

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202401863

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 25 april 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 mei 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 22 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 juli 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangeboden nadere informatie over te willen leggen. De commissie heeft besloten dat geen nadere informatie nodig is, en dat de schriftelijke ronde is gesloten.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 500 (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker ontvangt al enige tijd een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Zijn vaste zorgverlener deelde hem mee met ingang van 1 januari 2024 te stoppen met de zorgverlening, waarna verzoeker op zoek is gegaan naar een andere zorgverlener. Deze heeft hij gevonden in Duitsland. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens gevraagd of hij het formele tarief mag vergoeden en declareren.

- 2.3. Bij brief van 8 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat voor de Duitse zorgverlener enkel het informele tarief mag worden gedeclareerd.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 18 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is voor de zorg door zijn Duitse zorgverlener het formele tarief te vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 25 april 2025 aangevoerd dat hij tot 1 januari 2024 een zorgverlener had die het formele tarief in rekening mocht brengen. Na deze datum is de Duitse zorgverlener bij verzoeker in dienst getreden. Zij woont in de buurt van zijn woonplaats, namelijk op tien minuten rijden, en kan daarom driemaal per dag zorg aan hem verlenen. Deze zorgverlener dient als formele zorgverlener te worden aangemerkt, gelet op haar opleiding, de door haar in Duitsland behaalde diploma's en haar enorme werkervaring, alsmede gezien haar huidige beroep. Voor verzoeker is het niet relevant of deze zorgverlener bijvoorbeeld een gymnasiumdiploma heeft behaald, of universitair geschoold is, maar wel dat zij diploma's en certificaten heeft op het gebied van persoonlijke hulpverlening en al sinds 2012 zelfstandig hulpverlener is voor cliënten met onder andere dezelfde zorgvraag als verzoeker. Bovendien kan deze zorgverlener voor verzoeker de juiste zorg bieden. Volgens verzoeker wordt te veel gekeken naar de juiste diploma's, terwijl de betrokken zorgverlener in Duitsland vergelijkbare diploma's heeft behaald en daarnaast over enorm veel relevante werkervaring beschikt. Zij is voldoende geschoold, bekwaam en praktijkvaardig. Zo heeft zij onder andere verpleegkundigen begeleid in een ziekenhuis in Duitsland. Als zij in Duitsland in staat wordt geacht verpleegkundigen te begeleiden, komt het verzoeker vreemd voor dat zij niet geschikt zou zijn hem te verzorgen. Ook de eis van het hebben van een AGB-code acht verzoeker onjuist. Hij voert daarbij aan dat het hier gaat om een onredelijk bezwarend beding in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 3.3. Verzoeker ervaart vanuit de ziektekostenverzekeraar weinig hulp en begrip voor het feit dat de Duitse zorgverlener de meest geschikte persoon is om de zorg aan hem te verlenen. Bovendien vraagt hij zich af welke aanvullende opleidingen zij nog zou moeten doen om volgens de ziektekostenverzekeraar wel 'de juiste papieren' te hebben. Het is overigens – anders dan de ziektekostenverzekeraar suggereert – niet makkelijk een zorgverlener te vinden, laat staan een kwalitatief geschikte zorgverlener. Dit is een landelijk probleem, zo volgt onder andere uit een artikel in de Telegraaf. De formele tarieven lopen al niet in de pas met de beloningen in de overige zorg, laat staan de informele tarieven. Dit betekent dat verzoeker steeds 'uit eigen zak' bedragen moet bijbetalen.
- 3.4. Verzoeker was bereid een zogenoemd 'diploma-onderzoek' te laten verrichten via de Internationale Diploma Waardering (IDW). Dit kost hem echter geld, want elke certificaat en diploma dient afzonderlijk te worden ingediend en betaald. Verder heeft het IDW te kennen gegeven niet goed te weten wat de ziektekostenverzekeraar eigenlijk wil, want een één-op-één-vergelijking zal het IDW onmogelijk kunnen geven.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij wil ingaan op het nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar. Hij leest op pagina 3, regel 12 dat hij vooraf was ingelicht over de problemen bij het inschakelen van een buitenlandse zorgverlener. Het ging hem er niet om dat het een buitenlandse zorgverlener was, maar het ging erom dat de informele kaart al diverse keren is getrokken. Dit loopt al de afgelopen acht jaren. Ten tijde van de invoering van het twee tarievenstelsel heeft de ziektekostenverzekeraar keukentafelgesprekken gevoerd. Heel vaak

