



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018 en 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018 en 2019

Zaaknummer : 202002310

Zittingsdatum : 31 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( G.R.J. de Groot, drs. J.W. Heringa en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door 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. Op 5 november 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht een bindend advies uit te brengen. Op 1 december 2020 heeft verzoekster per brief zijn verzoek aan de commissie uitgebreid.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 januari 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 maart 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 en 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 3 en GarantTandVerzorgd 500 (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 9 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) wordt toegekend op basis van 6 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 23 maart 2016 tot en met 23 maart 2017 en op basis van 8 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 24 maart 2017 tot en met 8 juni 2018.
- 3.3. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar besloten in de hierop volgende periode geen PGB vv meer toe te kennen aan verzoeker. In het bindend advies van 23 oktober 2019 (SKGZ, 201900193) heeft de commissie echter beslist dat verzoeker ook ná 8 juni 2018 recht had op een PGB vv. In navolging hierop heeft de ziektekostenverzekeraar op 30 oktober 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 8 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 1 januari 2019 tot en met 30 november 2019. Op 21 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 8 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018.
- 3.4. Om ook na de voornoemde periodes aanspraak te kunnen maken op een PGB vv is ten behoeve van verzoeker op 4 december 2019 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hieruit

volgt dat een PGB vv is aangevraagd op basis van 8 uren en 40 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 3.5. Op 24 januari 2020 heeft de indicierend wijkverpleegkundige de indicatie aangepast en verlaagd naar 6 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 januari 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat aan hem een PGB vv wordt verstrekt op basis van 6 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 11 december 2019 tot en met 30 november 2020.
- 3.7. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de hiervoor genoemde beslissing gevraagd. Op 31 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

#### 4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde persoonlijke verzorging die aan hem in november 2018 is verleend moet vergoeden;

(ii) de ziektekostenverzekeraar aan hem met ingang van 11 december 2019 een PGB vv moet toekennen op basis van 8 uren en 40 minuten persoonlijke verzorging per week.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 5. Bevoegdheid van de commissie

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

#### 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over 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.

#### **PGB vv voor de periode van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018**

- 6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker een PGB vv toegekend op basis van 8 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018 voor een bedrag van totaal € 12.519,50. De ziektekostenverzekeraar heeft een overzicht overgelegd, waaruit volgt hoeveel uren zorg verzoeker maandelijks in 2018 heeft gedeclareerd. Uit het overzicht blijkt dat verzoeker op grond van de voornoemde indicatie maandelijks gemiddeld 35,33 uren zorg mag declareren, maar dat hij in verschillende maanden meer dan 50 uren zorg heeft gedeclareerd. Dit heeft tot gevolg gehad dat verzoeker in 2018 totaal € 13.476,97 aan zorgkosten heeft gedeclareerd en het jaarbudget met € 957,47 werd overschreven.

De ziektekostenverzekeraar hoeft niet meer uit te keren dan het budget dat jaarlijks wordt toegekend. Dit volgt uit artikel 7.13 van het 'Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat het bedrag van € 957,47 voor rekening van verzoeker blijft.

- 6.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar het totaalbudget voor 2018 pas op 21 februari 2020 aan hem heeft gemeld en hij hiervan dus niet eerder op de hoogte kon zijn. De commissie kan verzoeker hierin niet volgen. Verzoeker behoorde te weten dat hij op grond van de gestelde indicatie slechts recht had op 8 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week en hij diende de zorg dan ook als zodanig te organiseren. Dat hij meer uren zorg heeft afgenomen, waardoor een deel van de kosten voor zijn rekening blijft, komt dan ook voor zijn risico.
- 6.4. Verder merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar in de toekenningsbeschikking van 30 oktober 2019 per abuis heeft vermeld dat verzoeker een jaarbudget had van totaal € 22.245,58, terwijl hij op basis van de gestelde indicatie slechts recht had op een budget van € 9.726,08. Hoewel aan verzoeker een hoger bedrag is toegekend dan waar hij eigenlijk recht op had, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten het verschil niet van verzoeker terug te vorderen, zodat dit geen onderwerp is van geschil.

