de periode waar deze zaak om gaat. Het gaat niet om Begeleiding, wat ook de reden was dat er vanuit de Wmo destijds geen budget beschikbaar was.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv op basis van meer dan 13 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met een verlaging van de indicatie, en dat hij daarom van de aangepaste indicatie mocht uitgaan. Op 21 december 2021 heeft een medewerker van de zorgverzekeraar contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Naar aanleiding van het contact heeft een mailwisseling plaatsgevonden, waarin de indicierend wijkverpleegkundige akkoord geeft op het verlagen van de indicatie met betrekking tot de zorg rondom hydrotherapie en neurostimulatie. Uit de toon van de e-mailberichten is op te maken dat een en ander op een prettige manier is gegaan. Anders dan verzoeker veronderstelt, ontkent de zorgverzekeraar dan ook dat de indicierend wijkverpleegkundige daarbij onder druk is gezet. Bovendien mag van de indicierend wijkverpleegkundige, als professional, worden verwacht dat zij niet instemt met een verlaging als zij hier niet achter staat. In alle contactmomenten is de wijkverpleegkundige voldoende ruimte gelaten om haar primaire indicatie toe te lichten. Dat de gemachtigde van verzoeker ongeveer negen maanden later contact opneemt met de indicierend wijkverpleegkundige en een verklaring van haar optekent, maakt het voorgaande volgens de zorgverzekeraar niet anders. Deze gang van zaken doet juist vermoeden dat de wijkverpleegkundige door de gemachtigde onder druk is gezet. Bovendien blijkt uit de opgetekende verklaring niet dat zij terugkomt op haar eerder gegeven akkoord op de verlaging van de indicatie.

- 5.2. De reden dat de zorgverzekeraar zich niet kon verenigen met de primaire indicatie, is dat de hulp bij het omkleden bij hydrotherapie en neurostimulatie niet kan worden aangemerkt als zorg in de 'eigen omgeving'. Met het begrip 'eigen omgeving' wordt naar zijn aard bedoeld de omgeving waar verzekerde zich doorgaans gedurende de dag bevindt. Volgens informatie van het Zorginstituut kan dit thuis zijn, maar ook op het werk of op de dagbesteding. Hulp rondom therapieën, behandelingen en dergelijke valt niet onder het begrip 'eigen omgeving'. Daarnaast is de geneeskundige context van de hulp rondom hydrotherapie en neurostimulatie onvoldoende onderbouwd. Voor de Persoonlijke Verzorging in de ochtend en avond ligt dit anders. De zorg op die momenten omvat veel meer dan alleen het omkleden, zo blijkt uit het aanvraagformulier. Het is bovendien onduidelijk waarom inzet van het netwerk in dit geval geen optie is. Zo is niet duidelijk of er iemand met verzoeker meegaat naar deze therapieën/behandelingen en waarom die persoon niet kan helpen bij het omkleden, dan wel waarom er vanuit de praktijk hiervoor geen ondersteuning kan worden geboden. Ook bij verpleging en verzorging die in natura wordt gegeven, valt deze zorg niet onder wijkverpleging.
- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het PGB, en dat daarom van de lagere indicatie mag worden uitgegaan. Er is geen druk uitgeoefend op de wijkverpleegkundige, en bovendien mag van haar worden verwacht dat zij niet instemt met een verlaging als zij hier niet achter staat. Bij het gesprek is de vaste werkwijze dat er ruimte is om een mening te geven. Het gesprek zelf kan de medewerker van de zorgverzekeraar zich na deze lange tijd niet meer herinneren. Uit de latere verklaring van de wijkverpleegkundige blijkt echter niet dat zij nu terugkomt op de aanpassing in de indicatie. Het Zorginstituut bevestigt in zijn advies dat onvoldoende vast staat wat de geneeskundige context is van de zorg rondom de hydrotherapie en neurostimulatie. Het is onduidelijk waarom de inzet van het netwerk hier geen optie is. Het kan zijn dat dit niet kan, maar daarover zou de wijkverpleegkundige dan iets moeten zeggen. Het beleid met betrekking tot de eigen omgeving is in de werkinstructie aangepast, in lijn met wat het Zorginstituut heeft meegedeeld. Het hebben van een ziekte geeft niet automatisch een geneeskundige context. In deze situatie gaat het om het aan- en uitkleden tijdens de therapie. Er moet wel worden gekeken wat een wijkverpleegkundige kan bieden. In de ervaring van de zorgverzekeraar komt de wijkverpleegkundige hiervoor niet over de vloer. Dit soort zorg wordt doorgaans door het netwerk verleend. Er moet stepped care worden toegepast. Dit houdt in dat ook moet worden gekeken wat er met hulpmiddelen of hulp van het netwerk kan worden bereikt voordat een professional wordt ingezet. Niet gebleken is dat dit ook is gebeurd.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 13 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Het geschil gaat over de zorg bij hydrotherapie en neurostimulatie waarvoor geen PGB vv is toegekend. In het dossier zijn de PGB-aanvraag, de bijbehorende Omaha-aanleiding en het zorgplan aanwezig. Verdere medische informatie ontbreekt.

Wel of geen akkoord indicierend verpleegkundige

De wijkverpleegkundige is als zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en het bepalen van de in dat kader noodzakelijke zorg. In geschil is of de indicierend verpleegkundige akkoord is gegaan met het bijstellen van de indicatie. Het Zorginstituut kan niet beoordelen of dit het geval is, dit valt buiten zijn adviesbevoegdheid.

