



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), formeel of informeel tarief

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.26a tot en met 2.26c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021

Zaaknummer : 202100638

Zittingsdatum : 28 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,  
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 15 maart 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 26 maart 2021 heeft verzoekster het entreegeld van € 37,-- betaald, waarop de commissie het geschil in behandeling heeft genomen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 mei 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 21 mei 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 26 mei 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021019859) per brief aan de commissie meegedeeld in deze kwestie geen advies te kunnen uitbrengen. Een kopie van deze brief is op 2 juni 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 juli 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 500 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster ontving tot en met 2020 ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz) hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Zij ontving deze zorg in de vorm van een persoonsgebonden budget. Met ingang van 1 januari 2021 valt de zorg die zij nodig heeft onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar op 15 september 2020 een 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget' ingediend voor een PGB Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) over de periode van 1 januari 2021 tot en met 1 januari 2024. Het betreft een PGB vv op basis van 34 uren en 30 minuten Verpleging per week.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 november 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat het PGB vv wordt toegekend voor de periode van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2021. Het toegekende budget is gebaseerd op formele zorg. De ziektekostenverzekeraar is echter van mening dat de zorgverlener geen formele zorgverlener is en daarom maximaal het informele tarief van € 23,76 per uur kan declareren ten laste van de zorgverzekering.

3.4. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van het uurtarief, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Met een ongedateerd e-mailbericht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.5. Op 26 mei 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

*“Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Verweerder heeft een persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging toegekend aan verzoekster. Het geschil gaat over de hoogte van de vergoeding voor de zorgverlener van verzoekster. Volgens verweerder gaat het niet om een formele, maar om een informele zorgverlener met het bijpassende tarief. Niet in geschil is of sprake is van verzekerde zorg en/of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit.*

*U hebt het Zorginstituut gevraagd of de door verzoekster overgelegde diploma's van de zorgverlener voldoende zijn om haar als formele zorgverlener aan te duiden. Het Zorginstituut kan deze vraag helaas niet beantwoorden. (...)”*

#### 4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat voor haar zorgverlener een uitzondering moet worden gemaakt, in die zin dat zij een tarief van € 30,- per uur mag declareren.

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. Dit blijkt uit artikel A17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de 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.

#### Standpunt verzoekster

6.2. Verzoekster had lange tijd een aparte status onder de Wlz. Hieraan is een einde gekomen met ingang van 1 januari 2021. Vanaf die datum valt verzoekster wat betreft haar zorgvraag onder de Zorgverzekeringswet. Op 27 november 2020 is aan verzoekster een jaarlijks budget van totaal € 100.380,21 toegekend. De zorgverlener die verzoekster al jaren verzorgt, mag nu echter slechts het informele uurtarief van € 23,76 berekenen, terwijl zij voorheen een uurtarief van € 30,- in rekening mocht brengen. Dit leidt tot een groot probleem. Het budget voor het PGB vv vanuit de Zvw is, anders dan bij de Wlz, namelijk niet flexibel inzetbaar, maar gebaseerd op 34 uren en 30 minuten Verpleging per week en gekoppeld aan een vast tarief voor Verpleging van € 55,70 per uur voor een formele zorgverlener. Verzoekster is zeer tevreden over haar huidige zorgverlener. Zij is zeer flexibel en overal inzetbaar. De zorgverlener is geschoold door het Centrum voor thuisbeademing tot het uitvoeren van verpleegkundige handelingen die vallen onder niveau 4 en 5. Dan is het redelijk haar voor de zorgverlening een hoger uurtarief te laten berekenen dan het informele tarief van € 23,76. Ter zitting heeft verzoekster nog aangevoerd dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien het bepaalde in het reglement over de diploma's van haar

zorgverlener haar worden tegengeworpen. In het bijzonder omdat haar situatie sterkt afwijkt van die van anderen. Zo heeft zij bijvoorbeeld een zilveren canule, waarmee op een bepaalde manier moet worden omgegaan. Haar zorgverlener is uitermate capabel om haar hierbij te helpen.

#### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. Een zorgverlener kan, blijkens artikel 7.10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement), alleen het tarief voor formele zorg in rekening brengen als hij/zij in bezit is van een geldige inschrijving bij de Kamer van Koophandel en een geldige AGB-code heeft. De zorgverlener van verzoekster heeft dit niet. Evenmin heeft zij een verpleegkundige of verzorgende opleiding met een niveau 3 of hoger. De scholing die de zorgverlener heeft gehad, staat hieraan niet gelijk. De zorgverlener mag dus niet het formele tarief berekenen. De maximale vergoeding voor informele zorg betreft € 23,76 per uur. Verzoekster is weliswaar vrij een hoger tarief met de zorgverlener af te spreken, maar dan moet zij zelf het verschil betalen. Dit is bepaald in artikel 7.11 van het reglement. Er is bij het PGB vv geen sprake van bestedingsvrijheid, en het is niet toegestaan meer uren te declareren dan zijn geïndiceerd. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding voor verzoekster een uitzondering te maken op de in het reglement gestelde regel.


#### Overwegingen

- 6.4. Artikel 7.10 van het reglement regelt wie kunnen worden aangemerkt als informele zorgverleners. Dit zijn zorgverleners die:


- (i) de partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn, en/of
- (ii) niet als verpleegkundige zijn ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en/of
- (iii) niet in het Handelsregister zijn ingeschreven met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88, en/of
- (iv) geen verpleegkundige of verzorgende met een opleidingsniveau 3 of hoger zijn.

Artikel 7.10 bepaalt voorts dat formele zorgverleners alle zorgverleners zijn die geen informele zorgverlener zijn.


- 6.5. In de visie van verzoekster is haar zorgverlener niet aan te merken als een informele zorgverlener, Zij heeft weliswaar erkend dat haar zorgverlener niet voldoet aan de in artikel 7.10 genoemde voorwaarden die aan een formele zorgverlener worden gesteld. maar zij is van mening is dat gelet op de door haar zorgverlener behaalde en door verzoekster overgelegde diploma's, haar zorgverlener gelijkgesteld dient te worden aan een formele dienstverlener. De commissie overweegt dat hoewel deze diploma's tot de conclusie kunnen leiden dat de zorgverlener zeer kundig is bepaalde werkzaamheden te verrichten, deze diploma's en specifieke kundigheid nog niet maken dat zij om die reden kan worden aangemerkt als een formele zorgverlener als bedoeld in artikel 7.10 van het reglement, en daarmee gerechtigd is het hogere tarief in rekening te brengen. Dat dit onder de Wlz wellicht anders was, kan zo zijn, maar datt kan de uitkomst niet anders maken.. Het is de wetgever die heeft besloten tot overheveling van de zorg in kwestie van de Wlz naar de Zvw, waardoor verzoekster vanaf 1 januari 2021 is gebonden aan laatstgenoemde wet en de hierop gebaseerde uitvoeringsbesluiten en verzekeringsvoorwaarden. Daaraan doet niet af het standpunt van verzoekster dat het doelmatiger is indien de gevraagde zorg aan verzoekster door haar zorgverlener wordt verleend dan dat formele zorgverleners worden ingeschakeld.
- 6.6. Verzoekster heeft voorts aangevoerd dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien het bepaalde in artikel 7.10 van het reglement haar wordt tegengeworpen. Verzoekster heeft een zeer complex ziektebeeld, en de zorgverleenster is zeer bekwaamde voor verzoekster noodzakelijke zorg aan haar te verlenen. Hoewel de commissie begrip heeft



voor de moeilijke medische situatie waarin verzoekster verkeert, ziet zij geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten verzoekster een hoger PGB-budget toe te kennen, zodat verzoekster haar zorgverlener € 30,-- per uur kan blijven betalen. De eis van de ziektekostenverzekeraar dat een zorgverlener over de juistediploma's en kwalificaties moet beschikken, om in aanmerking te komen voor het tarief dat geldt voor een formele zorgverlener, kan niet als naar de maatstaven van de redelijkheid en billikheid onaanvaardbaar, worden aangemerkt.




