



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw 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 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, en 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 6:231 e.v. BW

Zaaknummer : 201900193

Zittingsdatum : 4 september 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( G.R.J. de Groot, drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw 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 23 januari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat hij recht heeft op een persoonsgebonden budget (verder: PGB vv) op basis van veertien uren en vijfenvestig minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 1 december 2017 tot en met 30 november 2019 (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 juni 2019 aan de commissie zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juni 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 18 juli 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019033908) aan de commissie meegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen. Een afschrift is op 19 juli 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 30 augustus 2019 heeft verzoeker zijn standpunt nader onderbouwd. Een afschrift hiervan is op 30 augustus 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 september 2019 gehoord. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar een pleitnota overgelegd. Een kopie hiervan is op 5 september 2019 aan verzoeker gestuurd.
- 2.6. De brief van verzoeker van 30 augustus 2019, de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 september 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 16 september 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift hiervan is op 17 september 2019 ter kennisname aan partijen gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 3, GarantTandVerzorgd 350 en Verzekering Eigen Risico (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in het verleden een PGB vv toegekend op basis van acht uren en tien minuten Persoonlijke Verzorging per week. Omdat verzoeker structureel meer

uren zorg per week nodig heeft, heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag ingediend voor een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft in het kader van deze aanvraag op 13 november 2017 een huisbezoek gebracht voor een Bewust Keuze Gesprek met verzoeker. Laatstgenoemde heeft vervolgens op verzoek van de ziektekostenverzekeraar een ergotherapeut geconsulteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2018 aanvullende informatie bij de huisarts van verzoeker opgevraagd voor de beoordeling van de aanvraag.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 maart 2018 aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn aanvraag voor een PGB vv afwijst. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld dat hij het al aan verzoeker toegekende PGB vv met ingang van 8 juni 2018 intrekt.

3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.5. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in haar 'Assessment' van 1 november 2017 het volgende verklaard:

"(...) **Medisch** (...) 2011: Rug[-] en neklachten ten gevolge van een auto ongeluk. 2015: hartritmestoornis waarna reanimatie[.] Plaatsing ICD[.] [A]rtrose[.] Inschatting zorgmomenten: 38 momenten per week[.] [Z]orgminuten: 885 minuten per week[.] **[T]oelichting:** Dhr[.] he[ef]t hulp nodig bij:

- ochtendzorg: omhoogkomen in bed, uit bed komen, transfer naar badkamer en wc, wassen en douchen, haren kammen, scheren, mondverzorging, aankleden, naar beneden komen.

- avondzorg; naar boven gaan, mondverzorging, omkleden, in bed gaan liggen[.]

- ongeplande zorg: toiletgang, veranderen van houding, met name in bed, alle transfers, ongeplande zorg is ook regelmatig 's nachts nodig.

Daarnaast moet dhr[.] herinnerd worden aan het innemen van zijn medicatie. De zorg voor dhr[.] kost veel tijd omdat dhr[.] vaak verstijfd is en veel pijnklachten heeft.

(...)

3.6. De fysiotherapeut heeft bij brief van 8 december 2017 over verzoeker verklaard:

"(...)

**Verloop en hulpvraag cliënt;**

[Naam verzoeker] en zijn zoon vinden dat de 2 uur PGB voor de persoonlijke verzorging net aan de krappe kant zijn. Dhr. gaf aan belemmerd te worden door evenwichtsproblemen, psychische klachten (problemen om initiatief te nemen)[,] krachtverlies, verminderd uithoudingsvermogen, bewegingsbeperking en pijnklachten in zijn nek, schouders, handen en benen. Volgens beiden is dhr. niet in staat om de volgende zelfzorgtaken uit te voeren...

- Zich zelfstandig in bed te draaien

- Naar de wc gaan (overdag en [']s nachts)

- Zich na de wc-gang af te veegen

- Te kunnen douchen, zich scheren en de tanden te poetsen

- Zich aan en uit te kleden

Aanwezige hulpmiddelen; geen, ook geen loophulpmiddel (dhr. rijdt nog kleine stukken in zijn auto) [.]

