



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, 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 2019

Zaaknummer : 201901021

Zittingsdatum : 20 mei 2020



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 17 oktober 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 januari 2020 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een kopie van deze brief is op 3 januari 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 21 januari 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer 2020000753) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 21 januari 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Op 25 februari 2020 heeft verzoeker op het voorlopig advies van het Zorginstituut gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. Partijen zijn op 18 maart 2020 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 22 mei 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 27 mei 2020 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Op 28 mei 2020 is een afschrift hiervan aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld van deze mogelijkheid geen gebruik te willen maken. Verzoeker heeft op 4 juni 2020 gereageerd. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen FNV Zorg 2 en FNV TandZorg 1 (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 8 oktober 2018 is ten behoeve van verzoeker met ingang van 1 januari 2019 een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) aangevraagd op basis van 29 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 3.3. In het zorgplan, dat deel uitmaakt van de aanvraag voor een PGB vv, is door de indicierend wijkverpleegkundige over verzoeker verklaard:
"(...) Dhr. is bekend met GAS, gegeneraliseerde angststoornis. Dhr. is bekend met hypogonadisme, er is geen aanmaak van testosteron. Dhr. heeft chronische rugklachten en krachtsverlies in beide benen na ruptuur discus L5-S1. Dit veroorzaakt in toenemende mate pijn. Dhr. heeft hernia diagfragmatica. Dhr. spreekt over een niet aanwezige maagklep. Hierdoor zijn in toenemende mate maag en refluxklachten aanwezig. Dhr. is bekend met diabetes type II. Dit levert problemen voor o.a. ogen en huidzorg. Dhr. is bekend met inappropriete sinus tachycardie. Dhr. heeft overgewicht door medicatiegebruik. Dhr. kent nu klachten passend bij CANS. Er is een distorsie van 2 thoracale wervels. Dhr. vertelt over aanwezigheid van een niet te opereren hernia inguinalis. (...)"
- 3.4. Op 7 november 2018 heeft een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek' plaatsgevonden. Van dit gesprek is een verslag gemaakt.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 november 2018 aan verzoeker een PGB vv toegekend op basis van 17 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Voor de zorg die is geïndiceerd voor het aanreiken/uitzetten van de medicatie en hulp bij de toiletgang is geen PGB vv toegekend.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 5 februari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. Op 27 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 een PGB vv aan verzoeker toegekend op basis van 19 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.8. Op 21 januari 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...) Het dossier bevat geen medische informatie, behalve een medicatieoverzicht. Wel bevat het dossier de verpleegkundige PGB aanvraag en een zorgplan. Verweerder heeft een PGB vv toegekend van 19 uur en 15 minuten persoonlijke verzorging per week. Verweerder stelt dat de overige geïndiceerde zorg 'gebruikelijke zorg' of mantelzorg betreft. Mantelzorg is onbetaald en niet verplicht. De term 'gebruikelijke zorg' komt niet voor in de Zvw. De verpleegkundige beroepsgroep hanteert deze term ook niet bij de indicatiestelling. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om bij de indicatiestelling duidelijk te onderbouwen welke inzet wél of niet van het netwerk van de cliënt verwacht kan worden. De wijkverpleegkundige onderbouwt waarom bepaalde interventies ingezet worden en door wie deze worden uitgevoerd op basis van verpleegkundige diagnoses en resultaten. Uit het dossier blijkt dat de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het verlagen van het aantal uren. Nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de verlaging van het aantal uren is de overige geïndiceerde zorg niet meer onderbouwd.

Het antwoord op de vraag van de SKGZ of de zorg rondom medicatie en de toiletgang zorg is die redelijkerwijs van het netwerk verwacht kan worden is afhankelijk van de situatie. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om dit vast te stellen. Dit kan per verzekerde verschillen. Nog los van de vraag of deze zorg redelijkerwijs van het netwerk verwacht kan worden is de vraag of deze zorg 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' is en of er sprake is van een geneeskundige context.

