



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

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 : 201900908

Zittingsdatum : 20 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, H.A.J. Kroon en L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 8 april 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 6 augustus 2019 aan verzoeker gezonden. Bij brief van 28 augustus 2019 heeft verzoeker gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 30 augustus 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 4 september 2019 heeft Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019040555) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 5 september 2019 aan partijen gestuurd. Bij brief van 6 september 2019 heeft verzoeker op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. Bij brief van 18 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is op 19 november 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2019 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 22 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 2 december 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 4 december 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 13 december 2019 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is op 16 december 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering GarantVerzorgd 1 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

- 3.2. Ten behoeve van verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (PGB vv). De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 september 2019 aan verzoeker meegedeeld dat hij hem geen PGB vv verleent.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 19 november 2018 en 12 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. In de procedure bij de commissie is verder komen vast te staan dat verzoeker diabetes mellitus type II heeft en zichzelf twee keer per dag insuline moet toedienen en zijn bloedsuiker moet controleren. Hij kampt daarnaast met vermoeidheidsklachten. Verder gebruikt verzoeker de oogdruppels opatano® 1mg/ml en verschillende andere geneesmiddelen, waaronder 25 mg hydrochloorthiazide, simvastatine 40 mg en metformine 500 mg.
- 3.5. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in 'DEEL 1' van het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (Zvw pgb)' van de ziektekostenverzekeraar het volgende vermeld:
"(...)
Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde (...)
*diabetes mellitus
getraumatiseerd
psychische klachten*
Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde (...)
a.g.v. taalbarrière en psychische problemen is dhr. niet in staat handelingen te verrichten m.b.t. medische voorschriften
Omschrijf de zorgvraag t.a.v. verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging
*(...)
2xdd insuline toediening vlgns voorschrift
2xdd bloedsuikercontrole
hulp bij ADL*
of omschrijf onderstaand de zorg die geboden moet worden conform onderstaande tabel
*Omschrijving handelingen Soort (...)Minuten/uren
insuline injecteren VP 1.45 uur
bloedsuiker controle VP 1.20 u
hulp bij wassen, kleden, scheren PV 9.00 u*
Omschrijf de gewenste resultaten/doelen die voortkomen uit de zorgvraag (...)
*therapietrouw, juiste inname van medicatie, preventie complicaties i.v.m. diabetes
(...)"*
- 3.6. Het zorgplan van 31 juli 2018 van de indicierend wijkverpleegkundige luidt, voor zover hier van belang:
"(...)
Fysiologisch
Signalen/symptomen:
*afwijkende bloeddruk waarden
verlaagde pols
onregelmatige hartslag
(...)*
Acties:
*Behandelen en procedures toepassen
Medicatie-toediening
hulp bij proces rond de orale medicatie (bestellen-inname)*
Gezondheidsgerelateerd gedrag
(...)
Signalen/symptomen:

- houdt zich niet aan aanbevolen dosering/schema
 - verzuimt verkrijgen van herhaalmedicatie
 - overig, taalbarrière
 - niet in staat medicatie in te nemen zonder hulp
- (...)

Acties:

Behandelen en procedures toepassen
Medicatietoediening
meerdere keren per dag hulp bij het injecteren van de insulines
bloedglucosewaarden bepalen
Persoonlijke zorg

(...)

Signalen/symptomen:

- moeite met aankleden, onderlichaam
- moeite met wassen/kammen van het haar
- moeite met douchen/baden

(...)

Acties:

Behandelen en procedures toepassen
Persoonlijke hygiëne
hulp bij wassen/douchen en kleden

(...)"

3.7. De afdeling WMO van de gemeente heeft over verzoeker verklaard:

"(...)

Zoals met u besproken is het meten van bloedsuiker en toedienen van Insuline en het helpen bij de verzorging van iemand "zorg aan het lijf"[.] Dit geldt ook bij Psychische klachten en valt hierdoor niet onder de WMO[.]

(...)"

3.8. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 6 augustus 2019 aan de ziektekostenverzekeraar verklaard:

"(...)

Volgens afspraak reageer ik schriftelijk op onderstaand bericht. Gezien de lichamelijke situatie zie ik geen reden om de PGB indicatie te doen voor de ZVW, dhr is niet gebonden aan lijfgebonden zorg vanuit de ZVW. Gezien de taalbarrière heb ik meneer onvoldoende kunnen spreken. De informatie die ik tijdens mijn huisbezoeken heb gekregen [is] gegeven door de zoon. Zowel voor meneer als mevrouw heb ik de informatie via de huisarts geverifieerd.