Als de indicierend verpleegkundige daadwerkelijk akkoord is gegaan met het bijstellen van de indicatie, geldt dat de zorg bij hydrotherapie en neurostimulatie geen deel meer uitmaakt van de indicatie en dat verzoeker geen aanspraak kan maken op een PGB vv voor deze zorg. Als ervan wordt uitgegaan dat de oorspronkelijke indicatie van de indicierend verpleegkundige er nog ligt dan geldt dat deze inhoudelijk moet worden beoordeeld.

Inhoudelijke beoordeling

Uit het dossier volgt dat de zorg die in geschil is betrekking heeft op verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10 van de Bzv. Er moet beoordeeld worden of sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en of de zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

Verweerder geeft aan dat hulp rondom therapieën, behandelingen en dergelijke niet onder het begrip 'eigen omgeving' valt. Het dossier bevat echter geen aanwijzingen dat artikel 2.12 van de Bzv van toepassing is. Uit het dossier blijkt immers niet dat de zorg gepaard gaat met verblijf dat medisch noodzakelijk is. Ook is niet gebleken dat de zorg betrekking heeft op een intramurale indicatie voor verblijf op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz). Hieruit volgt dat sprake is van zorg in de 'eigen omgeving'. Verweerder verwijst naar het rapport 'Verpleging 'in de wijk': van samenhang verzekerd' van het Zorginstituut van 14 december 2010. Uit dit rapport volgt ook dat de 'eigen omgeving' alles is behalve een intramurale Wlz indicatie voor verblijf en een intramurale medisch noodzakelijk verblijf.

Om te kunnen beoordelen of verzoeker aanspraak kan maken op een PGB vv voor de geïndiceerde zorg met betrekking tot hydrotherapie en neurostimulatie moet worden vastgesteld of sprake is van zorg als bedoeld in artikel 2.10 van de Bzv. Er moet sprake zijn van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, zoals bedoeld in artikel 2.4 van de Bzv, of een hoog risico daarop. Bij deze beoordeling gaat het niet om de vraag of sprake is van zorg in de 'eigen omgeving'.

Het Zorginstituut is van oordeel dat in het aanvraagformulier en het bijbehorende zorgplan onvoldoende is onderbouwd wat de geneeskundige context is van het ondersteunen bij het omkleden en afspoelen bij de hydrotherapie en bij het aan en uittrekken van schoenen en sokken bij de neurostimulatie. Er kan daarom niet worden vastgesteld dat sprake is van zorg die onder het basispakket valt.

Conclusie

Als de indicierend verpleegkundige daadwerkelijk akkoord is gegaan met het bijstellen van de indicatie, geldt dat voor de zorg bij de hydrotherapie en de neurostimulatie geen indicatie meer is en dat hiervoor geen PGB vv kan worden toegekend ten laste van de basisverzekering.

Is ervan wordt uitgegaan dat de indicatie van de indicierend verpleegkundige er nog ligt dan geldt dat op basis van het aanvraagformulier en het zorgplan niet kan worden vastgesteld dat bij de zorg omtrent de hydrotherapie en neurostimulatie sprake is van een geneeskundige context. Er kan niet worden vastgesteld dat sprake is van zorg die onder het basispakket valt. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

- 6.2. In het definitief advies van 8 juni 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Op verzoek van de commissie beantwoorden wij hierna de door u gestelde vragen.

Verzoeker beschikt intussen over een Wlz-indicatie, waarin ook de zorg is opgenomen die nodig is bij de hydrotherapie en neurostimulatie. Is dit van belang voor de onderbouwing van de geneeskundige context?

Nee, dit is niet van belang voor de onderbouwing van de geneeskundige context, aangezien zorg die vergoed wordt vanuit de Wlz meer omvat dan verpleging en verzorging.

Waarom is het Zorginstituut van mening dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd, terwijl vaststaat dat verzoeker hulp nodig heeft bij de ADL, en ook dat hij aangewezen is op hydrotherapie en neurostimulatie, die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed?

De geneeskundige context van de volgende zorg wordt niet onderbouwd in het zorgplan:

- Eén keer per week zorg bij therapie (aan- en uittrekken van sokken);
- Twee keer per week zorg met betrekking tot hydrotherapie (ondersteunen bij omkleden voor en na het zwemmen en bij het afspoelen onder de douche);
- Eén keer per week zorg bij neurostimulatie (ondersteunen bij het aan- en uittrekken van sokken en schoenen).

Het (uitsluitend) omkleden zonder dat sprake is van enige geneeskundige zorg of een hoog risico hierop kan niet ten laste komen van de Zvw. Dit staat los van het feit dat verzoeker is aangewezen op neurostimulatie en hydrotherapie. De ADL zorg in de ochtend is niet in geschil. De vraag of die zorg voldoende is onderbouwd is daarom niet aan de orde.

Uit het verslag komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over 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.
- 8.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld op bladzijde 55 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar. Verzoeker heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plagen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient hij op de

zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.

