



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C,
vertegenwoordigd door mevrouw D te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar
N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB),
ingangsdatum, aantal toegekende uren

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

Zaaknummer : 201900543

Zittingsdatum : 18 december 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door mevrouw D te B,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 20 juni 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 september 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 27 september 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2019 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen FNV PrimaZorg en FNV Zorg 2 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 juli 2018 aan verzoeker meegedeeld dat ten behoeve van verzekerde een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) wordt toegekend op basis van 3 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 11 uren en 50 minuten Verpleging per week. Het PGB vv gaat in op 4 juli 2018.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 augustus 2018 en 6 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 25 april 2018 over verzekerde verklaard:
"[Verzekerde] is bekend met het syndroom van Bartter. Dit is een nieraandoening waarbij een onbalans in het lichaam is van kalium, calcium, natrium (en andere stoffen). Er is sprake van een extreem verlies van water, zout en kalium. Verschillende symptomen zijn mogelijk door deze elektrolytenstoornis, waaronder uitdroging, vermoeidheid, een lage bloeddruk en krampen. Naast extra water en zout krijgt zij citraat toegediend in verband met nierverkalking. [Verzekerde] is 24 uur per dag afhankelijk van voldoende water- en zouttoediening. Zij is extreem gevoelig voor uitdroging als zij niet op tijd haar water, zout en voeding krijgt. Naast extra water en zout krijgt zij

citraat toegediend in verband met nierverskalking en meerdere andere medicijnen. Ieder uur krijgt zij zout toegediend via de Mickey Button en meerdere malen per dag haar medicatie. Daarnaast moet [verzekerde] heel veel drinken. Het lukt [verzekerde] goed om dit overdag zelf te doen. In de nacht krijgt ze vocht en zouten toegediend via een SV-pomp. Door alle vocht-toediening plast [verzekerde] ook heel veel. Gedurende haar slaap wordt ze door ouders wakker gemaakt om te plassen [en] draagt ze een luier. Ondanks deze maatregelen (...) heeft ze regelmatig een nat bed. (...) Mickey-button wordt 2x per dag door ouders verzorgd en verschoond = 15 min/dag. Tussendoor vervangt [verzekerde] zo nodig zelf het gaasje. # 105 min/week (PV). Wissel van de mickey-button gebeurt in het ziekenhuis. 1 x per week ballonnetje van de mickey-button controleren (...) Op dit moment wordt de medicatie nog door ouders toegediend. [Verzekerde] kan de handeling wel zelf, maar moet daar nog in ondersteund/gestimuleerd worden. Ouders werken wel toe naar meer zelfstandigheid. Voor toediening om 7-9-11-16-21 en 23 uur: 10 min per gift gerekend ; 6 x 10 min (60 min/ dag) voor toediening op overige uren; 5 min per gift gerekend (8-10-11-12-13-14-15-17-18-19 uur (50 min/ dag). Op weekenddagen; 110 min per dag = 220 min/week. Op schooldagen wordt medicatie op school gegeven. Dan 4 x 10 min (40 min/dag) + 5 x 5 min(25 min/dag)= 65 min/dag = 325 min/week. In de vakantieperiodes vallen de schooldagen uit, dus daarvoor extra tijd voor medicatiegiften (12 weken vakantie = 60 x 45= 2700 min) is omgerekend 50 min/week. #TOTAAL medicatie geven; 595 min/week(VP). Klaarmaken NaCl/KCl mix voor overdag en 's nachts en aansluiten SV-pomp ; 15 min/dag # 105 min/week(VP) (...) [Verzekerde] wordt om 22.30 wakker gemaakt om naar toilet te gaan. In de nacht/vroege ochtend moet ze ook vaak nog wakker gemaakt worden om naar toilet te gaan. Indien nodig moet de onderlegger op haar bed verschoond in de nacht. Hiervoor wordt 15 min/dag gerekend omdat dit gedeeltelijk onder gebruikelijke zorg valt # 7 x 15 = 105 min/week(PV) (...) Ouders krijgen naast een PGB vanuit de ZVW ook 12 uur PGB vanuit de WMO (?). Om ouders te ontlasten zetten ze 2 x per week de zorg in van een ZZP-er gedurende 8 uur; totaal dus 16 uur per week ZZP-zorg. Deze ZZP-er neemt op dat moment de volledige zorg van ouders over. Dat betekent dat ze naast alle voorkomende handelingen ook de aanwezigheid biedt die nodig is bij de verzorging en begeleiding van [verzekerde]. Hiervoor tijd geïndiceerd; # 240 min/week PV . Deze uren zijn afgetrokken van het PGB wat ouders voor eigen gebruik inzetten (omdat zij op deze momenten de zorg niet zelf leveren). Totaal PGB vanuit de ZVW: -240 min voor inzet ZZP-er (= 4 uur/week) -910 - 240 = 670 min voor ouders (= 11,25 uur/week) (...)"

