



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10, 2.15a tot en met 2.15c, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017

Zaaknummer : 201801172

Zittingsdatum : 22 mei 2019

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

1. Partijen

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

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 28 november 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
 - 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 februari 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 21 februari 2019 aan verzoeker gezonden.
 - 2.3. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 3 juni 2019 en bij e-mailbericht van 19 juni 2019 aanvullende informatie gestuurd. Afschriften hiervan zijn op 7 juni 2019 respectievelijk 21 juni 2019 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 juli 2019 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 11 juli 2019 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
 - 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 juni 2019 gehoord.
 - 2.5. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar de commissie binnen zeven dagen een overeenkomst stuurt waaruit blijkt dat verzoeker instemt met de terugvordering van € 9.019,50. Bij brief van 26 juni 2019 heeft de commissie een reactie van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Een afschrift hiervan is op 26 juni 2019 aan verzoeker gestuurd. De commissie heeft hem de gelegenheid geboden hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 5 juli 2019 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 11 juli 2019 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoeker was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 3, GarantTandVerzorgd 350 en Verzekering Eigen Risico (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
 - 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (PGB vv). De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 november 2017 aan verzoeker meegedeeld dat hij hem geen PGB vv verleent.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 11 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. In de procedure bij de commissie is verder het volgende komen vast te staan:

- De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in het verleden meerdere keren een PGB vv toegekend;
- naar aanleiding van de onderhavige aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar het reeds toegekende PGB vv beëindigd;
- verzoeker heeft meerdere aandoeningen en klachten die verpleging en verzorging noodzakelijk maken, zoals het syndroom van Tapia, nierinsufficiëntie, diabetes mellitus, colitis ulcerosa, levercirrose, ascites oesophagusvarices, duizeligheid, misselijkheid, (over)vermoeidheid, pijn, jeuk en duizeligheid;
- verzoeker moet zich aan verschillende dieetvoorschriften houden in verband met diverse aandoeningen.

3.5. De zorgaanbieder bij wie verzoeker verpleging en verzorging inkoop, heeft bij brief van 14 november 2017 verklaard:

“(…)

In het jaar 2017 heb ik als [naam zorgaanbieder] gebruik gemaakt van extra mensen tbv de zorgverlening. Deze extra hulp heb ik ingezet op momenten dat ondergetekende meer dan 40 uren zorg per week zou moeten leveren, in het geval van [naam verzoeker] is dit wel eens voorgekomen in de persoon van [naam zorgverlener].

(…)”

4. Geschil

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

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem een PGB vv toe te kennen;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden het verschil tussen het door hem berekende jaarbudget van € 64.593,95 en het door verzoeker berekende jaarbudget van € 72.726,36 te vergoeden;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden de buitengerechtelijke kosten en proceskosten te vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en brengt daarover bindend advies uit, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging en het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de van belang zijnde bepalingen uit het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'