- 8.3. De indicierend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De verzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:
- a) de verzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
 - b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
 - c) bereiken de verzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 8.4. Als de verzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van de aangevraagde verpleging en verzorging en het hierop gebaseerde PGB vv, tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 8.5. In dit geval heeft een medewerker van de zorgverzekeraar op 21 december 2021 telefonisch contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. De medewerker heeft de wijkverpleegkundige na het gesprek een e-mailbericht gestuurd, waarin, voor zover hier van belang, het volgende staat: "(...) *We hebben zojuist een prettig gesprek gevoerd over de zorgbehoefte van [verzoeker], geboren (...). Uit het gesprek blijkt dat de hulp rondom de hydrotherapie (opgeteld 120 minuten pw) en neurostimulatie (15 minuten pw) geen wijkverpleegkundige zorg betreft. Graag ontvang ik uw reactie voor 24 december 2021 voor het wijzigen van de indicatie naar zorg zoals een wijkverpleegkundige die pleegt te bieden. (Dat betreft de ochtendzorg en avondzorg samen 70 minuten p.d.). (...)*".
- 8.6. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 22 december 2021 als volgt gereageerd: "(...) *Ik geef akkoord voor hetgeen wij gisteren bespr[o]ken hebben*". De medewerker van de zorgverzekeraar heeft op 30 januari 2022 geschreven: "(...) *De ochtendzorg en avondzorg hebben we besproken dat dit wijkverpleegkundige zorg betreft. Ik had in mijn sharefilebericht per abuis niet de avondzorg (45 minuten) in tijd aangegeven in mijn e-mail. Dit had er nog bij vermeld moeten worden maar de tijd geïndiceerd voor de ochtendzorg (70 min) en avondzorg (45 min) die nemen we dan in behandeling (...)*".
- 8.7. De zorgverzekeraar heeft vervolgens een deel van de in eerste instantie geïndiceerde uren toegekend. De afgewezen uren motiveert hij thans met de mededeling dat (i) het niet gaat om zorg zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden omdat deze niet in de 'eigen omgeving' plaatsvindt, en (ii) de geneeskundige context van de betreffende zorg niet is onderbouwd. Uit het zeer summiere gespreksverslag blijkt niet dat over beide elementen is gesproken met de indicierend wijkverpleegkundige. Haar lijkt op 21 december 2021 alleen te zijn meegedeeld dat de door haar geïndiceerde zorg niet valt onder zorg zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 13 april 2023 is deze informatie echter onjuist, en had het ontbreken van een geneeskundige context de reden van afwijzing van dit deel van de aanvraag moeten zijn. Vervolgens heeft de wijkverpleegkundige niet ten minste vier weken, maar slechts drie dagen de tijd gekregen hierop te reageren. Niet gebleken is dat haar toen is gevraagd de geneeskundige context te onderbouwen. De zorgverzekeraar heeft hiermee niet de nodige zorgvuldigheid betracht bij de beoordeling van de aanvraag.
- 8.8. Zoals hiervoor is overwogen, leidt dit ertoe dat het verzoek moet worden toegewezen, tenzij die uitkomst naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dat laatste is niet het geval. Hoewel ook het Zorginstituut van mening is dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd, acht de commissie het feit dat de indicierend wijkverpleegkundige niet in de gelegenheid lijkt te zijn gesteld deze nader te onderbouwen, terwijl haar akkoord is gestoeld op

een onjuiste voorstelling van zaken door de zorgverzekeraar, hierbij van doorslaggevend belang. Daarom is de zorgverzekeraar gehouden aan verzoeker alsnog een PGB vv te verstrekken conform de eerder gestelde indicatie op basis van 15 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 22 januari 2022 tot en met 26 juli 2022.

- 8.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wordt toegewezen. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, is de zorgverzekeraar tevens gehouden verzoeker het entreegeld van € 37,- te vergoeden.

Slotsom

- 8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist dat:
(i) de zorgverzekeraar gehouden is verzoeker alsnog een PGB vv te verstrekken conform de gestelde indicatie op basis van 15 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 22 januari 2022 tot en met 26 juli 2022; en
(ii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 4 juli 2023,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Vervoer per ambulance

Er zijn 2 soorten ambulancevervoer: spoedvervoer (meestal aangemeld via 112) en besteld vervoer. De ambulancezorg wordt gedaan door verpleegkundigen en chauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid.

Welke zorg

U heeft recht op :

- vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,
- vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de Wlz,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de Wlz,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld,
- als u jonger dan 18 jaar bent, vervoer naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance (bijvoorbeeld een helikopter) als vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Ambulancevervoer wordt verleend door een door het ministerie van VWS aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vervoer per ambulance als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. U heeft alleen recht op vervoer per helikopter als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de Meldkamer Ambulancezorg of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

i Let op

- Het recht op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Indien Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- U heeft geen recht op ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, zelfredzaamheid, geestelijk welzijn

en op uw eigen woon- en leefomgeving.

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en
- c. geen kraamzorg betreft.

U heeft ook recht op verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kinderscholen als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of er vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

i Let op

Toezicht is geen verzekerde zorg. Een uitzondering hierop is, wanneer uw behandelend arts heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. Indien het medisch noodzakelijk is dat er verpleegkundig toezicht aanwezig is, kan dit toezicht voor vergoeding in aanmerking komen. Ook in de palliatief terminale fase is aanwezigheid die voortkomt uit het ontbreken van een mantelzorgnetwerk geen verzekerde zorg.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een hbo-wijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist en ondertekend zijn door u en de zorgaanbieder.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt dat de indicatiesteller een hbo-kinderverpleegkundige is. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op.

i Let op

U heeft geen recht op verpleging en verzorging als deze zorg voor u gefinancierd kan worden op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Als er aanwijzingen zijn dat uw zorg op grond van één van deze wetten kan worden gefinancierd, kan Menzis u vragen om een beroep op deze wetten te doen, door een indicatiebesluit aan te vragen bij het CIZ of de gemeente van uw woonplaats. U heeft niet langer recht op verpleging en verzorging als u hieraan geen medewerking verleent of als het CIZ of uw gemeente inderdaad besluit dat u een beroep kunt doen op de Wlz of de Wmo.

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een WTZa-vergunning met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist of verzorgende niveau 3 of hoger.

Ook kunt u naar een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening (zzp'er). De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor zzp-ers in de zorg of het HKZ-NEN Keurmerk zzp-ers in Zorg & Welzijn. Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact met de klantenservice opnemen. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Toestemming

Als u kiest voor een behandeling bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u het toestemmingsformulier op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) invullen.