6.7. Zoals de ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt, bepaalt artikel 7.11 van het reglement dat met de informele zorgverlener een hoger tarief dan € 23,76 mag worden afgesproken. Het verschil dient verzoekster dan echter zelf te voldoen.




6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 2 augustus 2021,



L. Ritzema



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

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

### **Welke zorgaanbieder**

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

### **Verwijzing**

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

### **Indicatie**

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

#### **i Let op**

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

## **Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)**

**Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, 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 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

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 40 40. 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 hbwijkverpleegkundige (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, 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 40 40.

### **Advies**

Heeft u vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de Menzis Zorgadviseur over de mogelijkheden op 088 222 40 40.



# Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging



Ingangsdatum 1 januari 2021

## Artikel 1 Wat is een Pgb?

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

## Artikel 2 Doelgroep

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

## Artikel 3 Toekenningsvoorwaarden

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

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

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

## Artikel 4 Weigeringsgronden

U ontvangt g een Pgb als zich  en van de volgende weigeringsgronden voordoet:

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

## Artikel 5 Aanvraag Pgb

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

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

## **Artikel 6 Toekenningsverklaring**

- 6.1 Als uit uw aanvraagformulier en het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 en u voldoet aan alle toekenningsvoorwaarden en zich geen weigeringsgronden 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. Als u in 2015 of 2016 een toekenningsverklaring heeft ontvangen met een geldigheidsduur van meer dan 2 jaar, dan blijft deze toekenningsverklaring geldig tot de geldigheidsduur is verstreken. De hoogte van het Pgb wordt ieder kalenderjaar opnieuw vastgesteld op basis van de verzekeringsvoorwaarden die in dat kalenderjaar gelden en kan van jaar tot jaar verschillen.
- 6.4 Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Pgb alleen behouden door opnieuw een Pgb aan te vragen. Uw nieuwe Pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop Menzis het volledig ingevulde aanvraagformulier van u heeft ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
- 6.5 Als u voor het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring overstapt naar een andere zorgverzekeraar, dan geldt de toekenningsverklaring ook bij die andere zorgverzekeraar. Als u ook bij uw nieuwe zorgverzekeraar een Pgb wilt ontvangen, dan hoeft u daarvoor niet opnieuw een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. Wel zal uw nieuwe zorgverzekeraar zelf de hoogte van uw Pgb vaststellen op basis van zijn eigen Pgb-reglement. Uw nieuwe zorgverzekeraar kan u vragen om uw toekenningsverklaring op te sturen. Het is daarom belangrijk dat u deze goed bewaart.

6.6 De hoogte van uw Pgb wordt ieder kalenderjaar opnieuw vastgesteld op basis van de verzekeringsvoorwaarden die in dat kalenderjaar gelden. De hoogte van uw Pgb kan van jaar tot jaar verschillen. Als u zowel bij formele als informele zorgaanbieders zorg wilt inkopen, wordt de hoogte van uw Pgb vastgesteld door het aantal uren verpleging en verzorging dat u met een Pgb wilt inkopen te vermenigvuldigen met de onderstaande tarieven.

- Persoonlijke verzorging: € 30,72 per uur
- Verpleging: € 55,80 per uur

Als u alleen bij informele zorgaanbieders zorg wilt inkopen, wordt de hoogte van uw Pgb vastgesteld door het aantal uren verpleging en verzorging dat u met een Pgb wilt inkopen te vermenigvuldigen met € 25,56 per uur.

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

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

## **Artikel 7 Declareren uit uw Pgb**

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

- a. voor zover die verpleging en verzorging casemanagement betreft,
- b. voor zover die verpleging en verzorging netwerkzorg betreft die wordt verleend door uw partner, inwonend(e) kind(eren), andere huisgenoten of – als u minderjarig bent – uw ouders. 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 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 na 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](https://menzis.nl/pgbv). Menzis vergoedt nota's uitsluitend door betaling op de bij Menzis van u bekende bankrekening. U kunt niet uitsluitend voor de uitbetaling van de vergoeding van nota's een andere bankrekening aanwijzen.