werden zorgverleners bestempeld als informeel, zelfs zijn vriendin die huisarts is. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft voorheen de zaak behandeld, en heeft hem vaker gevraagd of er niet iemand anders de zorg kon verlenen. Er was op dat moment bijvoorbeeld ook een student die hem een paar keer per week hielp. Zij kon echter niet veel meer tijd aan hem besteden. In die tijd was ook zijn buurvrouw zijn zorgverlener, maar zij wilde hiermee stoppen. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar vroeg hem iedere keer of dit niet toch kon; men leek aan te sturen op informele zorgverleners. Ook leek men steeds formele zorgverleners als informeel aan te duiden. Toen hij in 2020 stopte met een zorgverlener 1, kwam er een nieuwe strategie, en ging het ineens om de diploma's. Zorgverlener 2 was al jaren zijn zorgverlener. Toch werd het formele tarief naar het informele tarief gewijzigd. Hij betaalde al grotendeels het rekestarief en indicatietarief. De thuiszorgorganisatie vroeg de ziektekostenverzekeraar op gesprek te komen, maar dit gesprek is er niet gekomen. De ziektekostenverzekeraar blijft steeds zeggen dat niet is voldaan aan het reglement. Dit is gebaseerd op het voorbeeldreglement van ZN. Het is een afgeleide van de bestuursafspraken met VWS en V&VN. Sommige zaken zijn echter niet overgenomen in het reglement. Verzoeker vindt echter dat het in zijn geval gaat om een onredelijk bezwarend beding, omdat het reglement niet voorziet in de mogelijkheid van een Duitse zorgverlener. Deze zorgverlener is te betitelen als formeel. Het zou moeten gaan om een vergelijkbaar diploma. Gezien de studierichting van de zorgverlener zijn de diploma's niet vergelijkbaar. Het gaat hier niet om de vraag of kwalitatief waardige zorg wordt geleverd, maar enkel om de financiën. Het moet bij formele zorg gaan om goede zorg, maar zodra er iemand van drie hoog achter komt is het wel goed om het informele tarief te vergoeden en gaat het niet meer om kwalitatief goede zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft ook nog de AGB proefkaart getrokken, want formele zorgverleners moeten een code hebben. Daarvoor moet iemand ingeschreven staan in het Nederlandse KvK. Daarin is zorgverlener 3 uiteraard niet ingeschreven, aangezien zij alleen voor hem vanuit Duitsland naar Nederland komt. Nieuwe ondernemingen in de zorg moeten voldoen aan de Wtza. Hierin zijn de verplichtingen vastgelegd. Men moet eerst de meldplicht en vergunningsplicht aanvragen voordat een AGB-code wordt aangevraagd. Het wordt op deze wijze bijna onmogelijk gemaakt om aan zorgverlener 3 het formele tarief toe te kennen, waardoor de betreffende bepaling onredelijk bezwarend is.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker niet het formele tarief mag vergoeden en declareren. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 8 januari 2024 aangevoerd dat de zorgverlener niet voldoet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor het formele tarief. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dat kader naar de artikelen 7.10 en 8.1a.3 uit het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2024 (hierna: het reglement). In artikel 7.10 is bepaald dat een formele zorgverlener een zorgverlener is die werkzaam is als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-verpleegkundige of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is, en aantoonbaar voldoet aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Informele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als formele zorgverlener worden aangemerkt. De zorgverlener met een buitenlands diploma of een verouderd diploma kan via de Dienst Uitvoering en Onderwijs laten toetsen of dit diploma vergelijkbaar is met de in artikel 7.10 genoemde opleidingen. Van de Duitse zorgverlener van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar deze informatie nog niet ontvangen. Indien via de Dienst Uitvoering en Onderwijs kan worden aangetoond dat zij voldoet aan de vereisten, komt zij in aanmerking voor het formele tarief en kan zij ook een AGB-code aanvragen.
- 4.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 17 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de Duitse zorgverlener niet beschikt over de diploma's die uitdrukkelijk worden benoemd in de bestuurlijke afspraken, zoals overeengekomen door ZN, V&VN, Per Saldo en VWS. Ook een Duits diploma dat wellicht vergelijkbaar zou kunnen zijn bezit zij niet. Het is overigens niet aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of een

