

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300471

Partijen

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

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de machtiging voor wijkverpleging te laten ingaan op 1 juli 2022.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat door hem eerst op 24 oktober 2022 alle informatie werd ontvangen die voor afgifte van de machtiging nodig was. Besloten is evenwel uit te gaan van de eerdere ingangsdatum van 7 oktober 2022.
- 1.2. De commissie overweegt dat partijen over de indicatie niet langer verdeeld zijn en dat de vraag die thans nog ter beantwoording voorligt, is welke ingangsdatum hiervoor moet gelden. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat de indicerend wijkverpleegkundige niet over de ingangsdatum. Hoewel de commissie hiervoor oog heeft, is niet gesteld dat dit aan de wijkverpleegkundige is duidelijk gemaakt. Dit blijkt ook niet uit de overgelegde correspondentie tussen indicerend en adviserend wijkverpleegkundige. Om die reden deelt de commissie de zienswijze van de indicerend wijkverpleegkundige, zoals uiteengezet in haar brief van 18 december 2022 over de uitleg van het compromis. Verzoeker mocht erop vertrouwen dat een compromis is gesloten over zowel het aantal minuten als de ingangsdatum van de machtiging. Deze moet daarom 1 juli 2022 zijn. Aangezien het verzoek hiermee wordt toegewezen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 17 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 31 oktober 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

- 2.2. Bij brief van 17 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 19 januari 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 februari 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. **Vaststaande feiten**

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker ontvangt al enige tijd Verpleging en Persoonlijke Verzorging van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie. Omdat zijn indicatie afliep op 30 juni 2022, heeft de betrokken wijkverpleegkundige namens verzoeker op 3 juli 2022 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor verlenging met als gewenste ingangsdatum 1 juli 2022.
- 3.3. Bij brief van 14 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker bericht dat de aanvraag is afgewezen. Bij die gelegenheid is hem ook meegedeeld welke informatie nog nodig is om de aanvraag te kunnen toekennen. Op 4 augustus 2022 is door de betrokken wijkverpleegkundige een volgende aanvraag ingediend, wederom met de gewenste ingangsdatum 1 juli 2022. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 augustus 2022 aan verzoeker bericht dat de aanvraag is afgewezen. Bij die gelegenheid is hem ook meegedeeld welke informatie nog nodig is om de aanvraag te kunnen toekennen. Op 7 oktober 2022 is door de betrokken wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraag ingediend, weer met de gewenste ingangsdatum 1 juli 2022. Hierna heeft een uitgebreide mailwisseling plaatsgevonden tussen de betrokken wijkverpleegkundige en de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar. Op 22 oktober 2022 is nogmaals een aanvraag ingediend. Deze werd op 24 oktober daaropvolgend door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker uiteindelijk bij brief van 1 december 2022 meegedeeld dat een machtiging wordt verleend voor wijkverpleging met als ingangsdatum 7 oktober 2022.
- 3.4. De betrokken wijkverpleegkundige heeft namens verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Zij heeft bij die gelegenheid verzocht de ingangsdatum van de machtiging te bepalen op 1 juli 2022. Bij brief van 2 januari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. De ingangsdatum van de machtiging blijft 7 oktober 2022.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de machtiging voor wijkverpleging te laten ingaan op 1 juli 2022.
- 4.2. Hij heeft hiertoe bij brief van 17 oktober 2023 aangevoerd dat hij steeds uitstekend is verzorgd door de medewerkers van de thuiszorgorganisatie. Verzoeker is hier al jaren in zorg, en dit is ook bij de ziektekostenverzekeraar bekend. Inmiddels is zijn toestand verslechterd en ontvangt hij zorg ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz). In de periode waarop het geschil betrekking heeft, had verzoeker buiten een slechte fysieke gesteldheid te maken met een chronische depressie. Hij