**Resultaat en voorstel voor verbetering**

Vergeleken met zijn dossiers van Mediant en het Roessingh uit 2011 is zijn zelfstandigheid bij de zelfzorgtaken verder achteruitgegaan. In 2011 had hij alleen hulp nodig bij het douchen en scheren. Inmiddels heeft hij volgens zijn zoon bij veel meer activiteiten ondersteuning nodig (zie lijst boven). Volgens hem is dit te wijten aan verdere lichamelijke problemen. In het dossier van Mediant wordt gesproken van [een] stoornis uit het somatoforme spectrum.

[Naam verzoeker] voelde zich lichamenlijk niet in staat om mee te werken aan een observatie om zijn vaardigheden in kaart te brengen tijdens het scheren, aankleden, tandenpoetsen, douchen, wc-gang. Opvallend is dat beperkingen in activiteiten benoemd worden die in een andere context wel door hem uit te voeren zijn. De hieronder genoemde hulpmiddelen en aanpassingen zijn geschikt voor mensen met een gezonde mentale toestand. In het geval van [naam verzoeker]

heb ik mijn twijfels of hij hier baat bij heeft. Verder ontbreekt het aan financiële middelen om evt. aanpassingen en hulpmiddelen aan te schaffen (grotendeels worden deze niet vergoed door de WMO of zorgverzekeraar).

**Advies gebruik hulpmiddelen en aanpassingen;**

- Door het monteren van een dubbele trapleuning zal dhr. veiliger en zelfstandiger de trap kunnen gebruiken[.]
  - Door zijn bed ca. 10 cm te verhogen (door bijv. een dikkere matras of klossen) en een half bedhek te gebruiken zal hij zelfstandig en met minder inspanning in en uit bed kunnen.
  - Middels een bedhek en een glijlaken kan hij zelfstandig en met minder inspanning in bed draaien. Het bedhek heeft hij inmiddels gekregen.
  - Door 's nachts een urinaal te gebruiken kan hij zelfstandig (evt. zittend) plassen[.]
- [Naam verzoeker] en zijn zoon konden zich in volgende adviezen niet vinden;
- Door voor de wasbak te zitten, zijn arm op de wasbak te steunen en een elektrische tandenborstel of scheerapparaat te gebruiken zal hij zelfstandig en met minder inspanning zijn tanden poetsen en zich kunnen scheren[.]
  - Middels een "easywipe" hulpmiddel zal hij zichzelf na de wc-gang kunnen verschoneren[.]
  - Zijn schoenen kan hij zelfstandig aandoen door elastische veters en een lange schoenlepel te gebruiken[.]
  - Zijn sokken kan hij met een sokken-aantrekhelp aandoen.
  - Met een grijper zal hij zelfstandig kleine voorwerpen kunnen optillen (bijv. [een] broek om aan te trekken)[.]
  - Met een aankleedstok kan geprobeerd worden om zich zelfstandig aan te kleden[.]
- Door zijn somatoforme klachten heeft [naam verzoeker] ondersteuning nodig. Gezien hij in de loop van [de] tijd steeds hulpbehoevender is geworden adviseer ik gespecialiseerd[e] professionele hulp in te zetten. Dit om verder[e] achteruitgang door inactiviteit te voorkomen. (...)"

3.7. De huisarts heeft bij brief van 19 februari 2018, voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:

"(...)

Overzicht episoden

Begindatum 04-03-2013 Cardiac arrest obv VF 2015, ICD-plaatsing Laatste cont.20-12-2017

Begindatum 02-06-2016 Post-whiplashsyndroom (auto-ongeval 11/11) Laatste cont. 12-12-2017

Begindatum 06-08-2016 Coronair insufficiëntie, PCI, 2 stents (08/16) Laatste cont. 29-03-2017

Begindatum 02-10-2008 Hypertensie Laatste cont. 15-03-2017

Begindatum 30-05-2013 Hypercholesterolemie Laatste cont. 12-02-2016

Begindatum 17-12-2017 PTSS, na auto-ongeval 11/11 Laatste cont. 27-11-2012

(...)"

3.8. Medisch Spectrum Twente heeft over verzoeker het volgende verklaard:

"(...)

Bovengenoemde patiënt zagen wij 02-11-2010 en 30-11-2010 op de polikliniek Reumatologie.