van de ziektekostenverzekeraar (verder: reglement) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard naar aanleiding van de uitkomsten van zijn fraudeonderzoek € 9.019,50 van verzoeker terug te vorderen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is verzoeker met deze terugvordering akkoord gegaan. Uit de reactie van verzoeker leidt de commissie echter af dat dit volgens hem niet het geval is en dat hij de stelling van de ziektekostenverzekeraar betwist. Aangezien de terugvordering geen deel uitmaakt van het verzoek aan de commissie, wordt dit punt niet beoordeeld. De stukken die partijen de commissie in dit verband hebben gestuurd, laat zij daarom buiten beschouwing.
- 6.3. Tussen partijen is niet in geschil dat de ziektekostenverzekeraar het reeds toegekende PGB vv op basis van artikel 9.4 van zijn reglement voortijdig mocht beëindigen vanwege de ontvangst van de onderhavige aanvraag van verzoeker voor een PGB vv. Op deze aanvraag is vervolgens afwijzend beslist. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de weigeringsgronden uit artikel 4, onderdeel b en c, van het reglement van de ziektekostenverzekeraar zich bij verzoeker voordoen. De commissie overweegt met betrekking hiertoe als volgt.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar mag op basis van artikel 4, onderdeel b, van het reglement een aanvraag voor een PGB vv afwijzen als het niet voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van zorg is geborgd als de zorgverlener van een verzekerde de benodigde zorg door zijn afwezigheid niet kan verlenen. Volgens de ziektekostenverzekeraar doet deze situatie zich voor, aangezien de zorgaanbieder waarbij verzoeker zijn zorg inkoop slechts één medewerker heeft. Ter onderbouwing van dit standpunt heeft hij na afloop van de hoorzitting (historische) bedrijveninformatie overgelegd. Verzoeker heeft aangevoerd dat indien nodig vervangers beschikbaar waren en dat niemand afwezig is geweest. Een en ander blijkt uit de op de loonlijst van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) genoemde medewerkers en de verklaring van de zorgaanbieder. De commissie overweegt ten aanzien hiervan dat verzoeker onbestreden naar voren heeft gebracht dat de zorgaanbieder bij afwezigheid van zijn enige medewerker een beroep kan doen op ZZP'ers, zoals zich in het verleden ook heeft voorgedaan. Een ZZP'er hoeft hierbij niet noodzakelijkerwijs in dienst te zijn gekomen van de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag daarom ten onrechte afgewezen op basis van artikel 4, onderdeel b, van het reglement.
- 6.5. De volgende vraag is of verzoeker bij het vorige PGB vv in staat is gebleken de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren, zoals artikel 4, onderdeel c, van het reglement bepaalt. Verzoeker heeft gesteld dat dit het geval is. Hij heeft – op de hulp bij het wassen van zijn kleding en beddengoed na – enkel zorg die bij hem is geïndiceerd vanuit het PGB vv gedeclareerd. Weliswaar is aan hem zorg verleend die niet valt onder de aanspraak verpleging en verzorging, maar deze zorg is niet vanuit het PGB vv gedeclareerd. De zorg die is verleend tijdens de ziekenhuisopname is door 'nacalculatie' nooit gedeclareerd vanuit het PGB vv. Voorts is de geïndiceerde begeleiding tijdens het vervoer van en naar ziekenhuisafspraken onlosmakelijk verbonden met de verslechterde gezondheidstoestand van verzoeker. Om deze reden moeten de kosten van begeleiding voor vergoeding in aanmerking komen vanuit het PGB vv. Verzoeker verwijst in dit verband naar een niet nader geduide uitspraak van de Centrale Raad voor Beroep. Vanwege de verslechterde gezondheidstoestand is verzoeker de zorghandelingen verleend die de gecontracteerde zorgaanbieder hem had aangeleerd. Tevens kan verzoeker vanwege zijn medische situatie geen gebruikmaken van personenalarmering wanneer dit nodig is.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat verzoeker zorg vanuit het PGB vv heeft gedeclareerd die niet valt onder de aanspraak verpleging en verzorging. Hierbij moet worden gedacht aan het verschonen van beddengoed, het wassen van kleding en linnengoed, het doen van boodschappen, het verlenen van begeleiding tijdens het vervoer van en naar ziekenhuisafspraken, het maken van afspraken met artsen, het onderhouden van contact met de familie van verzoeker tijdens ziekenhuisopnames, begeleiding bij het wandelen, en het ophalen van medicatie bij de