is meerdere keren geveld door COVID-19, en is hiervan nog steeds herstellende. Vanwege zijn problemen heeft hij niet steeds kennisgenomen van de brieven die de ziektekostenverzekeraar hem stuurde. Verzoeker ging zelden naar de brievenbus, die acht verdiepingen lager ligt. Als hij al een brief zag, kon hij het niet aan hiermee iets te doen. Dit heeft voor een vertraging gezorgd in de beantwoording door de betrokken wijkverpleegkundige. Om die reden is er nu een openstaande post aan zorgkosten ten bedrage van totaal € 8.332,36. Verzoeker heeft alleen AOW, en kan dit bedrag daarom niet zelf betalen. Gelukkig zet de zorgaanbieder hem niet onder druk het verschuldigde bedrag te voldoen, maar dit betekent wel dat de thuiszorgorganisatie dit bedrag uiteindelijk als verlies moet afboeken. Een voorstel tot een schikking kan altijd worden besproken. De ziektekostenverzekeraar stelt zich echter erg star op.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij al jaren zorg afneemt van deze zorgaanbieder. Hiervoor zijn in het verleden machtigingen afgegeven door de ziektekostenverzekeraar. Het is onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar de in geschil zijnde machtiging niet wil laten ingaan vanaf 1 juli 2022. Inmiddels heeft verzoeker recht op Wlz-zorg. Hiervan maakt hij al een half jaar gebruik. Hij heeft het zorgprofiel VV6 en dat heeft hij niet zomaar gekregen. Het klopt dat de aanvraag op 3 juli 2022 is ingediend, terwijl de oude machtiging afliep op 30 juni 2022. Dit had verschillende oorzaken. Nederland bevond zich in de naweën van de coronacrisis. Daarnaast was op dat moment veel ziekteverzuim onder het personeel en bestond personeelstekort. De zorgaanbieder betreft een kleine organisatie. Er zijn weinig HBO-5 verpleegkundigen in dienst die een machtiging kunnen opstellen. Daarbij komt dat de indicierend wijkverpleegkundige destijds afwezig was vanwege vakantie. Soms is de reactie op een aanvraag dat er - bij wijze van spreken - een punt in de aanvraag ontbreekt. Dan wordt dit aangepast en komt er vervolgens een reactie van de ziektekostenverzekeraar dat er ook een komma ontbreekt. Het is blijkbaar niet mogelijk om direct te kennen te geven wat allemaal niet klopt aan een aanvraag. Na de laatste aanvraag van 24 oktober 2022 is er voor het eerst overleg geweest met de indicierend wijkverpleegkundige en is gecorrespondeerd over een compromis. Volgens de indicierend wijkverpleegkundige is een compromis bereikt over zowel het aantal uren als de ingangsdatum. Er zijn twee dingen besproken, namelijk het aantal uren en de start- en einddatum van de machtiging. Het voorstel is akkoord, behalve ten aanzien van het aantal minuten. De start- en einddatum worden nogmaals genoemd door de indicierend wijkverpleegkundige. Dit wordt niet weersproken door de adviserend wijkverpleegkundige. Uiteindelijk ontving verzoeker een akkoordverklaring met een latere startdatum.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de ingangsdatum van 7 oktober 2022 juist is bepaald. Hij heeft hiertoe bij brief van 20 augustus 2023 aangevoerd dat er diverse keren contact is geweest met de betrokken wijkverpleegkundige, waarbij duidelijk is gecommuniceerd welke informatie nog miste om de aanvraag te kunnen goedkeuren. De ziektekostenverzekeraar heeft in de afgelopen jaren met de zorgaanbieder diverse gesprekken gehad over het belang van een tijdig ingediende aanvraag. De zorgaanbieder is op de hoogte van de werkwijze, het beoordelingsproces en de inhoud van indiceren. De betrokken wijkverpleegkundige was niet goed te bereiken op het moment dat er vragen waren. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat ook de aanvraag die op 7 oktober 2022 door hem werd ontvangen, niet volledig was en om die reden is afgewezen. De aanvraag van 22 oktober 2022, die op 24 oktober 2022 werd ontvangen, is goedgekeurd met terugwerkende kracht tot 7 oktober 2022. Deze omstandigheden maken dat de ziektekostenverzekeraar niet bereid is de ingangsdatum van de machtiging te verleggen naar 1 juli 2022.
- 5.2. In het nader commentaar van 18 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat in diverse brieven aan verzoeker de volgende zin is opgenomen: *"Let op: Als we de aanvraag goedkeuren, is de startdatum van de machtiging de dag waarop we de volledige nieuwe aanvraag hebben ontvangen. Het is in uw belang om zo spoedig mogelijk een nieuwe aanvraag met alle informatie in te dienen."* Ook heeft diverse keren contact plaatsgevonden met de