Op een gegeven moment ben ik bij de familie onverwacht aan de deur geweest en meneer [voorletter] was op dat moment samen met de buurman bezig om opruimwerkzaamheden te doen in de tuin. Dit heeft mij ook bevestigd in mijn beeld dat dhr in staat zou moeten zijn om zich te douchen. Fysiek zie ik geen belemmeringen. Wel heeft zoon aangegeven dat zijn vader psychische problemen heeft en dit lijkt voor mij dan op de voorgrond te staan, gezien de situatie die meneer heeft doorgemaakt in de voorgaande jaren. Mocht de situatie leiden tot een herindicatie dan zal ik mij op uw advies laten bijstaan door de tolkentelefoon. Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

(...)"

3.9. De huisarts heeft op 16 augustus 2019 over verzoeker verklaard:

"(...) bovengenoemde patiënt is bekend met diabetes mellitus waarvoor insuline-behandeling. Het lukt hem zelf niet deze injectiebehandeling toe te dienen. Enerzijds vanwege zijn gezichtsvermogen dat beperkt is, anderzijds vanwege onvoldoende inzicht de insuline therapie goed toe te passen.

(...)"

3.10. Bij brief van 4 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...)

Beoordeling

In het dossier is medische informatie aanwezig, ook bevat het dossier de PGB[-]aanvraag en een zorgplan.

Dat er sprake is van psychische klachten betekent niet automatisch dat de geïndiceerde zorg vanuit de Wmo gefinancierd dient te worden. Op basis van de informatie in het dossier is echter onduidelijk waarom verzoeker niet in staat is om zelf te voorzien in zijn ADL. De vermoedheidsklachten waardoor verzoeker zichzelf niet kan aankleden en wassen lijken niet voort te vloeien uit de ziektebeelden van verzoeker. Een onderbouwing waaruit de geneeskundige context blijkt ontbreekt in het zorgplan.

De geneeskundige context van de zorg rondom de diabetes van verzoeker, twee keer per dag toedienen van insuline en twee keer per dag een bloedsuikercontrole, is ook onvoldoende onderbouwd. Onduidelijk is waarom verzoeker deze handelingen niet zelf kan uitvoeren of kan aanleren.

Conclusie

Op basis van de informatie in het dossier is niet aangetoond dat er sprake is van een geneeskundige context.

"(...)"

3.11. Bij brief van 2 december 2019 heeft het Zorginstituut verklaard:

"(...)

Het Zorginstituut merkt naar aanleiding van de ontvangen stukken het volgende op. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd is. Verzoeker heeft vervolgens een verklaring van de huisarts aangeleverd. Het is echter aan de indicierend wijkverpleegkundige om de zorg te onderbouwen. In het e[-]mailbericht d.d. 6 augustus 2019 geeft de wijkverpleegkundige aan '[verzoeker] is niet gebonden aan lijfgebonden zorg vanuit de ZVW'. Onduidelijk is of het e[-]mailbericht ziet op de PGB aanvraag die in geschil is. Er is verder geen aanvullende onderbouwing ontvangen van de wijkverpleegkundige. De geïndiceerde zorg is daarom nog steeds onvoldoende onderbouwd en het voorlopig advies wijzigt dan ook niet."

3.12. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 13 december 2019 over verzoeker verklaard:

"Naar aanleiding van ons telefonisch gesprek d.d. 13-12-19 laat ik u het volgende weten. Ik heb betreffende cliënt [naam en geboortedatum] in de afgelopen ander halfjaar niet gezien of gesproken en heb dus geen recente eigen observaties kunnen doen. Vanuit mijn verpleegkundige expertise kan ik wel meegaan met de informatie die u heeft ontvangen van huisarts [naam] in B. Recent heb ik telefonisch contact gehad met de zoon van meneer over het stellen van een herindicatie, ik heb dit willen doen met behulp van de Tolken telefoon. De zoon van meneer ging hiermee niet akkoord en gaf aan dat hij inmiddels iemand anders had benaderd om de indicatie te stellen. Meneer gaf als reden op dat hij geen kosten wilde maken voor de Tolken telefoon, uitleg gegeven dat dit niet aan de orde is, de declaratie gaat langs een ander traject. Desondanks ziet meneer af van de herindicatie van [naam zorgaanbieder]. Menzis is op de hoogte gebracht van deze situatie."

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem alsnog een PGB vv toe te kennen.