diploma gelijkwaardig is aan de diploma's die in de bestuurlijke afspraken worden benoemd. Er worden geen voorwaarden gesteld aan werkervaring, zodat deze niet wordt meegewogen in de beoordeling of de Duitse zorgverlener zou kunnen worden gelijkgesteld aan een formele zorgverlener. Het reglement is een afgeleide van het bestuurlijk akkoord, waarin eveneens is opgenomen dat de formele zorgverlener moet beschikken over één van de in het bestuurlijk akkoord genoemde diploma's en dat de kosten voor formele zorg bovendien uitsluitend onder een AGB-code kunnen worden gedeclareerd. Dat in Duitsland andere eisen gesteld worden aan formele zorg kan ook niet worden meegewogen. Verzoeker heeft een Nederlandse zorgverzekering, waarop de Nederlandse voorwaarden van toepassing zijn. De voorwaarden die de ziektekostenverzekeraar stelt aan het verlenen van formele zorg uit het PGB-Zvw zijn niet onredelijk bezwarend. Zij volgen immers de bestuurlijke afspraken, waaraan ook de beroepsvereniging V&VN zich heeft geconformeerd.

- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 22 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat een zorgverlener met een buitenlands diploma bij het IDW een diplomawaardering kan aanvragen. De bedoeling van die aanvraag moet zijn dat door het IDW wordt gecontroleerd of de zorgverlener in het bezit is van een diploma of certificaat dat voldoet aan de eisen gesteld in artikel 7.10 van het reglement. In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar voor de diplomawaardering ten onrechte verwezen naar de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO). De ziektekostenverzekeraar betreurt dat verzoeker hierdoor onnodig tijd heeft verloren. Naast vragen over de gestelde opleidingseisen heeft verzoeker geïnformeerd waarom de ziektekostenverzekeraar eist dat een zorgverlener die het formele tarief declareert moet beschikken over een AGB-code. Een zorgverlener heeft een AGB-code nodig om te kunnen declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Dit blijkt uit het reglement. Deze regels vloeien ook voort uit het Voorbeeld Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker gebruik wenst te maken van de Duitse zorgverlener en dat het voor hem vervelend is dat het extra tijd en moeite kost om te voldoen aan de eisen die gelden om in aanmerking te komen voor het formele tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker echter al op voorhand ingelicht over mogelijke problemen bij het inschakelen van een buitenlandse zorgverlener. Daarnaast zijn de eisen die de ziektekostenverzekeraar stelt niet onredelijk, nu deze voortvloeien uit eerdergenoemd Voorbeeld Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging van ZN.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd aan het nader commentaar weinig toe te voegen te hebben. De vragen die worden gesteld over de diploma's zijn terecht op basis van de voorwaarden die worden gehanteerd. Deze regels zijn tot stand gekomen op basis van een overleg met zowel ZN, Per Saldo als V&VN. Het is vastgesteld dat er een bepaald opleidingsniveau moet zijn.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

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.

Zorgverzekering

- 6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op een PGB vv. Wat hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het formele tarief moet vergoeden voor zorg, verleend door zijn Duitse zorgverlener. De commissie overweegt als volgt.

- 6.3. In artikel 7.10 van het reglement is het onderscheid toegelicht tussen een formele en een informele zorgverlener. Het artikel luidt:

“Een formele zorgverlener is een zorgverlener die werkzaam is als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-verpleegkundige of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is en aantoonbaar voldoet aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Menzis kan bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan Menzis kan controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief. Uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad komt nooit in aanmerking voor het formele tarief. Informele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als formele zorgverlener worden aangemerkt.”

In artikel 6.7 van het reglement is bepaald dat het formele tarief voor Persoonlijke Verzorging € 41,40 per uur bedraagt en voor Verpleging € 61,20 per uur. Het informele tarief voor zowel Persoonlijke Verzorging als Verpleging bedraagt € 27,96 per uur.