(...)

Bespreking: 48-jarige Syrische man met sinds een half jaar diffuse pijnklachten van het bewegingsapparaat. Geen aanwijzingen voor artritis, wel voor polyarticulaire artrose. Daarnaast een vitamine D deficiëntie.

Conclusie:

(1) Polyarticulaire artrose.

(2) Vitamine D deficiëntie.

(...)"

- 3.9. Medisch spectrum Twente heeft bij een andere gelegenheid tevens over verzoeker verklaard:  
"(...)  
27-04-2010 MRI knie  
(...)  
Conclusie: Nagenoeg volledige ruptuur voorste kruisband bij status na eminentiafractuur.  
Tendinopathie poplita pees. Horizontale ruptuur over kort traject in het pars intermedia van de laterale meniscus bij status na voorhoorn resectie. horizontale ruptuur mediale meniscus."
- 3.10. Bij brief van 18 juli 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:  
"De stellingname van verweerder dat de geïndiceerde zorg mogelijk niet voortvloeit uit de gestelde medische diagnoses is onvoldoende onderbouwd. Het feit dat verzoeker bekend is met PTSS, betekent niet automatisch dat alle zorg hieraan gerelateerd kan worden. De geïndiceerde zorg zou wel degelijk voort kunnen vloeien uit de ziektebeelden van verzoeker. Een duidelijke medische onderbouwing door de indicierend verpleegkundige, per activiteit, waarom verzoeker is aangewezen op de zorg ontbreekt echter. De genoemde aandoeningen (artrose, nek- en rugklachten) leiden namelijk niet vanzelfsprekend in alle gevallen tot dezelfde zorgbehoefte. (...)  
In onderhavig geschil wordt de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd door de in het dossier aanwezige informatie. Ook de stelling van verweerder is onvoldoende onderbouwd. Het Zorginstituut kan om deze reden geen advies geven ten aanzien van de vraag of de geïndiceerde zorg in het geval van verzoeker voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. (...)"
- 3.11. Op 4 maart 2016 heeft de betrokken psychiater over verzoeker het volgende verklaard:  
"(...)  
Op uw verzoek onderzocht ik op 03-06-2015 [naam en adres verzoeker][.]  
De psychiatrische rapportage vond plaats in het kader van een letselschade procedure. Informatie vooraf van [naam], arts-medisch adviseur van TRIAGE, opdrachtgever voor deze psychiatrische expertise[:]  
Op 26-11-2011 vond er een ongeval plaats waarbij [naam verzoeker] betrokken was. Na dit ongeval ontstonden er psychische klachten."
- 3.12. Bij brief van 16 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:  
"(...)  
Het Zorginstituut merkt naar aanleiding van de ontvangen stukken het volgende op. De medische informatie die is toegevoegd aan het dossier bevestigt dat de geïndiceerde zorg zou kunnen voortvloeien uit de ziektebeelden van verzoeker. Echter een duidelijke onderbouwing door de indicierend verpleegkundige, per activiteit, waarom verzoeker is aangewezen op de zorg ontbreekt nog steeds. Zoals ook in het voorlopig advies is opgemerkt leiden de genoemde aandoeningen (artrose, nek- en rugklachten) niet vanzelfsprekend in alle gevallen tot dezelfde zorgbehoefte. In het licht van de aanvullende medische informatie is ook de stelling van verweerder nog steeds onvoldoende onderbouwd. Verweerder ontkent dat er sprake is van een geneeskundige zorgvraag terwijl uit de stukken blijkt dat er wel degelijk een geneeskundige zorgvraag kan zijn.  
(...)"