4. Geschil

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

- (i) het PGB vv te verstrekken met terugwerkende kracht tot 19 mei 2018;
- (ii) een hoger aantal uren toe te kennen dan 3 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 11 uren en 50 minuten Verpleging per week.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

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



Ingangsdatum PGB vv

- 
- 6.2. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten het PGB vv op 4 juli 2018 te laten ingaan, omdat hij op die dag het aanvraagformulier van verzoeker heeft ontvangen. Verzoeker is van mening dat het PGB vv moet ingaan op 19 mei 2018, omdat op die datum het oude PGB vv afliep. De reden dat het aanvraagformulier later is verzonden, is dat de indicierend wijkverpleegkundige dit formulier niet tijdig naar de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. Toen verzoeker hier achter kwam, heeft hij het formulier zelf naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Hij is daarom van mening dat de latere ontvangst van het formulier door de ziektekostenverzekeraar hem niet kan worden tegengeworpen.
- 
- 6.3. De commissie overweegt dat in artikel 6.2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is bepaald dat het PGB vv ingaat op de dag waarop de ziektekostenverzekeraar het volledig ingevulde aanvraagformulier heeft ontvangen. Het PGB vv kan ook later ingaan als dit op het formulier is vermeld. Het reglement kent niet de mogelijkheid dat het PGB vv ingaat op de dag dat het vorige PGB vv afliep. Dat het aanvraagformulier later is ontvangen doordat de wijkverpleegkundige dit niet tijdig heeft opgestuurd, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Dit ligt in de risicosfeer van verzoeker, die voor deze wijkverpleegkundige heeft gekozen om de indicatie te laten stellen. De ingangsdatum van 4 juli 2018 is daarom juist.
- 
- 6.4. Voor zover verzoeker stelt dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is de ingangsdatum op 4 juli 2018 te stellen, merkt de commissie het volgende op. Het is mogelijk af te wijken van de regels, maar er moeten dan wel feiten en omstandigheden bestaan die dit rechtvaardigen. In dit geval is niet te verklaren waarom de aanvraag pas begin juli is ingediend, terwijl verzekerde al vóór 19 mei 2018 van de ziektekostenverzekeraar had vernomen dat hij het beste een aanvraag kon indienen met de op dat moment beschikbare aanvraag van de wijkverpleegkundige. Dat hij dit heeft nagelaten omdat hij het niet eens was met deze indicatiestelling, en hierover in overleg was met de indicierend wijkverpleegkundige, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.



Aantal toegekende uren

- 
- 6.5. Gelet op het aanvraagformulier zijn door de wijkverpleegkundige 3 uren en 30 minuten per week voor Persoonlijke Verzorging geïndiceerd en 11 uren en 50 minuten per week voor Verpleging. Deze aantallen uren zijn door de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde toegekend. Verzoeker kan namens verzekerde geen aanspraak maken op meer zorg dan door de wijkverpleegkundige is geïndiceerd. Als hij het niet eens is met het genoemde aantal uren, kan hij een klacht indienen bij de wijkverpleegkundige en/of een andere wijkverpleegkundige vragen om een herindicatie. Dit is hem reeds door de ziektekostenverzekeraar meegedeeld. Niet gebleken is dat met terugwerkende kracht een andere indicatie is gesteld over de afgelopen periode, zodat van de eerste indicatie dient te worden uitgegaan.



Aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 6.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.
- 
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 januari 2020,

J.A.M. Strens-Meulemeester

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

6. is op het moment van aanvragen van het Pgb of in de 3 jaar daaraan voorafgaand tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) toegelaten of toegelaten geweest,
7. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
8. is zowel uw vertegenwoordiger als zorgverlener en niet uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad.

Artikel 5 Aanvraag Pgb

- 5.1 U kunt bij Menzis een Pgb aanvragen door een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. U kunt dit aanvraagformulier vinden op menzis.nl/pgbv. U moet het aanvraagformulier invullen samen met een wijkverpleegkundige. Door het invullen van het aanvraagformulier stelt de wijkverpleegkundige uw behoefte aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in de 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 Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT) of de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK).
- 5.4 De wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag niet uw zorgverlener zijn, tenzij Menzis een overeenkomst heeft met die wijkverpleegkundige. Deze wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag ook niet uw vertegenwoordiger, uw partner of uw bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn. Ook mag de wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult geen partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad van uw vertegenwoordiger zijn.
- 5.5 De wijkverpleegkundige moet zich bij het invullen van het aanvraagformulier houden aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Als u jonger dan 18 jaar bent, 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 gebruikelijke zorg door uw partner, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten, mag uw wijkverpleegkundige die gebruikelijke zorg niet meetellen bij het vaststellen van uw behoefte aan verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.2. Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar geven.

- 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 ‘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. 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. De hoogte van uw Pgb wordt vastgesteld door het aantal uren verpleging en verzorging dat u met een Pgb wilt inkopen te vermenigvuldigen met de onderstaande tarieven. Het aantal uren zorg waarvoor u een Pgb aanvraagt, mag nooit hoger zijn dan het aantal uren verpleging en verzorging waaraan u volgens uw wijkverpleegkundige behoefte heeft.
- | | |
|----------------------------|-----------------|
| • Persoonlijke verzorging: | € 29,40 per uur |
| • Verpleging: | € 53,40 per uur |
- 6.7 De periode waarvoor de hoogte van uw Pgb is vastgesteld, eindigt steeds op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Pgb is vastgesteld. De periode waarvoor de hoogte van uw Pgb is vastgesteld eindigt in ieder geval ook met ingang van de dag waarop uw toekenningsverklaring niet meer geldig is.

Artikel 7 Declareren uit uw Pgb

- 7.1 U kunt uw Pgb alleen besteden aan verpleging en verzorging zoals bedoeld in de artikel 2.2, behalve:
- voor zover die verpleging en verzorging casemanagement betreft,
 - voor zover die verpleging en verzorging gebruikelijke zorg betreft die wordt verleend door uw partner, inwonend(e) kind(eren), andere huisgenoten of – als u minderjarig bent – uw ouders. Gebruikelijke zorg is de normale, dagelijkse zorg die partners, ouders, inwonende kinderen en/of andere huisgenoten elkaar geven.
- U kunt uw Pgb niet besteden aan verblijf.
- 7.2 U kunt uw Pgb alleen besteden aan zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt.
- 7.3 U mag uw Pgb niet besteden aan zorg die is geleverd door uw vertegenwoordiger, tenzij dat uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.
- 7.4 U kunt uw Pgb alleen besteden aan zorg die geleverd is ná de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring. U bent zelf verantwoordelijk voor betaling van de zorg die u inkoopt. 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.

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving.

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

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

U heeft ook recht op Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kindverzorgingshuizen als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Let op

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

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op menzis.nl vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

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

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen

omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een hbo-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Toestemming

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

Advies

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

Voorwaardelijke toelating

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

U vindt de vormen van zorg die voorwaardelijk zijn toegelaten in het Verzekeringsreglement en op [menzis.nl](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.