- 6.4. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoeker is niet bestreden, dat de Duitse zorgverlener noch beschikt over een diploma als bedoeld in artikel 7.10 van het reglement, noch over een daaraan gelijk te stellen Duits diploma. Verzoeker heeft hierbij aangevoerd dat het geld kost om het Duitse diploma door het IDW te laten toetsen op gelijkwaardigheid. Daarnaast moet volgens hem de werkervaring van de zorgverlener in de beoordeling worden betrokken. De commissie oordeelt dat verzoeker er niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat de Duitse zorgverlener beschikt over een (juist) diploma om voor het formele tarief in aanmerking te komen. Het kostenargument overtuigt in dit verband niet. Hoewel de ziektekostenverzekeraar niet betwist dat de zorgverlener adequate zorg aan verzoeker verleent, brengt dit gegeven niet mee dat bij het ontbreken van het vereiste diploma voor de verleende zorg toch het formele tarief moet worden vergoed. Zo kan ook een informele zorgverlener – binnen zijn bevoegdheid en deskundigheid – immers adequate zorg verlenen, maar ontvangt deze daarvoor dan niet het formele tarief. De reden voor het verschil in eisen voor formele en informele zorg is gelegen in het feit dat bij formele zorg de professionele kwaliteit en veiligheid van de zorg moeten worden gewaarborgd, omdat dit een contractuele relatie met een professional betreft die daarmee moet voldoen aan bepaalde opleidingseisen. Bij informele zorg is dit niet nodig, omdat de zorg voortkomt uit een persoonlijke band tussen de zorgvrager en de zorgverlener en niet uit een professionele aanstelling. De stelling van verzoeker dat zijn zorgverlener beschikt over langdurige werkervaring maakt het voorgaande dan ook niet anders. De diploma-eis uit het reglement is naar zijn aard niet onredelijk bezwarend in de zin van Afdeling 3 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek. Dit te meer nu door verzoeker in de procedure geen diploma van zijn Duitse zorgverlener is aangeleverd. Of de voorwaarde dat het formele tarief alleen kan worden gedeclareerd indien de zorgverlener beschikt over een AGB-code al dan niet als onredelijk bezwarend als bedoeld in voornoemde Afdeling 3 is aan te merken, kan in het midden blijven nu – zoals hiervoor is geconcludeerd – de Duitse zorgverlener van verzoeker niet voldoet aan de eisen met betrekking tot het diploma en dit reeds grond is voor de ziektekostenverzekeraar om vergoeding op basis van het formele tarief te weigeren.

Slotsom

6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 oktober 2025,

L. Ritzema

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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.

§ 1a. Het Zvw-pgb

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

§ 1.4a. Zvw-pgb

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 € 28,20 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 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.

Hoofdstuk 6a. Ondersteuning Zvw-pgb

Artikel 6a.1

De Sociale verzekeringsbank wordt aangewezen als de publiekrechtelijke rechtspersoon, bedoeld in artikel 13a, achtste lid, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 6a.2

1. De ondersteuning, bedoeld in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet bestaat uit:
- a. het namens de verzekerde die ten aanzien van zijn zorgverlener inhoudingsplichtige is, indienen van declaraties bij zijn zorgverzekeraar, ontvangen van de vergoedingen van zijn zorgverzekeraar, betalen van zijn zorgverleners met de ontvangen vergoedingen, voeren van een salarisadministratie en doen van aangiften en afdrachten;
 - b. de verzekerde bijstaan of doen bijstaan in zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap waaronder ten aanzien van ziekte, ontslag, arbeidsomstandighedenregelgeving, zaakschade, aansprakelijkheid en rechtsbijstand.
2. De ondersteuning wordt kosteloos verstrekt.

Artikel 6a.3

1. De Sociale verzekeringsbank stelt voorwaarden aan het verkrijgen van de ondersteuning voor zover dit voor de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs van belang is.
2. De Sociale verzekeringsbank legt haar werkwijze vast en informeert verzekerden en zorgverzekeraars hierover.