apothek. Daarnaast heeft verzoeker zorg gedeclareerd die niet aan hem is verleend. Zo was hij gedurende een week opgenomen in het ziekenhuis en werden toch declaraties ingediend. Hieruit blijkt tevens dat hij de nota's van de zorgaanbieder niet controleert voordat hij deze ter declaratie indient bij de ziektekostenverzekeraar. De factuur met betrekking tot de periode waarin verzoeker was opgenomen in het ziekenhuis is nadien gecorrigeerd door de zorgaanbieder. Het totaal aantal uren zorg is - ondanks deze correctie - echter gelijk gebleven aan het aantal uren dat in andere maanden is gedeclareerd. Dit komt doordat de gecorrigeerde uren op andere dagen zijn geboekt. In de administratie van verzoeker ontbreekt voorts een duidelijk overzicht waaruit blijkt welke zorghandelingen op welke tijdstippen zijn verleend. Verder komen de betalingen aan de zorgaanbieder niet overeen met de bedragen die de ziektekostenverzekeraar heeft uitgekeerd voor de aan verzoeker verleende zorg. Verzoeker betaalt lagere bedragen aan de zorgaanbieder dan de ziektekostenverzekeraar voor de verleende zorg heeft uitgekeerd. Tevens worden facturen in twee keer voldaan, waarbij soms sprake is van tussenpozen van twee maanden. Naar aanleiding van de aankondiging van het huisbezoek heeft verzoeker alsnog betalingen verricht om een en ander te corrigeren. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar niet geïnformeerd over het feit dat hij vanaf mei 2017 - naast de zorg die hij inkoop met het PGB vv - zorg in natura ontving. Dit had hij wel moeten doen. Verzoeker kan volgens de ziektekostenverzekeraar bij calamiteiten in de nacht gebruikmaken van zorg in natura door middel van zijn personenalarmering. De betrokken gecontracteerde thuiszorgaanbieder heeft hem voorts aangeleerd zelf bepaalde zorghandelingen te verrichten, zoals het spuiten van insuline.

- 6.7. De commissie overweegt dat verzoeker heeft erkend dat hij zorg heeft gedeclareerd die niet valt onder de aanspraak verpleging en verzorging, te weten de hulp bij het wassen van zijn kleding en beddengoed. Voorts heeft verzoeker naar aanleiding van een aantal belangrijke constatering van de ziektekostenverzekeraar geen toereikende uitleg gegeven. Het gaat om de volgende constatering:
- (i) dat het aantal uren zorg in een bepaalde maand gelijk was aan andere maanden, terwijl verzoeker toen een week in het ziekenhuis heeft gelegen;
 - (ii) dat duidelijke urenregistraties ontbreken;
 - (iii) dat sprake is van onregelmatigheden bij de betaling aan de zorgaanbieder;
 - (iv) dat verzoeker de ziektekostenverzekeraar niet heeft geïnformeerd dat hij tevens gebruikmaakt van zorg in natura.
- De commissie kan de ziektekostenverzekeraar om deze reden volgen in zijn stelling dat verzoeker niet in staat is gebleken de aan het eerder toegekende PGB vv verbonden taken en verplichtingen naar behoren uit te voeren. Gelet op het bepaalde in artikel 4, onder c, van het reglement werd de onderhavige aanvraag voor het PGB vv ten laste van de zorgverzekering daarom terecht afgewezen.




- 6.8. De verdere stellingen van verzoeker kunnen niet leiden tot een andere uitkomst. Dit geldt in het bijzonder voor:
- de stelling dat hij niet uit kan met zorg in natura,
 - de stelling dat hij vanwege zijn ziektebeeld is aangewezen op een vaste begeleider;
 - de stelling dat de ziektekostenverzekeraar met de toekenning van de eerdere aanvragen voor een PGB vv heeft erkend dat hij in staat is tot een verantwoord beheer van een PGB vv;
 - de stelling dat hij zich bij de administratie van het PGB vv kan laten bijstaan door een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen administratiekantoor.


Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv. Om deze reden kan het verzoek niet op basis van deze verzekering worden ingewilligd.




Nabetaling

- 
- 6.10. Naar de commissie begrijpt stelt verzoeker zich op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar het jaarbudget foutief heeft berekend en wil hij het verschil tussen dit bedrag (€ 64.593,95) en het volgens hem correcte bedrag van € 72.726,36 alsnog vergoed krijgen. De vraag of verzoeker aanspraak heeft op een hogere vergoeding dan € 64.593,95 behoeft geen beantwoording. Uit het overgelegde overzicht blijkt immers dat hij tot 13 september 2017 € 64.278,50 aan zorg heeft gedeclareerd ten laste van het PGB vv. Dit bedrag gaat het toegekende budget van € 64.593,95 niet te boven. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een hogere vergoeding.
- 
- 6.11. Aangezien het verzoek wordt afgewezen, bestaat geen grond voor toekenning van de door verzoeker gevorderde buitengerechtelijke kosten en proceskosten.
- 
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies

- 
- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv terecht heeft afgewezen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is verzoeker een hoger jaarbudget toe te kennen;
 - (iii) de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de buitenrechtelijke kosten en proceskosten te vergoeden.