indicerend wijkverpleegkundige. Voor het overige heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt gehandhaafd.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de aanvraag van 3 juli 2022 niet direct is goedgekeurd, omdat aanvullende informatie nodig was. Er zijn blijkbaar verschillende omstandigheden waardoor het langer heeft geduurd om deze informatie aan te leveren. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee rekening gehouden en zich coulant opgesteld. Om die reden is de startdatum vervroegd van 24 naar 1 oktober 2022. Het is niet mogelijk om de machtiging eerder te laten ingaan. De aanvullende informatie is steeds te laat ingediend. Ondanks dat de aanvraag te laat is ingediend, heeft de zorgverzekeraar deze toch in behandeling genomen. Aanvankelijk is de aanvraag afgewezen, omdat onvoldoende informatie is aangeleverd. Het gaat in dit geval om niet-gecontracteerde zorg. Hiervoor geldt een machtigingsvereiste op grond van de polisvoorwaarden. Als een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, moet de zorg zelf worden geregeld. In dit geval rust een zware last op de wijkverpleegkundige of de zorgaanbieder om de machtiging tijdig aan te vragen en te zorgen dat de aanvraag compleet is. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit administratief veel tijd kan kosten en dat de zorgsector kampt met personeelstekort. Daarom bestaat de mogelijkheid om de aanvraag binnen tien dagen aan te vullen. De ziektekostenverzekeraar heeft al in augustus 2022 tevergeefs geprobeerd om met de indicierend wijkverpleegkundige in contact te treden. Inmiddels heeft de ziektekostenverzekeraar zijn werkwijze aangepast. Ten aanzien van het bereikte compromis merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de adviserend wijkverpleegkundige direct heeft meegedeeld dat de geïndiceerde tijd niet navolgbaar is. In de reactie van de indicierend wijkverpleegkundige wordt een start- en einddatum genoemd. Vervolgens reageerde de adviserend wijkverpleegkundige alleen op het aantal minuten, omdat deze verkeerd zijn uitgerekend. Deze gang van zaken betekent niet dat de adviserend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de startdatum. Zij gaat ook niet over de start- en einddatum. Als iets niet wordt benoemd, betekent dit niet dat daarop dan akkoord wordt gegeven. Het moet worden bevestigd. In de verdere e- mailcorrespondentie wordt ook niet gesproken over de ingangsdatum. Het compromis gaat alleen over het aantal minuten.

6. **Bevoegdheid van de commissie**

- 6.1. 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.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. **Beoordeling**

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging 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.
- 7.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld op pagina 50 en volgende van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoeker heeft aanspraak op verpleging en verzorging, voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.
- 7.3. De indicierend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De verzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige

procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:

- a) de verzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
- b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
- c) bereiken de verzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.

Als de verzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van de aangevraagde verpleging en verzorging tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

- 7.4. In de situatie van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie ervoor gekozen geen contact te zoeken met de betrokken wijkverpleegkundige, maar enkel aan verzoeker brieven te sturen met de mededeling dat de aanvraag werd afgewezen en dat een nieuwe aanvraag kon worden ingediend. In deze brieven werd tevens benoemd welke informatie nog miste om tot een toekenning te kunnen komen. De informatie die miste had geen betrekking op ontbrekende stukken, maar op een inhoudelijke beoordeling van de aanvraag. Het had, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen hierover rechtstreeks contact te zoeken met de betrokken wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar gesteld dat de indicerende wijkverpleegkundige niet bereikbaar was, maar niet onderbouwd wanneer en hoe hij hiertoe pogingen heeft ondernomen. Uit het dossier blijkt van een eerste telefonisch contact op 6 oktober 2022. Hierop is een uitgebreide mailwisseling gevolgd. De ziektekostenverzekeraar en de wijkverpleegkundige zijn daarbij in ieder geval tot overeenstemming gekomen over de hoogte van de indicatie. Aangevraagd werden in eerste instantie 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 20 minuten Verpleging per week. Uiteindelijk is op 1 december 2023 door de ziektekostenverzekeraar een machtiging verleend op basis van 9 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 10 minuten Verpleging per week, met ingang van 7 oktober 2022. Over de indicatie zijn partijen niet langer verdeeld en de vraag die thans nog ter beantwoording voorligt, is welke ingangsdatum hiervoor moet gelden. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat de indicerende wijkverpleegkundige niet over de ingangsdatum. Hoewel de commissie hiervoor oog heeft, is niet gesteld niet gesteld dat dit aan de wijkverpleegkundige duidelijk is gemaakt. Het blijkt ook niet uit de overgelegde correspondentie tussen indicerende en adviserende wijkverpleegkundige. Om die reden deelt de commissie de zienswijze van de indicerende wijkverpleegkundige zoals omschreven in haar brief van 18 december 2022 over de uitleg van het compromis. Verzoeker mocht erop vertrouwen dat een compromis is gesloten over zowel het aantal minuten als de ingangsdatum van de machtiging. Deze moet daarom 1 juli 2022 zijn.
- 7.5. Aangezien het verzoek hiermee wordt toegewezen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de machtiging wijkverpleging ingaat op 1 juli 2022;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 21 maart 2024,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van 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 vergoeding van kosten van 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.

i Let op

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

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van 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.

Let op

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

Welke zorgaanbieder

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

Ook kunt u naar een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening (zpz'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 zpz-ers in de zorg of het HKZ-NEN Keurmerk zpz-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.

Toestemming

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

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

Advies

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

Voorwaardelijke toelating

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

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

Zintuiglijk gehandicaptenzorg

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

De zorg bestaat uit:

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

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

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

Welke zorg

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

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