Artikel 6a.4

1. De verzekerde verleent medewerking aan de Sociale verzekeringsbank voor zover dat van hem ten behoeve van de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs kan worden verwacht.
2. De verzekerde doet aan de Sociale verzekeringsbank op verzoek of onverwijld uit eigen beweging mededeling van gegevens waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de ondersteuning.

Artikel 6a.5

De Sociale verzekeringsbank kan de ondersteuning geheel of gedeeltelijk weigeren, opschorten of beëindigen indien de verzekerde niet meer beschikt over een Zvw-pgb of indien niet of niet langer

wordt voldaan aan het gestelde bij of krachtens de artikelen 6a.3 en 6a.4.

Artikel 6a.6

1. De Minister verstrekt de Sociale verzekeringsbank jaarlijks een bijdrage voor de kosten van de ondersteuning.
2. De Sociale verzekeringsbank dient vóór 1 oktober een aanvraag, voorzien van een begroting met toelichting, tot verlening van een bijdrage voor het daaropvolgende jaar in bij de Minister.
3. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het verlenen van de bijdrage en van voorschotten op de bijdrage.
4. De Minister kan de Sociale verzekeringsbank bij de verlening van de bijdrage verplichtingen opleggen met betrekking tot de uitvoering van de ondersteuning of het verkrijgen van de bijdrage.
5. Na afloop van het jaar waarvoor de bijdrage is verstrekt, dient de Sociale verzekeringbank vóór 1 juli een aanvraag, voorzien van een financieel verslag met toelichting, tot vaststelling van de bijdrage in bij de Minister.
6. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het vaststellen van de bijdrage.



**Reglement
Persoonsgebonden Budget
Verpleging en Verzorging
Menzis 2024**

Inhoud

Reglement Pgb Verpleging en Verzorging	3
Artikel 1 Wat is een Pgb?	3
Artikel 2 Doelgroep	3
Artikel 3 Toekenningsvoorwaarden	3
Artikel 4 Weigeringsgronden	4
Artikel 5 Aanvraag Pgb	5
Artikel 6 Toekenningsverklaring	6
Artikel 7 Declareren uit uw Pgb	7
Artikel 8 Verplichtingen	9
Artikel 9 Einde en wijziging van het Pgb	10
Artikel 10 Terugvordering	13

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 inkoopt.

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 zorgverlener 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 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, betrokken bij opzettelijke misleiding van uw zorgverzekeraar,
- e. u beschikt volgens de Basisregistratie Personen niet over een woonadres,
- f. uw vrijheid is u rechtekens 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 zorgverleners 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 volgens de Basisregistratie Personen niet over een woonadres,
 4. is zijn/haar vrijheid rechtekens 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.
1. als de zorg al vergoed wordt vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg, om dubbele bekostiging uit te sluiten.

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. 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 BIG-registratie 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 ook invullen aan de hand van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).
- 5.6 De wijkverpleegkundige brengt het netwerk van u in kaart en weegt vervolgens af welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet door het netwerk kan worden verleend. De zorg die door het netwerk wordt verleend, wordt niet in de indicatie voor wijkverpleging meegenomen. Hiervoor krijgt u

dan ook geen Pgb. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. Onder netwerkzorg wordt verstaan: 'naasten en mantelzorgers' zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden.

- 5.7 Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg hanteren bij het bepalen of er een noodzaak is tot gebruik van een tolk.
- 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 'bewuste-keuzegesprek' 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 bewuste-keuzegesprek.

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 voordoet, 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. 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 van Menzis eerder een toekenningsverklaring heeft ontvangen, dan kan Menzis bij een nieuwe aanvraag in sommige maatwerksituaties aan uw toekenningsverklaring een geldigheidsduur toekennen van maximaal 5 jaar, overeenkomstig de Handreiking verlengde toekenning Zvw-rgb.
- 6.6 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.

- 6.7 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 zorgverlener.

Zorg die u inkoopt bij een formele zorgverlener:

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

Zorg die u inkoopt bij een informele zorgverlener:

- Persoonlijke verzorging en/of verpleging: € 27,96 per uur

De hiervoor genoemde tarieven zijn all-in tarieven. Dit betekent dat daarin alle aanvullende kosten, zoals reis- en verblijfskosten zijn inbegrepen.

- 6.8 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.