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 de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging en het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en bepalingen uit het 'Reglement Pgb Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Partijen verschillen van mening of verzoeker behoort tot de doelgroep voor een PGB vv. Tot deze doelgroep behoren verzekerden die behoefte hebben aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Deze zorg moet, gelet op artikel 2.10 Bzv, verband houden met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Dit is de zogenoemde geneeskundige context. Dit wil zeggen dat de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden plaatsvindt met het oog op herstel van gezondheid, of het voorkomen van verergering van ziekte of aandoening. De behoefte aan zorg die samenhangt met begeleiding en zelfredzaamheid kan tot het domein van de Wmo behoren. De Wmo is een voorliggende voorziening in de zin van artikel 2.1, eerste lid, Bzv en het bepaalde op pagina 5 van de zorgverzekering. Dit houdt in dat een verzekerde geen aanspraak heeft op zorg ten laste van de zorgverzekering als deze zorg kan worden bekostigd op basis van de Wmo.
- 6.3. Verzoeker is van mening dat hij tot de doelgroep voor een PGB vv hoort. Hij voert hiertoe aan dat hij door lichamelijke aandoeningen en beperkingen is aangewezen op de geïndiceerde zorg. Zo is het toedienen van insuline en het controleren van de bloedsuiker nodig vanwege diabetes mellitus type II. De hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) is nodig vanwege vermoeidheidsklachten. Deze vermoeidheid is hoofdzakelijk het gevolg van de diabetes, maar ook de hoge leeftijd van verzoeker speelt hierbij een rol. Uit het overgelegde e-mailbericht van de gemeente blijkt bovendien dat de geïndiceerde zorg naar haar aard geen Wmo-voorziening is.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de bij verzoeker geïndiceerde zorg niet voortvloeit uit een lichamelijke ziekte, een lichamelijke beperking of dementie. Uit het zorgplan blijkt niet dat verzoeker niet zelf in staat is insuline bij zichzelf toe te dienen. Er zijn geen fysieke belemmeringen in dit verband. Verder hebben de vermoeidheidsklachten, die verzoeker naar eigen zeggen belemmeren bij de ADL en het toedienen van insuline, een psychische achtergrond. Het zorgplan geeft de ziektekostenverzekeraar geen reden aan te nemen dat de vermoeidheid voortkomt uit de diabetes mellitus type II. Mocht verzoeker erin slagen dit laatste toch aannemelijk te maken door een verklaring van een arts, dan zijn de vermoeidheidsklachten volgens de ziektekostenverzekeraar te verhelpen. In dit verband verwijst hij naar de website van het Diabetesfonds. Uit het zorgplan blijkt duidelijk dat verzoeker vanwege psychische problemen behoefte heeft aan verzorging. Dit wordt bevestigd in de verklaring van de indicierend wijkverpleegkundige van 6 augustus 2019. Er is volgens de ziektekostenverzekeraar daarom geen sprake van een geneeskundige context. Hij verwijst naar twee eerdere uitspraken van de commissie met zaaknummers 201602782 en 201800622. In beide zaken heeft de commissie toen volgens de ziektekostenverzekeraar geoordeeld dat de verzekerden in kwestie niet vanwege lichamelijke beperkingen of somatische aandoeningen waren aangewezen op geneeskundige zorg. Dit is naar zijn mening in de onderhavige situatie niet anders.