Een toestemmingsverklaring is maximaal 365 dagen geldig behalve als dit nadrukkelijk anders wordt aangegeven. Een toestemmingsverklaring is niet meer geldig als de toepasselijke wet- of regelgeving wijzigt.

Advies

Heeft u vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de klantenservice over de mogelijkheden.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

U vindt de vormen van zorg die voorwaardelijk zijn toegelaten in het Verzekeringsreglement op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging



Ingangsdatum 1 januari 2022

Artikel 1 Wat is een Pgb?

Een Pgb (persoonsgebonden budget) is een passende gemaximeerde vergoeding voor de kosten die u maakt voor het inkopen van zorg. Met een Pgb kunt u zorg inkopen die is afgestemd op uw behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden. Als u een Pgb ontvangt, bent u zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die u daarmee inkoop.

Artikel 2 Doelgroep

- 2.1 Het Pgb is alleen bestemd voor een specifieke doelgroep. U behoort tot deze doelgroep als u langer dan één jaar behoefte heeft aan verpleging en verzorging.
- 2.2 Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
 - a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg, of een hoog risico daarop,
 - b. niet gepaard gaat met verblijf, en
 - c. geen kraamzorg betreft.
- 2.3 Als u een levensverwachting heeft van minder dan 3 maanden en u behoefte heeft aan Palliatieve Terminale Zorg (PTZ), dan is het niet nodig dat uw zorgbehoefte langer duurt dan één jaar. Wel is noodzakelijk dat u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2.

Artikel 3 Toekenningsvoorwaarden

- 3.1 U ontvangt een Pgb als uit uw aanvraagformulier en het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 en u voldoet aan alle navolgende voorwaarden, tenzij zich een weigeringsgrond voordoet:
 - a. u bent naar het oordeel van Menzis in staat met het Pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit,
 - b. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg, en
 - d. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Pgb geleverd wil en kan krijgen.

U voldoet naar het oordeel van Menzis in ieder geval niet aan de 4 hierboven genoemde voorwaarden, als:

1. u zich bij de eerdere verstrekking van een Pgb in de AWBZ, Wlz, WMO of Jeugdwet niet gehouden heeft aan de daarbij opgelegde verplichtingen,
 2. u op het moment van aanvragen van het Pgb een achterstand heeft in de betaling van uw zorgverzekeringspremie ter hoogte van 4 maandpremies of meer.
- 3.2 Niet iedereen mag u als vertegenwoordiger helpen bij het uitvoeren van de taken en verplichtingen die aan het Pgb zijn verbonden, zoals bedoeld in artikel 3.1 onder a tot en met d. Alleen uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad mag u als vertegenwoordiger helpen. Uw vertegenwoordiger mag niet ook tegelijkertijd uw zorgverlener zijn, tenzij hij of zij uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.

Artikel 4 Weigeringsgronden

U ontvangt géen Pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

- a. het is onvoldoende aannemelijk dat met het Pgb zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt,
- b. het is onvoldoende aannemelijk dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen,
- c. u bent bij de eerdere verstrekking van een Pgb niet in staat gebleken om op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen uit te voeren,
- d. u was binnen een periode van 5 jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan aanvraag voor het Pgb, betrokken bij opzettelijke misleiding van uw zorgverzekeraar,
- e. u beschikt blijkens de Basisregistratie Personen niet over een woonadres,
- f. uw vrijheid is u rechtens ontnomen,
- g. u verleent geen medewerking aan het voeren van een bewuste-keuzegesprek of huisbezoek,
- h. uit uw aanvraagformulier of het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u met uw Pgb uitsluitend zorg wilt inkopen bij zorgverleners waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) kunt u lezen met welke zorgaanbieders Menzis een overeenkomst heeft gesloten,
- i. u bent op het moment van aanvragen van het Pgb failliet verklaard of toegelaten tot de wettelijke schuldsanering of er is bij de rechtbank een verzoek gedaan om u toe te laten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr);
- j. als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt: één van uw ouders of voogden is op het moment van aanvragen van het Pgb failliet verklaard of toegelaten tot de wettelijke schuldsanering (Wsnr) of er is bij de rechtbank een verzoek gedaan om één van hen toe te laten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr).
- k. uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. is niet uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad,
 2. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 3. beschikt blijkens de Basisregistratie Personen niet over een woonadres,
 4. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen,
 5. is op het moment van aanvragen van het Pgb failliet verklaard of toegelaten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr), of er is een verzoek gedaan om hem toe te laten tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr),
 6. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
 7. verleent zijn hulp tegen betaling,
 8. is zowel uw vertegenwoordiger als zorgverlener en niet uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad.

Artikel 5 Aanvraag Pgb

- 5.1 U kunt bij Menzis een Pgb aanvragen door een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. U kunt dit aanvraagformulier vinden op [menzis.nl/pgbv](https://www.menzis.nl/pgbv). U moet het aanvraagformulier invullen samen met een wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige komt daarvoor bij u op bezoek. Door het invullen van het aanvraagformulier stelt de wijkverpleegkundige uw behoefte aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2 vast. Deze vaststelling wordt ook wel indicatie genoemd. Door het invullen van het aanvraagformulier geeft u ook aan hoe u in uw behoefte aan zorg wilt voorzien. U kunt ervoor kiezen om de zorg waaraan u behoefte heeft volledig in te kopen met een Pgb. U kunt er ook voor kiezen om slechts een deel van die zorg in te kopen met een Pgb. De rest van de zorg waaraan u volgens de wijkverpleegkundige behoefte heeft, kunt u dan krijgen overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van Menzis. Het aantal uren zorg waarvoor u een Pgb aanvraagt, mag nooit hoger zijn dan het aantal uren verpleging en verzorging waaraan u volgens uw wijkverpleegkundige behoefte heeft.
- 5.2 Het ingevulde aanvraagformulier mag op het moment van indienen niet ouder zijn dan 3 maanden. Het is niet mogelijk om tegelijkertijd meerdere aanvraagformulieren naast elkaar in te dienen. Uw aanvraag voor een Pgb kan slechts gebaseerd zijn op één aanvraagformulier.
- 5.3 Alleen een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Verpleegkunde met een BIGregistratie mag het aanvraagformulier met u invullen. Als u jonger dan 18 jaar bent, dan mag het aanvraagformulier alleen worden ingevuld door een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Kinderverpleegkunde met een BIG-registratie die bovendien zelfstandig of via zijn/haar werkgever is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ).