U kunt uw Pgb niet besteden aan het bekostigen van ondersteuning bij uw taken als werkgever of opdrachtgever van een zorgverlener en/of aan het bekostigen van ondersteuning bij het betalingsverkeer.

- 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 inkoopt. Eventuele

incassokosten of andere kosten die worden veroorzaakt doordat u uw zorgverleners 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 zorgverlener 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/pgbvv. 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 Als één en dezelfde natuurlijke persoon meer uren zorg verleent dan is toegestaan in artikel 8.1 onder b of c, dan worden de uren zorg boven het toegestane maximum niet vergoed.
- 7.8 Nota's worden door Menzis vergoed tot een maximum declaratietarief. 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 maximum declaratietarieven:
- Persoonlijke verzorging: € 41,40 per uur
 - Verpleging: € 61,20 per uur
- 7.9 Voor informele zorgverleners geldt een maximum declaratietarief van € 26,04 per uur, ongeacht het type zorg dat geleverd wordt. Dit maximum declaratietarief is een all-in tarief. Dit betekent dat daarin alle aanvullende kosten, zoals reis- en verblijfskosten zijn inbegrepen.
- 7.10 Een formele zorgverlener is een zorgverlener die werkzaam is als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-verpleegkundige of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is en aantoonbaar voldoet aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Menzis kan bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan Menzis kan controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief. Uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad komt nooit in aanmerking voor het formele tarief.
- Informele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als formele zorgverlener worden aangemerkt.
- 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 zorgverlener 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, die een dienstbetrekking heeft waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, meer zorg aan u te laten verlenen dan 48 uur per week te verminderen met het aantal uren van de dienstbetrekking,
 - c. het is niet toegestaan om één en dezelfde natuurlijke persoon, op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, meer dan 40 uur per week zorg aan u te laten verlenen,
 - d. het is niet toegestaan om zorg aan u te laten verlenen door een zorgverlener die jonger is dan 15 jaar.
 - e. 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.
 - f. u bent verplicht om uw zorgverleners uitsluitend giraal te betalen. U mag uw zorgverleners niet contant betalen,
 - g. 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.
 - h. 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,

- i. 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,
- j. 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,
- k. 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,
- l. 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.
- m. 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 blijkt de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
- f. rechtens uw vrijheid is ontnomen,
- g. u met uw Pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee Menzis een overeenkomst

heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op menzis.nl/zorgvinder kunt u lezen met welke zorgverleners 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 (Wsnp) 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/pgbv. 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 € 61,20 x 52 weken x (153/365) = € 6.669,96.

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 € 41,40 x 52 weken x (92/365) = € 5.426,24.

- 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.

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, 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 kinderczorghuizen 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.

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. Bij het stellen van de indicatie moet - naast de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving - ook worden voldaan aan de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).

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 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 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 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.

Ziekenvervoer

Bij sommige indicaties kunt u een beroep doen op deze verzekering voor vervoer of de kosten daarvan. Er zijn 3 soorten ziekenvervoer. U kunt vervoerd worden per auto, met het openbaar vervoer of met een ander vervoermiddel, bijvoorbeeld een boot.

Welke zorg

U heeft recht op het openbaar vervoer in de laagste klasse, of op vergoeding van de kosten van een auto. Bij gebruik van een particuliere auto heeft u recht op een vergoeding van € 0,38 per kilometer. U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel als vervoer per openbaar vervoer of per auto niet mogelijk is. Als begeleiding noodzakelijk is, of als het gaat om de begeleiding van een kind jonger dan 16 jaar, worden de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van de begeleider ook vergoed. In bijzondere gevallen kan Menzis vergoeding van de kosten van het openbaar vervoer, het vervoer per auto of het vervoer met een ander vervoermiddel van 2 begeleiders toestaan.

U heeft recht op vervoer als het gaat om vervoer van en naar personen, instellingen en de woningen als bedoeld onder het artikel over vervoer per ambulance, en:

- u nierdialyses moet ondergaan, of als u naar consulten, onderzoek en controles toe moet die als onderdeel van de behandeling nodig zijn, of
- u oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan, of als u naar consulten, onderzoek en controles toe moet die als onderdeel van de behandeling nodig zijn, of