#### 4. Geschil

- 4.1. In geschil is primair of verzoeker recht heeft op een PGB vv op basis van veertien uren en vijfenveertig minuten per week voor de periode van 1 december 2017 tot en met 30 november 2019, ten laste van de zorgverzekering. Subsidiair is in geschil of de ziektekostenverzekeraar het reeds toegekende PGB vv met ingang van 8 juni 2018 mocht beëindigen.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een bindend advies uit te brengen. Dit volgt uit artikel A17 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. Op de pagina's 50 en 51 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Het 'Reglement Pgb Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (verder: reglement) regelt de aanspraak op een PGB vv. Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Het PGB vv is naar aard en omvang geregeld in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw), en verder uitgewerkt in de artikelen 2.15a tot en met 2.15c Bzv en 2.29a tot en met 2.29c van de Regeling zorgverzekering (Rzv). De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

**Zorgverzekering**

- 6.2. De ziektekostenverzekeraar lijkt de aanvraag voor een PGB vv te hebben beoordeeld aan de hand van zijn verzekeringsvoorwaarden van het jaar 2018. Ten behoeve van verzoeker is echter een PGB vv aangevraagd met ingang van 1 december 2017. Dit blijkt uit deel 1 van het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (Zvw pgb)' van de ziektekostenverzekeraar. De commissie zal haar beoordeling van het verzoek daarom baseren op de verzekeringsvoorwaarden van het jaar 2017.
- 6.3. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoeker behoort tot de doelgroep voor het PGB vv. Welke verzekerden hiertoe behoren, is bepaald in artikel 2 van het reglement.
- 6.4. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat zijn zorgvraag evident het gevolg is van al langer bestaande, geobjectiveerde lichamelijke aandoeningen. Dit volgt in de eerste plaats uit het 'Assessment' van de indicerend wijkverpleegkundige en de verklaringen van het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente. Daarnaast zijn de psychiatrische klachten pas ontstaan ná het auto-ongeluk in 2011, terwijl verzoeker daarvóór al ernstige, lichamelijke klachten had. In dit verband verwijst hij naar de psychiatrische expertise voor een letselschadezaak uit 2016. Verzoeker had vanwege de vóór het auto-ongeluk bestaande lichamelijke klachten al jaren een indicatie voor verpleging en verzorging. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar de eerdere aanvragen voor een PGB vv toegekend vanwege deze lichamelijke klachten. Daarbij wordt de noodzaak voor de geïndiceerde zorg bevestigd door de geconsulteerde ergotherapeut. Verzoeker wijst verder erop dat artikel 2.4 Bzv niet uitsluit dat een behoefte aan verpleging en/of verzorging, die wordt veroorzaakt door een psychische aandoening, verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg, of een hoog risico daarop.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar betwist dat verzoeker behoort tot de doelgroep voor het PGB vv. Hij heeft aangevoerd dat met een PGB vv verpleging en verzorging kan worden vergoed zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Deze verpleging en verzorging moet verband houden met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg, of een hoog risico daarop. In dit verband verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 2, tweede lid, onderdeel a, van zijn reglement. Bij verzoeker wordt de zorgvraag uitsluitend veroorzaakt door een psychische aandoening. Uit alle medische rapporten blijkt dat hij door de PTSS en de daaruit voortvloeiende somatoforme klachten tot niets komt. Er is volgens de ziektekostenverzekeraar dus geen sprake

van een geneeskundige zorgvraag. De aanwezige medische rapporten lijkt het Zorginstituut niet te hebben betrokken in zijn advies aan de commissie.

- 6.6. De commissie overweegt dat, gelet op de brief van het Zorginstituut van 18 juli 2019, de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat geen PGB vv kan worden verstrekt, omdat de klachten van verzoeker uitsluitend worden veroorzaakt door een psychische aandoening, geen doel treft. De geïndiceerde zorg kan volgens het Zorginstituut namelijk wel degelijk voortvloeien uit de somatische ziektebeelden van verzoeker. Dit betekent evenwel niet dat zonder meer aanspraak bestaat op de geïndiceerde uren Persoonlijke Verzorging. Uit de brief van het Zorginstituut volgt immers ook dat de indicatiestelling door de indicierend wijkverpleegkundige onvoldoende is onderbouwd. Verzoeker heeft aangevoerd dat dit hem niet kan worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit gemotiveerd betwist.