Zeist, 24 juli 2019,



L. Ritzema



5 Reglement Pgb Verpleging en Verzorging

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 uitsluitend 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 Onder verpleging en verzorging valt niet verzorging van verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - a. sprake is van een behoefte aan permanent toezicht, of
 - b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.
- 2.4 Als u een levensverwachting heeft van minder dan drie 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 de artikelen 2.2 en 2.3.

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. u op het moment van aanvragen van het Pgb of in de drie jaar daaraan voorafgaand tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) toegelaten bent of toegelaten bent geweest,
 4. u op het moment van aanvragen van het Pgb of in de drie jaar daaraan voorafgaand failliet verklaard bent of failliet verklaard bent geweest.
- 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 géén 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, als verzekerde betrokken bij een, wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer, opgezegde of ontbonden zorgverzekering,
- e. u beschikt volgens 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 kunt u lezen met welke zorgaanbieders Menzis een overeenkomst heeft gesloten,
- i. 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 of in de drie jaar daaraan voorafgaand failliet verklaard of failliet verklaard geweest,
6. is op het moment van aanvragen van het Pgb of in de drie jaar daaraan voorafgaand tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) toegelaten of toegelaten geweest,
7. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
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. U moet het aanvraagformulier invullen samen met een wijkverpleegkundige. Door het invullen van het aanvraagformulier stelt de wijkverpleegkundige uw behoefte aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in de artikelen 2.2 en 2.3 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 drie 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 deskundigheidsniveau 5 én een BIG-registratie mag het aanvraagformulier met u invullen. Als u jonger dan 18 jaar bent en behoefte heeft aan verzorging als bedoeld in artikel 2.3, dan mag het aanvraagformulier alleen worden ingevuld door een wijkverpleegkundige met een afgeronde hbo-opleiding Kinderverpleegkunde met een deskundigheidsniveau 5 én een BIG-registratie die bovendien zelfstandig of via zijn/haar werkgever is aangesloten bij de Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT) of de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (GVVK).
- 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 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 en behoefte heeft aan verzorging als bedoeld in artikel 2.3, moet

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige zorg en medisch specialistische verpleging thuis (MSVT))

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, 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

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

Jonger dan 18 jaar

Als u nog geen 18 jaar bent heeft u alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij

- er sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- er 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld het toedienen van zuurstof).

Let op

U heeft geen recht op verpleging en verzorging als u vanuit de Wet langdurige zorg verpleging en verzorging geïndiceerd hebt gekregen of als de persoonlijke verzorging onderdeel is van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (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 op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

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 bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. 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.

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 (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Medisch specialistische verpleging thuis (MSVT)

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:

- omvang verpleegkundige handeling,
- frequentie verpleegkundige handeling,
- duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum).

Toestemming

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft dan moet Menzis u daar vooraf schriftelijk toestemming voor hebben gegeven.

Advies

Heeft u vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur over de mogelijkheden op 088 222 42 42.

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 en op menzis.nl.

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Zintuiglijk gehandicaptenzorg is een behandeling voor mensen met een zintuiglijke beperking. Een zintuiglijke beperking is een visuele beperking, een auditieve beperking, een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis of een combinatie van deze beperkingen. Bij de behandeling zijn meerdere specialisten betrokken (multidisciplinaire zorg).

De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek,
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap, en
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de

A16 Als u een nota indient

Vaak betaalt Menzis rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt. Als u die indient, let u dan op het volgende:

Een nota online indienen:

- u kunt dat doen op [MijnMenzis.nl](https://www.mijnmenzis.nl),
- een gescande nota wordt gezien als origineel,
- Menzis kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen,
- de originele nota moet u 3 jaren bewaren.