- 6.5. Bij verzoeker is een zelfzorgtekort geïndiceerd. Dit is, zoals verzoeker terecht opmerkt, naar zijn aard geen ondersteuning en daarmee geen Wmo-voorziening. Dit betekent echter niet dat zonder meer aanspraak bestaat op de geïndiceerde zorg ten laste van de zorgverzekering. Uit het advies van het Zorginstituut blijkt namelijk dat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende is onderbouwd. Zo is onduidelijk wat de achtergrond is van de vermoeidheidsklachten en waarom verzoeker het toedienen van de insuline en de bloedsuikercontroles niet zelf - eventueel met hulp van hulpmiddelen - kan uitvoeren of dit kan aanleren. Aangezien de geneeskundige context moet worden onderbouwd door de indicierend wijkverpleegkundige, kan de verklaring van de huisarts de ontoereikendheid van de gegeven onderbouwing niet wegnemen. Deze wordt evenmin weggenomen met de verklaring van de indicierend wijkverpleegkundige van 13 december 2019. Enerzijds ziet de verklaring niet op de geïndiceerde zorg bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Anderzijds komt hieruit naar voren dat de indicierend wijkverpleegkundige zich voor de overig geïndiceerde zorg conformeert aan de conclusie van de huisarts. De onderbouwing is aldus niet tot stand gekomen conform het proces van klinisch redeneren als bedoeld in het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN). De verklaring van de indicierend wijkverpleegkundige kan om deze reden niet overtuigen. Het risico ter zake ligt bij verzoeker. Hij heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij behoort tot de doelgroep voor een PGB vv en heeft daarom geen aanspraak op het aangevraagde PGB vv.
- 6.6. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, kan niet leiden tot een ander oordeel. Dit ziet bijvoorbeeld op de stelling dat de ziektekostenverzekeraar in de procedure een nieuwe afwijsggrond heeft aangevoerd en dat hij de juistheid hiervan niet zelf heeft onderzocht. De afwijzing is volgens verzoeker dus niet zorgvuldig door de ziektekostenverzekeraar onderbouwd. De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar weliswaar een nieuw argument heeft aangedragen, maar dat dit ter onderbouwing was van de eerder door hem aangevoerde afwijsggrond, namelijk dat verzoeker niet behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, zoals opgenomen in artikel 2.2 van het reglement. De commissie verwijst in dit verband naar de brief van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker van 27 september 2018.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv. Aan verzoeker kan daarom geen PGB vv worden toegekend op basis van deze verzekering.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 januari 2020,

H.A.J. Kroon

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

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

Welke zorg

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

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

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

Let op

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

Persoonsgebonden budget

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

Welke zorgaanbieder

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

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

Indicatie en zorgplan

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

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

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

Toestemming

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

Advies

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

Voorwaardelijke toelating

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

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

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.

A17 Klachten en geschillen

Als u niet tevreden bent over onze dienstverlening, wil Menzis dit graag van u weten. Hoe pakt u dat dan aan en bij wie moet u zijn?

Hoe pakt u dat aan?

- U vult het online klachtenformulier op menzis.nl/klachtafhandeling in waarin u kunt aangeven waarover u ontevreden bent en waarom. Heeft u hulp nodig bij het invullen van dit formulier, belt u dan onze Klantenservice op 088 222 40 40.
- U kunt het formulier sturen naar de afdeling Klachtenmanagement.
- Menzis zal uw klacht in behandeling nemen en beantwoorden.
- Als u het niet eens bent met het antwoord van Menzis of binnen 30 dagen geen antwoord heeft gekregen, kunt u uw probleem voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).
- Informatie over de SKGZ kunt u vinden op skgz.nl. U kunt de SKGZ ook benaderen via het Europese platform voor online geschillenbeslechting. Informatie over dit platform kunt u vinden op ec.europa.eu/odr.
- De SKGZ zal uw probleem eerst voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. De Ombudsman probeert door bemiddeling voor een oplossing te zorgen. Als bemiddeling niet mogelijk is, of als de poging tot bemiddeling niet slaagt, kunt u uw probleem voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ.
- Behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kost € 37. De behandeling door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen eindigt met een bindend advies. Aan dit advies moeten Menzis en u zich houden.
- Ook kunt u uw zaak voorleggen aan één van de volgende instanties:
 - als het gaat over formulieren: de Nederlandse Zorgautoriteit,
 - de burgerlijke rechter.

Let op

Voor klachten over premieachterstand, zie ook artikel A13.2.

Bij wie moet u zijn?

Als u niet precies weet bij wie u moet zijn, kan de afdeling Klachtenmanagement u daarbij helpen.

- Menzis, afdeling Klachtenmanagement, Postbus 75000, 7500 KC Enschede
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Postbus 291, 3700 AG Zeist
- Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v. de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht

A19 Molest

U heeft geen recht op zorg of vergoeding van kosten als deze het gevolg zijn van gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en mouterij. Deze 6 genoemde vormen van molest, evenals de definities daarvan, vindt u in de tekst die door het Verbond van Verzekeraars in Nederland op 2 november 1981 ter griffie van de Arrondissementsrechtbank in 's-Gravenhage is gedeponneerd onder nummer 136/1981.

A20 Terrorisme

Als 1 of meer terroristische handelingen plaatsvinden waardoor u zorg nodig heeft, geldt voor de Basisverzekering het volgende: Als de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij N.V. verwacht dat de

5 Reglement Pgb Verpleging en Verzorging

Artikel 1 Wat is een Pgb?

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

Artikel 2 Doelgroep

- 2.1 Het Pgb is uitsluitend 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,

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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