- 5.4 De wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag niet uw zorgverlener zijn, tenzij Menzis een overeenkomst heeft met die wijkverpleegkundige. Deze wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag ook niet uw vertegenwoordiger, uw partner of uw bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn. Ook mag de wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult geen partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad van uw vertegenwoordiger zijn.
- 5.5 De wijkverpleegkundige moet u voorafgaand aan het invullen van het aanvraagformulier hebben bezocht en moet zich bij het invullen van het aanvraagformulier houden aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Als u jonger dan 18 jaar bent, moet de wijk(kinder)verpleegkundige het aanvraagformulier invullen aan de hand van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS).
- 5.6 Voor zover in uw zorgbehoefte kan worden voorzien door de verlening van netwerkzorg door uw partner, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten, mag uw wijkverpleegkundige die netwerkzorg niet meetellen bij het vaststellen van uw behoefte aan verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.2. Netwerkzorg is de zorg waarvan in het algemeen redelijkerwijs mag worden verwacht dat partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten, vrienden en familie die aan elkaar verlenen.
- 5.7 Als u moeite heeft met de Nederlandse taal moet de wijkverpleegkundige aan de hand van de Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg, beoordelen of er een tolk nodig is bij het gezamenlijk invullen van het aanvraagformulier en – indien dat het geval is – een tolk inschakelen.
- 5.8 Als u behoefte heeft aan Palliatieve Terminale Zorg (PTZ), dan moet u bij uw aanvraagformulier ook een verklaring van uw huisarts voegen, waaruit blijkt dat u een levensverwachting heeft van minder dan 3 maanden.
- 5.9 Als Menzis uw volledig ingevulde aanvraagformulier heeft ontvangen, kan Menzis u vragen om uw aanvraag tijdens een persoonlijk gesprek toe te lichten. Dit gesprek wordt ook wel 'bewustekeuzegesprek' genoemd. Als uit uw volledig ingevulde aanvraagformulier al voldoende duidelijk blijkt dat u geen recht heeft op een Pgb, kan Menzis besluiten om af te zien van een bewustekeuzegesprek.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

- 6.1 Als uit uw aanvraagformulier en het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 en u voldoet aan alle toekenningsvoorwaarden en zich geen weigeringsgronden voordoen, ontvangt u van Menzis een schriftelijke toekenningsverklaring. In deze toekenningsverklaring staat vermeld:
- a. de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring,
 - b. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring,
 - c. de hoogte van uw Pgb in het lopende kalenderjaar en het aantal uren zorg waarop de hoogte van uw Pgb is gebaseerd.
- 6.2 Als ingangsdatum van uw toekenningsverklaring geldt de datum waarop Menzis het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen, tenzij uit uw aanvraagformulier blijkt dat u wilt dat de toekenningsverklaring op een later moment ingaat. In dat geval gaat de toekenningsverklaring in op de door u aangegeven datum.
- 6.3 Op basis van de inschattingen van uw wijkverpleegkundige, kan Menzis aan uw toekenningsverklaring een geldigheidsduur toekennen van maximaal 2 jaar. Gedurende de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring behoudt u uw recht op een Pgb. Als u in 2015 of 2016 een toekenningsverklaring heeft ontvangen met een geldigheidsduur van meer dan 2 jaar, dan blijft deze toekenningsverklaring geldig tot de geldigheidsduur is verstreken. De hoogte van het Pgb wordt ieder kalenderjaar opnieuw vastgesteld op basis van de verzekeringsvoorwaarden die in dat kalenderjaar gelden en kan van jaar tot jaar verschillen.
- 6.4 Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Pgb alleen behouden door opnieuw een Pgb aan te vragen. Uw nieuwe Pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop Menzis het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
- 6.5 Als u voor het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring overstapt naar een andere zorgverzekeraar, dan geldt de toekenningsverklaring ook bij die andere zorgverzekeraar. Als u ook bij uw nieuwe zorgverzekeraar een Pgb wilt ontvangen, dan hoeft u daarvoor niet opnieuw een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. Wel zal uw nieuwe zorgverzekeraar

zelf de hoogte van uw Pgb vaststellen op basis van zijn eigen Pgb-reglement. Uw nieuwe zorgverzekeraar kan u vragen om uw toekenningsverklaring op te sturen. Het is daarom belangrijk dat u deze goed bewaart.

- 6.6 De hoogte van uw Pgb wordt ieder kalenderjaar opnieuw vastgesteld op basis van de verzekeringsvoorwaarden die in dat kalenderjaar gelden. De hoogte van uw Pgb kan van jaar tot jaar verschillen en wordt vastgesteld door het aantal uren verpleging en verzorging dat u met een Pgb wilt inkopen te vermenigvuldigen met de onderstaande tarieven. Daarbij is van belang of u uw zorg inkoopt bij een formele of een informele zorgaanbieder.