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

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

- Persoonlijke verzorging: € 39,00 per uur
- Verpleging: € 57,72 per uur

7.9 Voor informele zorgverleners geldt een maximumtarief van € 23,76 per uur, ongeacht het type zorg dat geleverd wordt. Dit maximumtarief is een all-in tarief. Dit betekent dat daarin alle aanvullende kosten, zoals reis- en verblijfskosten zijn inbegrepen.

7.10 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,
- d. geen verpleegkundige of verzorgende met een opleidingsniveau 3 of hoger zijn.

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.

## Artikel 8 Verplichtingen

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

- a. u bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
  1. uw naam, het adres en de woonplaats,
  2. de naam, het adres en de woonplaats van de zorgverlener,
  3. als uw zorgverlener een formele zorgaanbieder is: de AGB-code van de zorgverlener,
  4. de looptijd van de overeenkomst,
  5. welke zorg zal worden geleverd,
  6. het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en de momenten waarop die zorg zal worden geleverd,
  7. het tarief dat u per uur voor de geleverde zorg zult betalen,
  8. of uw zorgverlener ook uw vertegenwoordiger is,
  9. of uw zorgverlener een partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is. De zorgovereenkomst moet worden ondertekend door uzelf of uw vertegenwoordiger en de zorgverlener. Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op [menzis.nl/pgbv](https://menzis.nl/pgbv)
- b. het is niet toegestaan om één en dezelfde natuurlijke persoon meer dan 40 uur per week zorg aan u te laten verlenen. Het is niet toegestaan om zorg aan u te laten verlenen door een zorgverlener die jonger is dan 15 jaar,

- c. het is niet toegestaan om met uw zorgverlener een vast maandloon af te spreken. U mag uw zorgverlener alleen betalen voor daadwerkelijk geleverde zorg. Alleen als u in 2015 al met uw zorgverlener een vast maandloon heeft afgesproken, mag u uw zorgverlener een vast maandloon betalen zolang uw toekenningsverklaring nog geldig is. Als u een nieuwe toekenningsverklaring ontvangt, mag u uw zorgverlener geen vast maandloon meer betalen.
- d. u bent verplicht om uw zorgverleners uitsluitend giraal te betalen. U mag uw zorgverleners niet contant betalen,
- e. u bent verplicht om minimaal 5 jaar lang de volgende documenten te bewaren:
  1. uw aanvraagformulier en alle bijbehorende bijlagen,
  2. alle zorgovereenkomsten die u met uw zorgverleners heeft gesloten,
  3. alle facturen, nota's en urenregistraties die u van uw zorgverleners ontvangt,
  4. betalingsbewijzen waaruit blijkt dat u de facturen en nota's van uw zorgverleners giraal heeft betaald,
  5. de schriftelijke vastlegging van de evaluatie van uw zorgbehoefte,
  6. indien van toepassing: de beschikking van de rechtbank waarbij uw curator, bewindvoerder, mentor of voogd benoemd is.
- f. u bent verplicht om op verzoek van Menzis inzage te geven in de hierboven onder e. genoemde documenten en mee te werken aan onderzoek door Menzis naar de besteding van uw Pgb en de kwaliteit van de door u ingekochte zorg,
- g. als u een Pgb aanvraagt voor het inkopen van zorg die daarvoor al aan u werd verleend overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden van Menzis, dan bent u verplicht om de verlening van die zorg zelf te beëindigen vóórdat de toekenningsverklaring ingaat,
- h. als uw zorgbehoefte toeneemt of afneemt of anderszins wezenlijk wijzigt, bent u verplicht om uw wijkverpleegkundige opnieuw te laten vaststellen hoeveel uren zorg u nodig heeft. U bent verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen bij Menzis,
- i. u bent verplicht om Menzis te informeren over ontwikkelingen die relevant kunnen zijn voor uw recht op een Pgb. U bent in ieder geval verplicht om Menzis te informeren als:
  1. zich een situatie voordoet op grond waarvan uw Pgb automatisch eindigt of op grond waarvan Menzis uw Pgb kan beëindigen (zie ook artikel 9),
  2. uw behoefte aan zorg toeneemt of afneemt of anderszins wezenlijk wijzigt,
  3. u langer dan 2 maanden in het buitenland gaat verblijven,
  4. u langer dan 60 aaneengesloten dagen in een zorginstelling, instelling voor eerstelijns verblijf (ELV) of ziekenhuis verblijft,
- j. u bent verplicht om uw Pgb zodanig te besteden dat u gedurende de gehele periode waarvoor het Pgb is vastgesteld, met behulp van uw Pgb zelf kunt voorzien in uw behoefte aan zorg. U mag uw Pgb niet zodanig besteden, dat uw gehele Pgb al voor het einde van de periode waarvoor het is vastgesteld, volledig zal zijn besteed.
- k. u bent verplicht om maximaal eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. 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.