#### **PGB vv voor de periode van 11 december 2019 tot en met 30 november 2020**


- 6.5. Verzoeker heeft met ingang van 11 december 2019 aanspraak op persoonlijke verzorging en hij heeft recht op een PGB vv. Hierover verschillen partijen niet van mening. Verzoeker heeft slechts recht op persoonlijke verzorging voor zover hij hiervoor een geldige indicatie heeft. Dit is opgenomen op pagina 51 e.v. van de verzekeringsvoorwaarden. De indicierend wijkverpleegkundige heeft aanvankelijk een hogere indicatie gesteld, maar zij heeft besloten deze indicatie te verlagen. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens overeenkomstig de aangepaste indicatie een PGB vv aan verzoeker toegekend op basis van 6 uren en 55 minuten persoonlijke verzorging per week. Verzoeker heeft geen recht op een hoger PGB vv dan op basis van de aangepaste indicatie.
- 6.6. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat een toereikende onderbouwing voor de verlaging van de indicatie ontbreekt en dat de communicatie tussen hem en de indicierend wijkverpleegkundige niet goed is geweest. Dit kan niet leiden tot een ander oordeel. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige een indicatie te stellen. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij bij eventuele vragen en onduidelijkheden hierover contact op te nemen met de wijkverpleegkundige. Het is vervolgens aan de wijkverpleegkundige te besluiten of de indicatie aanpassing behoeft. In het onderhavige geval zag de wijkverpleegkundige blijkbaar aanleiding de indicatie te verlagen. Deze (aangepaste) indicatie vormt voor de commissie een gegeven. Of de indicierend wijkverpleegkundige een en ander duidelijk aan verzoeker heeft toegelicht, valt niet onder de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar en daarmee buiten de reikwijdte van dit geschil.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een PGB vv, zodat het verzoek op grond van deze verzekering niet kan worden toegewezen.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 7 april 2021,

G.R.J. de Groot



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 13a

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

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

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

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

### Artikel 2.15a

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

### Artikel 2.15b

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

### Artikel 2.15c

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



weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.

4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.29a

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

### Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

### Artikel 2.29c

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

## 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.

### 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, 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

- 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 kindertehuizen 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 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

### **i 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 opleidingsniveau 3 of hoger 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. U kunt ook naar een 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.

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.

## Toestemming

Als u kiest voor een behandeling bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, worden de gemaakte kosten niet volledig vergoed. Ook heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

## 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](https://www.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 persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.

## Welke zorg

U heeft recht op multidisciplinaire zorg (zorg waarbij verschillende specialisten betrokken zijn). U heeft die zorg nodig omdat u:

- een visuele beperking heeft (u bent blind of slechtziend),
- een auditieve beperking heeft (u bent doof of slechthorend), of
- een communicatieve beperking heeft (ernstige moeilijkheden met spraak/taal) als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis en u jonger bent dan 23 jaar.

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. De hoogte van uw Pgb wordt vastgesteld door het aantal uren verpleging en verzorging dat u met een Pgb wilt inkopen te vermenigvuldigen met de onderstaande tarieven. 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.

- Persoonlijke verzorging: € 29,40 per uur
- Verpleging: € 53,40 per uur

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 de artikel 2.2, behalve:
- a. voor zover die verpleging en verzorging casemanagement betreft,
  - b. voor zover die verpleging en verzorging gebruikelijke zorg betreft die wordt verleend door uw partner, inwonend(e) kind(eren), andere huisgenoten of – als u minderjarig bent – uw ouders. Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar geven.
- U kunt uw Pgb niet besteden aan verblijf.
- 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 ná de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring. U bent zelf verantwoordelijk voor betaling van de zorg die u inkoop. 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](http://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. Voor een formele zorgverlener gelden de volgende maximumtarieven:
- Persoonlijke verzorging: € 37,32 per uur
  - Verpleging: € 55,20 per uur
- 7.9 Voor informele zorgverleners geldt een maximumtarief van € 23 per uur, ongeacht het type zorg dat geleverd wordt.
- 7.10 Informele zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die:
- a. uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn, en/of
  - b. niet als verpleegkundige zijn ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en/of
  - c. niet in het Handelsregister zijn ingeschreven met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88.
- Formele zorgaanbieders zijn alle zorgaanbieders die geen informele zorgaanbieder zijn.
- 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.

## Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

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.

U heeft ook recht op Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kindercarehuizen 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 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

### 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 opleidingsniveau 3 of hoger 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. U kunt ook naar een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor ZZP-ers in de zorg.

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.

### Toestemming

Als u naar een zorgaanbieder wilt gaan die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig.

### 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](http://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 persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Ondersteuning bij maatschappelijk functioneren en de complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven valt niet onder de zintuiglijk gehandicaptenzorg.