Zorg die u inkoopt bij een formele zorgaanbieder:

- Persoonlijke verzorging: € 32,64 per uur
- Verpleging: € 59,16 per uur

Zorg die u inkoopt bij een informele zorgaanbieder:

- Persoonlijke verzorging en/of verpleging: € 26,28 per uur

Het aantal uren zorg waarvoor u een Pgb aanvraagt, mag nooit hoger zijn dan het aantal uren verpleging en verzorging waaraan u volgens uw wijkverpleegkundige behoefte heeft.

- 6.7 De periode waarvoor de hoogte van uw Pgb is vastgesteld, eindigt steeds op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Pgb is vastgesteld. De periode waarvoor de hoogte van uw Pgb is vastgesteld eindigt in ieder geval ook met ingang van de dag waarop uw toekenningsverklaring niet meer geldig is.

Artikel 7 Declareren uit uw Pgb

- 7.1 U kunt uw Pgb alleen besteden aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 2.2, behalve:

- a. voor zover die verpleging en verzorging casemanagement betreft,
- b. voor zover die verpleging en verzorging netwerkzorg betreft die wordt verleend door uw partner, inwonend(e) kind(eren), andere huisgenoten, of - als u minderjarig bent - uw ouders, vrienden en familie. Netwerkzorg is de zorg waarvan in het algemeen redelijkerwijs mag worden verwacht dat partners, ouders, inwonende kinderen en/ of andere huisgenoten die aan elkaar verlenen.

De wijkverpleegkundige heeft hierbij, op basis van de belasting en belastbaarheid van de verzekerde en het netwerk, als uitgangspunt dat de zorgvrager indien mogelijk de interventie zelf uitvoert en neemt daarbij de voorliggende voorzieningen mee.

- 7.2 U kunt uw Pgb alleen besteden aan zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt.
- 7.3 U mag uw Pgb niet besteden aan zorg die is geleverd door uw vertegenwoordiger, tenzij dat uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.
- 7.4 U kunt uw Pgb alleen besteden aan zorg die geleverd is na de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring. U bent zelf verantwoordelijk voor betaling van de zorg die u inkoopt. Eventuele incassokosten of andere kosten die worden veroorzaakt doordat u uw zorgaanbieders niet tijdig betaalt, kunnen niet uit uw Pgb worden vergoed. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf bij Menzis declareren, door indiening van de nota van uw zorgverlener. Menzis verzoekt u de nota's uiterlijk binnen 3 maanden na het leveren van de zorg bij Menzis in te dienen.
- 7.5 Een nota van uw zorgverlener dient in ieder geval de volgende gegevens te bevatten:
- a. de naam van de zorgverlener,
 - b. het uurloon van de zorgverlener,
 - c. een urenspecificatie, uitgedrukt in eenheden van 5 minuten,
 - d. een omschrijving van de geleverde zorg,
 - e. als uw zorgverlener een formele zorgaanbieder is: de AGB-code van de zorgverlener.
- 7.6 Nota's die niet alle in artikel 7.5 bedoelde gegevens bevatten, worden niet door Menzis vergoed. Door indiening van een nota, verklaart u dat de nota juist is en de gedeclareerde zorg daadwerkelijk geleverd is. U moet voor het indienen van nota's gebruikmaken van de declaratieformulieren die u kunt vinden op menzis.nl/pgbv. Menzis vergoedt nota's uitsluitend door betaling

op de bij Menzis van u bekende bankrekening. U kunt niet uitsluitend voor de uitbetaling van de vergoeding van nota's een andere bankrekening aanwijzen.

7.7 Indien en voor zover één en dezelfde natuurlijke persoon meer dan 40 uur per week zorg aan u heeft verleend, worden de nota's voor de door deze persoon geleverde zorg niet vergoed. Dit betekent dat als door één en dezelfde natuurlijk persoon in één week 45 uur zorg is verleend, slechts 40 uur van die zorg wordt vergoed. De resterende 5 uur zorg moet u dan zelf betalen.

7.8 Nota's worden door Menzis vergoed tot een maximumtarief. Dit maximumtarief is een all-in tarief. Dit betekent dat daarin alle aanvullende kosten, zoals reis- en verblijfskosten zijn inbegrepen. Voor een formele zorgverlener gelden de volgende maximumtarieven:

- Persoonlijke verzorging: € 41,40 per uur
- Verpleging: € 61,20 per uur

7.9 Voor informele zorgverleners geldt een maximumtarief van € 24,36 per uur, ongeacht het type zorg dat geleverd wordt. Dit maximumtarief is een all-in tarief. Dit betekent dat daarin alle aanvullende kosten, zoals reis- en verblijfskosten zijn inbegrepen.

7.10 Een zorgaanbieder is een informele zorgaanbieder als hij of zij uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.

Een zorgaanbieder is ook een informele zorgaanbieder als hij of zij:

- a. niet als verpleegkundige is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en
- b. niet in het Handelsregister is ingeschreven met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88, en
- c. geen verpleegkundige of verzorgende met een opleidingsniveau 3 of hoger is.

Een zorgaanbieder is een formele zorgaanbieder als hij of zij niet uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is, en:

- a. als verpleegkundige is ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, of
- b. in het Handelsregister is ingeschreven met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88, of
- c. een verpleegkundige of verzorgende met een opleidingsniveau 3 of hoger is.

7.11 U kunt met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken, maar u moet dan zelf het verschil betalen tussen het tarief dat u heeft afgesproken en het maximumtarief dat door Menzis wordt vergoed.

7.12 Aan het eind van de periode waarvoor uw Pgb is vastgesteld, vervalt het deel van uw Pgb dat u nog niet besteed heeft. U kunt het ongebruikte deel van uw Pgb niet meenemen naar een volgend kalenderjaar.