Een nota per post indienen:

- het moet het origineel van de nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- een nota wordt niet aan u teruggestuurd.

Tip

Laat een nota niet liggen. Spaar uw nota's liever niet op. U kunt een nota het beste direct indienen.

Let op

- De factuurdatum op de nota mag niet ouder zijn dan 3 jaar.
- De nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld.
- Als een nota aan het voorgaande in dit artikel niet voldoet, ontvangt u geen vergoeding.
- De gegevens op de nota moeten juist zijn en naar waarheid ingevuld.
- Voor alle verzekeringen (Basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen) op de zorgpolis geldt het volgende: Menzis mag elke vergoeding aan iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis uit elke verzekering verrekenen met elke vordering van Menzis uit elke verzekering op iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis.
- Als een verzekerde zelf een nota indient, zonder aan te geven op welk rekeningnummer de vergoeding moet worden uitbetaald, zal Menzis die vergoeding uitbetalen op het bij Menzis bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.
- Een nota in buitenlandse valuta rekent Menzis om in euro's. Dat gebeurt tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.
- Als Menzis een vergoeding rechtstreeks betaalt aan de zorgaanbieder, vervalt daarmee de plicht aan u te vergoeden.

A17 Klachten en geschillen

Als u niet tevreden bent over de dienstverlening, wil Menzis dit graag van u weten. Hoe pakt u dat dan aan en bij wie moet u zijn?

Hoe pakt u dat aan?

- U vult het online klachtenformulier op [menzis.nl/klachtafhandeling](https://www.menzis.nl/klachtafhandeling) in waarin u kunt aangeven waarover u ontevreden bent en waarom. Heeft u hulp nodig bij het invullen van dit formulier, belt u dan onze Klantenservice op 088 222 40 40.
- Die brief kunt u sturen naar de afdeling Klachtenmanagement.
- Menzis zal uw klacht zorgvuldig lezen en zorgen dat u antwoord krijgt.

- Als u het niet eens bent met het antwoord van Menzis of binnen 30 dagen geen antwoord heeft gekregen, kunt u uw probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).
- Informatie over de SKGZ kunt u vinden op skgz.nl. U kunt de SKGZ ook benaderen via het Europese platform voor online geschillenbeslechting. Informatie over dit platform kunt u vinden op ec.europa.eu/odr.
- De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet mogelijk is, of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.
- Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost € 37. De behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten Menzis en u zich houden.
- Ook kunt u uw zaak voorleggen aan één van de volgende instanties:
 - als het gaat over formulieren: de Nederlandse Zorgautoriteit,
 - de burgerlijke rechter.

Let op

Voor klachten over premieachterstand, zie ook artikel A13.2.

Bij wie moet u zijn?

Als u niet precies weet bij wie u moet zijn, kan de afdeling Klachtenmanagement u daarbij helpen.

- Afdeling Klachtenmanagement van Menzis, Postbus 75000, 7500 KC Enschede
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist
- Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

A18 Wie is Menzis?

Menzis is de risicodragers van uw verzekering. Met Menzis wordt bedoeld: Menzis Zorgverzekeraar N.V. als het om de Basisverzekering gaat en Menzis N.V. als het om de aanvullende verzekering of de tandartsverzekering gaat. De Coöperatie Menzis U.A. is enig aandeelhouder van Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. Door het afsluiten van de verzekering wordt u als verzekerde van Menzis lid van de Coöperatie Menzis U.A. Deze Coöperatie is gericht op het behartigen van de belangen van haar leden. De Coöperatie Menzis U.A., Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. hebben geen winstoogmerk.

A19 Molest

U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. Deze 6 genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, vindt u in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponeerd onder nummer 136/1981.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

1. Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:
 - a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
 - b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
 - c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
 - a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
 - b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

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 die op grond van artikel 2.10, tweede lid, valt onder de zorg 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 en tweede lid.
- 4.** Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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