## **Artikel 9 Einde en wijziging van het Pgb**

- 9.1 Uw recht op Pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:
- a. u niet langer behoort tot de in artikel 2 bedoelde specifieke doelgroep,
  - b. de zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning,
  - c. u failliet bent verklaard of de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard,
  - d. als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt: één van uw ouders of voogden failliet is verklaard of is toegelaten tot de wettelijke schuldsanering (Wsnp),
  - e. u blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
  - f. rehtens uw vrijheid is ontnomen,
  - g. u met uw Pgb uitsluitend nog zorg inkoop bij zorgverleners waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://menzis.nl/zorgvinder) kunt u lezen met welke zorgaanbieders Menzis een overeenkomst heeft gesloten,
  - h. u om beëindiging van het Pgb verzoekt,
  - i. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken,
  - j. uw zorgverzekering eindigt.

9.2 Menzis kan uw recht op Pgb ook beëindigen:

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

9.3 In uw aanvraagformulier heeft u gekozen hoe u in uw zorgbehoefte wilt voorzien. U heeft er daarbij voor gekozen om de zorg waaraan u behoefte heeft volledig of slechts gedeeltelijk in te kopen met een Pgb. Zolang uw toekenningsverklaring geldig is, kunt u de manier waarop u in uw zorgbehoefte wilt voorzien, wijzigen. U kunt ervoor kiezen om een groter of juist kleiner deel van de zorg waaraan u behoefte heeft, in te kopen met een Pgb. U kunt daarvoor gebruikmaken van het wijzigingsformulier dat u kunt vinden op [menzis.nl/pgbv](http://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 € 55,80 x 52 weken x (153/365) = € 6.081,44.

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 € 30,72 x 52 weken x (92/365) = € 4.026,42.

9.4 Als u samen met uw wijkverpleegkundige een nieuw aanvraagformulier heeft ingevuld omdat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen of anderszins wezenlijk is gewijzigd en u dit formulier bij Menzis heeft ingediend, geldt dit als een verzoek tot onmiddellijke beëindiging van het lopende Pgb en als een verzoek tot toekenning van een nieuw Pgb op basis van het nieuwe aanvraagformulier. Uw lopende Pgb eindigt met ingang van de dag waarop Menzis uw nieuwe aanvraagformulier heeft ontvangen. De ingangsdatum van uw nieuwe toekenningsverklaring wordt bepaald door artikel 6.2.

9.5 Als uw Pgb voor het einde van een kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Pgb naar rato verlaagd. Uw Pgb zal zodanig worden verlaagd dat de hoogte van het Pgb per dag dat u daarop recht had, ongewijzigd blijft.

**Voorbeeld**

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

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

**Voorbeeld**

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

**Artikel 10 Terugvordering**

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



---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 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 € 23,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

### 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.