7.13 Als u uw gehele Pgb al heeft besteed, dan worden nieuwe nota's die betrekking hebben op de periode waarvoor de hoogte van het Pgb was vastgesteld, niet meer door Menzis vergoed. Zie ook artikel 8 onder j.

Artikel 8 Verplichtingen

8.1 Als u van Menzis een Pgb ontvangt, dan zijn daaraan voor u de volgende verplichtingen en verantwoordelijkheden verbonden:

- a. u bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 1. uw naam, het adres en de woonplaats,
 2. de naam, het adres en de woonplaats van de zorgverlener,
 3. als uw zorgverlener een formele zorgaanbieder is: de AGB-code van de zorgverlener,
 4. de looptijd van de overeenkomst,
 5. welke zorg zal worden geleverd,
 6. het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en de momenten waarop die zorg zal worden geleverd,
 7. het tarief dat u per uur voor de geleverde zorg zult betalen,
 8. of uw zorgverlener ook uw vertegenwoordiger is,

9. of uw zorgverlener een partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is. De zorgovereenkomst moet worden ondertekend door uzelf of uw vertegenwoordiger en de zorgverlener. Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op menzis.nl/pgbv
- b. het is niet toegestaan om één en dezelfde natuurlijke persoon meer dan 40 uur per week zorg aan u te laten verlenen. Het is niet toegestaan om zorg aan u te laten verlenen door een zorgverlener die jonger is dan 15 jaar,
 - c. het is niet toegestaan om met uw zorgverlener een vast maandloon af te spreken. U mag uw zorgverlener alleen betalen voor daadwerkelijk geleverde zorg. Alleen als u in 2015 al met uw zorgverlener een vast maandloon heeft afgesproken, mag u uw zorgverlener een vast maandloon betalen zolang uw toekenningsverklaring nog geldig is. Als u een nieuwe toekenningsverklaring ontvangt, mag u uw zorgverlener geen vast maandloon meer betalen.
 - d. u bent verplicht om uw zorgverleners uitsluitend giraal te betalen. U mag uw zorgverleners niet contant betalen,
 - e. u bent verplicht om minimaal 5 jaar lang de volgende documenten te bewaren:
 - 1. uw aanvraagformulier en alle bijbehorende bijlagen,
 - 2. alle zorgovereenkomsten die u met uw zorgverleners heeft gesloten,
 - 3. alle facturen, nota's en urenregistraties die u van uw zorgverleners ontvangt,
 - 4. betalingsbewijzen waaruit blijkt dat u de facturen en nota's van uw zorgverleners giraal heeft betaald,
 - 5. de schriftelijke vastlegging van de evaluatie van uw zorgbehoefte,
 - 6. indien van toepassing: de beschikking van de rechtbank waarbij uw curator, bewindvoerder, mentor of voogd benoemd is.
 - f. u bent verplicht om op verzoek van Menzis inzage te geven in de hierboven onder e. genoemde documenten en mee te werken aan onderzoek door Menzis naar de besteding van uw Pgb en de kwaliteit van de door u ingekochte zorg,
 - g. als u een Pgb aanvraagt voor het inkopen van zorg die daarvoor al aan u werd verleend overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van Menzis, dan bent u verplicht om de verlening van die zorg zelf te beëindigen vóórdat de toekenningsverklaring ingaat,
 - h. als uw zorgbehoefte toeneemt of afneemt of anderszins wezenlijk wijzigt, bent u verplicht om uw wijkverpleegkundige opnieuw te laten vaststellen hoeveel uren zorg u nodig heeft. U bent verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen bij Menzis,
 - i. u bent verplicht om Menzis te informeren over ontwikkelingen die relevant kunnen zijn voor uw recht op een Pgb. U bent in ieder geval verplicht om Menzis te informeren als:
 - 1. zich een situatie voordoet op grond waarvan uw Pgb automatisch eindigt of op grond waarvan Menzis uw Pgb kan beëindigen (zie ook artikel 9),
 - 2. uw behoefte aan zorg toeneemt of afneemt of anderszins wezenlijk wijzigt,
 - 3. u langer dan 2 maanden in het buitenland gaat verblijven,
 - 4. u langer dan 60 aaneengesloten dagen in een zorginstelling, instelling voor eerstelijns verblijf (ELV) of ziekenhuis verblijft,
 - j. u bent verplicht om uw Pgb zodanig te besteden dat u gedurende de gehele periode waarvoor het Pgb is vastgesteld, met behulp van uw Pgb zelf kunt voorzien in uw behoefte aan zorg. U mag uw Pgb niet zodanig besteden, dat uw gehele Pgb al voor het einde van de periode waarvoor het is vastgesteld, volledig zal zijn besteed.
 - k. u bent verplicht om maximaal eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. U bent verplicht om de evaluatie schriftelijk vast te leggen. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen bij Menzis.
- 8.2 Als u meer dan 24 uur per week zorg wilt inkopen, dan kan de Menzis vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, de voorwaarde stellen dat een deel van de ingekochte zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener. Deze voorwaarde wordt besproken tijdens het Bewuste-keuze gesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is. Als Menzis deze voorwaarde stelt, dan bent u verplicht om daaraan te blijven voldoen.

Artikel 9 Einde en wijziging van het Pgb

- 9.1 Uw recht op Pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:
- a. u niet langer behoort tot de in artikel 2 bedoelde specifieke doelgroep,
 - b. de zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning,
 - c. u failliet bent verklaard of de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard,
 - d. als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt: één van uw ouders of voogden failliet is verklaard of is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering (Wsnp),
 - e. u blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,

- f. rechtens uw vrijheid is ontnomen,
- g. u met uw Pgb uitsluitend nog zorg inkoop bij zorgverleners waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op menzis.nl/zorgvinder kunt u lezen met welke zorgaanbieders Menzis een overeenkomst heeft gesloten,
- h. u om beëindiging van het Pgb verzoekt,
- i. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken,
- j. uw zorgverzekering eindigt.