De commissie overweegt dat het de keuze van verzoeker was een herindicatie te laten stellen. De omstandigheid dat de ziektekostenverzekeraar hem een herindicatie zou hebben geadviseerd en dat hij in dit kader een afspraak voor verzoeker met de betrokken zorgaanbieder zou hebben geregeld, maken dit niet anders. Verzoeker heeft namelijk zelf ervoor gekozen de afspraak voor de herindicatie te laten plaatsvinden én een nieuwe aanvraag voor een PGB vv bij de ziektekostenverzekeraar te laten indienen. Het is in die situatie aan hem ervoor zorg te dragen dat de ziektekostenverzekeraar de noodzakelijke gegevens voor de beoordeling van de aanvraag ontvangt, en dit is niet gebeurd. Dat de ziektekostenverzekeraar informatie bij derden heeft opgevraagd ter beoordeling van de aanvraag, ontslaat verzoeker niet van de op hem rustende verantwoordelijkheid op dit punt. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering conform de ingediende aanvraag.

- 6.7. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, onder andere dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing niet voldoende heeft onderbouwd, kan niet leiden tot een ander oordeel.

#### **Beëindiging eerder toegekend PGB vv**

- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft niet alleen de ingediende aanvraag afgewezen, maar ook het eerder toegekende PGB vv onder verwijzing naar artikel 9.4 van zijn reglement beëindigd. Hierbij heeft hij uit coultance een overgangstermijn van drie maanden gehanteerd. Verzoeker heeft gesteld dat het eerder toegekende PGB vv moet worden voortgezet. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar niet kunnen toelichten wat de ratio is van artikel 9.4 van zijn reglement.

- 6.9. De commissie overweegt dat aldus een zorginhoudelijke onderbouwing voor de beslissing het eerder toegekende PGB vv te beëindigen ontbreekt. De ziektekostenverzekeraar heeft niet aangevoerd dat de zorgbehoefte van verzoeker, ten opzichte van de vorige aanvraag, is afgenomen of dat de verhouding verpleging/verzorging sindsdien is gewijzigd. De stelling ter zitting dat de eerdere toekenning, met de kennis van nu, ten onrechte heeft plaatsgevonden, kan niet overtuigen. Zeker niet nu het Zorginstituut op basis van het gehele dossier heeft geconcludeerd dat de zorgvraag van verzoeker wel degelijk een geneeskundige context kan hebben. Onder deze omstandigheden moet artikel 9.4 van het reglement als onredelijk bezwarend worden aangemerkt in de zin van Afdeling 3 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek. Als zodanig is het beding - inhoudende dat de aanspraak op een lopend PGB vv vervalt - vernietigbaar. De commissie oordeelt dat dit beding verzoeker niet kan worden tegengeworpen en dat de beëindiging van het PGB vv ongedaan moet worden gemaakt, een en ander met terugwerkende kracht tot 8 juni 2018.

#### **Aanvullende verzekering**

- 6.10. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:



- (i) de ziektekostenverzekeraar de beëindiging van het eerder toegekende PGB vv met ingang van 8 juni 2018 ongedaan moet maken;
- (ii) het verzoek voor het overige wordt afgewezen;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker moet vergoeden.



Zeist, 23 oktober 2019,



G.R.J. de Groot





---

## 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.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

1. 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.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging van verzekerden tot achttien jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
  - a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
  - b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

### 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 die op grond van artikel 2.10, tweede lid, valt onder de zorg 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 en tweede 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.

# 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 Onder verpleging en verzorging valt niet verzorging van verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
  - a. sprake is van een behoefte aan permanent toezicht, of
  - b. vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.
- 2.4 Als u een levensverwachting heeft van minder dan drie 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 de artikelen 2.2 en 2.3.

## 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

4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen,
  5. failliet is verklaard of op hem/haar de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard,
  6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
  7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
  - c. met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Pgb verbonden verplichtingen,
  - d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Pgb wordt, of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt,
  - e. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen,
  - f. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid.
- 9.3 In uw aanvraagformulier heeft u gekozen hoe u in uw zorgbehoefte wilt voorzien. U heeft er daarbij voor gekozen om de zorg waaraan u behoefte heeft volledig of slechts gedeeltelijk in te kopen met een Pgb. Zolang uw toekenningsverklaring geldig is, kunt u de manier waarop u in uw zorgbehoefte wilt voorzien, wijzigen. U kunt ervoor kiezen om een groter of juist kleiner deel van de zorg waaraan u behoefte heeft, in te kopen met een Pgb. U kunt daarvoor gebruik maken 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. Bijvoorbeeld: 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. 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:

$$5 \text{ uur verpleging} \times \text{€ } 52,68 \times 52 \text{ weken} \times (153/365) = \text{€ } 5.741,40.$$

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:

$$10 \text{ uur persoonlijke verzorging} \times \text{€ } 28,92 \times 52 \text{ weken} \times (92/365) = \text{€ } 3.790,50$$

- 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.

## Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige zorg en medisch specialistische verpleging thuis (MSVT))

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.

### Jonger dan 18 jaar

Als u nog geen 18 jaar bent heeft u alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij

- er sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- er 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld het toedienen van zuurstof).

### 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 minimaal opleidingsniveau 3 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.

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.

### *Medisch specialistische verpleging thuis (MSVT)*

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:

- omvang verpleegkundige handeling,
- frequentie verpleegkundige handeling,
- duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum).

### **Toestemming**

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft dan moet Menzis u daar vooraf schriftelijk toestemming voor hebben gegeven.

### **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](http://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



## A16 Als u een nota indient

Vaak betaalt Menzis rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Soms komt het voor dat u zelf een nota ontvangt. Als u die indient, let u dan op het volgende:

Een nota online indienen:

- u kunt dat doen op [MijnMenzis.nl](https://www.mijnmenzis.nl),
- een gescande nota wordt gezien als origineel,
- Menzis kan u vragen de originele nota alsnog in te sturen,
- de originele nota moet u 3 jaren bewaren.

Een nota per post indienen:

- het moet het origineel van de nota zijn, geen kopie, duplicaat of aanmaning,
- een nota wordt niet aan u teruggestuurd.

### Tip

Laat een nota niet liggen. Spaar uw nota's liever niet op. U kunt een nota het beste direct indienen.

### Let op

- De factuurdatum op de nota mag niet ouder zijn dan 3 jaar.
- De nota moet zo gespecificeerd zijn dat het recht op vergoeding kan worden vastgesteld.
- Als een nota aan het voorgaande in dit artikel niet voldoet, ontvangt u geen vergoeding.
- De gegevens op de nota moeten juist zijn en naar waarheid ingevuld.
- Voor alle verzekeringen (Basisverzekeringen, aanvullende verzekeringen en tandartsverzekeringen) op de zorgpolis geldt het volgende: Menzis mag elke vergoeding aan iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis uit elke verzekering verrekenen met elke vordering van Menzis uit elke verzekering op iedere verzekerde genoemd op de zorgpolis.
- Als een verzekerde zelf een nota indient, zonder aan te geven op welk rekeningnummer de vergoeding moet worden uitbetaald, zal Menzis die vergoeding uitbetalen op het bij Menzis bekende rekeningnummer van de verzekeringnemer.
- Een nota in buitenlandse valuta rekent Menzis om in euro's. Dat gebeurt tegen de omrekenkoers die bij de Nederlandse banken geldt op de dag waarop de nota is uitgeschreven.
- Als Menzis een vergoeding rechtstreeks betaalt aan de zorgaanbieder, vervalt daarmee de plicht aan u te vergoeden.

## A17 Klachten en geschillen

Als u niet tevreden bent over de 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](https://www.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.
- Die brief kunt u sturen naar de afdeling Klachtenmanagement.
- Menzis zal uw klacht zorgvuldig lezen en zorgen dat u antwoord krijgt.

- 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](http://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](http://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.

- Afdeling Klachtenmanagement van Menzis, 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

#### A18 Wie is Menzis?

Menzis is de risicodragers van uw verzekering. Met Menzis wordt bedoeld: Menzis Zorgverzekeraar N.V. als het om de Basisverzekering gaat en Menzis N.V. als het om de aanvullende verzekering of de tandartsverzekering gaat. De Coöperatie Menzis U.A. is enig aandeelhouder van Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. Door het afsluiten van de verzekering wordt u als verzekerde van Menzis lid van de Coöperatie Menzis U.A. Deze Coöperatie is gericht op het behartigen van de belangen van haar leden. De Coöperatie Menzis U.A., Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. hebben geen winstoogmerk.

#### 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 munitie. 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 gedeponeerd onder nummer 136/1981.