9.2 Menzis kan uw recht op Pgb ook beëindigen:

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft,
- b. met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 3. blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
 4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen,
 5. failliet is verklaard of op hem/haar de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnj) van toepassing is verklaard,
 6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
 7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
- c. met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Pgb verbonden verplichtingen,
- d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Pgb wordt, of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt,
- e. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen,
- f. 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 had geleid.

9.3 In uw aanvraagformulier heeft u gekozen hoe u in uw zorgbehoefte wilt voorzien. U heeft er daarbij voor gekozen om de zorg waaraan u behoefte heeft volledig of slechts gedeeltelijk in te kopen met een Pgb. Zolang uw toekenningsverklaring geldig is, kunt u de manier waarop u in uw zorgbehoefte wilt voorzien, wijzigen. U kunt ervoor kiezen om een groter of juist kleiner deel van de zorg waaraan u behoefte heeft, in te kopen met een Pgb. U kunt daarvoor gebruikmaken van het wijzigingsformulier dat u kunt vinden op menzis.nl/pgbvv. De wijziging gaat in op de datum waarop Menzis het volledig ingevulde wijzigingsformulier van u heeft ontvangen, of zoveel later als u op dat wijzigingsformulier heeft aangegeven. Als gevolg van de wijziging wordt de hoogte van uw Pgb naar rato opnieuw vastgesteld zoals omschreven in artikel 6.6.

Voorbeeld

U heeft volgens uw wijkverpleegkundige behoefte aan in totaal 10 uur persoonlijke verzorging en 5 uur verpleging per week. In uw aanvraagformulier heeft u ervoor gekozen om 10 uur persoonlijke verzorging zelf in te kopen met een Pgb. U koopt een deel daarvan in bij een formele aanbieder. De 5 uur verpleging wilde u ontvangen overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van Menzis. Vanaf 1 augustus wilt u echter ook de 5 uur verpleging zelf inkopen met een Pgb. Uw Pgb voor het gehele kalenderjaar wordt dan verhoogd met:

• 5 uur verpleging x € 59,16 x 52 weken x (153/365) = € 6.447,63.

Wilt u vervolgens vanaf 1 oktober de 10 uur persoonlijke verzorging niet meer inkopen met een Pgb, dan wordt uw Pgb voor het gehele kalenderjaar weer verlaagd met:

• 10 uur persoonlijke verzorging x € 32,64 x 52 weken x (92/365) = € 4.278,08.

- 9.4 Als u samen met uw wijkverpleegkundige een nieuw aanvraagformulier heeft ingevuld omdat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen of anderszins wezenlijk is gewijzigd en u dit formulier bij Menzis heeft ingediend, geldt dit als een verzoek tot onmiddellijke beëindiging van het lopende Pgb en als een verzoek tot toekenning van een nieuw Pgb op basis van het nieuwe aanvraagformulier. Uw lopende Pgb eindigt met ingang van de dag waarop Menzis uw nieuwe aanvraagformulier heeft ontvangen. De ingangsdatum van uw nieuwe toekenningsverklaring wordt bepaald door artikel 6.2.
- 9.5 Als uw Pgb voor het einde van een kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Pgb naar rato verlaagd. Uw Pgb zal zodanig worden verlaagd dat de hoogte van het Pgb per dag dat u daarop recht had, ongewijzigd blijft.

Voorbeeld

Had u aanvankelijk gedurende 365 dagen recht op een Pgb van € 5.000 dan had u € 13,70 per dag te besteden. Eindigt uw Pgb vervolgens 50 dagen eerder dan verwacht, dan wordt uw Pgb verlaagd met € 13,70 voor iedere dag dat uw Pgb eerder eindigde dan verwacht. In dit voorbeeld zijn dat 50 dagen. Uw Pgb wordt dus met € 685 verlaagd naar € 4.315.

- 9.6 Als u gedurende de looptijd van uw Pgb langer dan 60 aaneengesloten dagen in een zorginstelling, een instelling voor eerstelijnsverblijf (ELV) of ziekenhuis verbleef, wordt uw Pgb naar rato verlaagd. De eerste 60 aangesloten dagen die u in een instelling of ziekenhuis verbleef, zullen daarbij buiten beschouwing worden gelaten. Uw Pgb zal zodanig worden verlaagd dat de hoogte van het Pgb per dag waarop u niet langer dan 60 aaneengesloten dagen in een instelling of ziekenhuis verbleef, ongewijzigd blijft.

Voorbeeld

Had u aanvankelijk gedurende 365 dagen recht op een Pgb van € 5.000, dan had u € 13,70 per dag te besteden. Verbleef u echter gedurende 80 aaneengesloten dagen in een zorginstelling, een instelling voor eerstelijnsverblijf (ELV) of ziekenhuis, dan wordt uw Pgb verlaagd met € 13,70 voor iedere dag die u meer dan 60 aaneengesloten dagen in een instelling of ziekenhuis verbleef. In dit voorbeeld zijn dat 20 dagen. Uw Pgb wordt dus met € 274 verlaagd naar € 4.726.

Artikel 10 Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit Pgb niet houdt aan de regels uit dit Reglement, dan kan Menzis het aan u uitbetaalde Pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 26,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en

- c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
8. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
9. De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
10. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
11. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

- a. bij een eerdere verstrekking van een Zw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. blijkt de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
- c. zijn vrijheid is ontnomen,
- d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
- e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zw-pgb verbonden verplichtingen, of
- f. de hulp tegen betaling verleent.