(...)

Conclusie

In dit geschil wordt niet toegekomen aan vraag of er sprake is van zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een 'geneeskundige context'. De geneeskundige context is namelijk niet onderbouwd nu de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het verlagen van het aantal uren. Daardoor kan het Zorginstituut niet anders dan concluderen dat de overige 10 uur en 10 minuten persoonlijke verzorging niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. (...)"

- 3.9. Op 27 mei 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
"(...) Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de geïndiceerde zorg te onderbouwen. De brief van de advocaat van verzoeker d.d. 25 februari 2020 kan geen onderbouwing zijn voor de geïndiceerde zorg. Er kan sprake zijn van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan echter niet beoordeeld worden of sprake is van een geneeskundige context. De geneeskundige context van de zorg rondom de toiletgang en medicatie is niet onderbouwd door de indicierend wijkverpleegkundige.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een geneeskundige context. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv voor de zorg rondom de toiletgang en medicatie. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
(i) de ziektekostenverzekeraar aan hem een PGB vv moet toekennen met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 op basis van 29 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week;
(ii) de ziektekostenverzekeraar aan hem een schadevergoeding moet betalen van € 1.000,--, voor de kosten van rechtsbijstand in verband met de onderhavige procedure.

- 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 algemene voorwaarden 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 over de aanspraak op een 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

- 6.2. Op pagina 53 e.v. van de zorgverzekering is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde aanspraak heeft op verpleging en verzorging. In hoofdstuk 5 van het 'Verzekeringsreglement' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is vastgelegd wanneer en onder welke voorwaarden een verzekerde recht heeft op een PGB vv. Het reglement maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden.
- 6.3. Verzoeker voert aan dat het aan de indicierend verpleegkundige is een indicatie te stellen voor verpleging en verzorging. De verpleegkundige betreft bij de indicatiestelling altijd welke zorg en ondersteuning het netwerk rond de volwassen cliënt kan bieden. De mogelijkheden hiertoe kunnen per volwassen cliënt sterk verschillen, afhankelijk van bijvoorbeeld de samenstelling van het netwerk en de belastbaarheid van de personen die daar deel van uitmaken. Wat dit betekent voor de indicatiestelling en de toe te wijzen zorg is ter beoordeling van de verpleegkundige. Dit volgt uit het document 'Begrippenkader Indicatieproces - een toelichting op het normenkader ter ondersteuning van het indiceren en organiseren van zorg door de wijkverpleegkundige' van 27 maart 2019 dat door de verpleegkundige beroepsgroep wordt gebruikt. Het Zorginstituut bevestigt dat het uitgangspunt

de formele indicatiestelling is, waarin de inzet van het netwerk is verdisconteerd. Dit volgt uit het document 'Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding' van 28 maart 2019. Het is de ziektekostenverzekeraar niet toegestaan van de gestelde indicatie af te wijken, omdat er vanuit moet worden gegaan dat de 'gebruikelijke zorg' is meegenomen in de indicatiestelling. Pas als de ziektekostenverzekeraar gegronde redenen heeft om aan te nemen dat een en ander niet is betrokken bij de indicatiestelling kan een mogelijke verlaging van de indicatie aan de orde zijn. Het ligt dan op de weg van de ziektekostenverzekeraar hierover in contact te treden met de indicierend wijkverpleegkundige.

Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, volgt uit de mailwisseling tussen hem en de indicierend wijkverpleegkundige niet dat zij heeft bevestigd dat de zorg die zij heeft geïndiceerd voor het aanreiken van medicatie en hulp bij de toiletgang onder 'gebruikelijke zorg' valt. Integendeel, zij herhaalt enkele malen dat zij het een lastige situatie vindt en dat zij hierover van gedachten wil wisselen. Dit overleg heeft echter niet plaatsgevonden. Verder is aan haar niet gevraagd nader te onderbouwen hoe zij de inzet van het netwerk van verzoeker heeft betrokken bij de indicatiestelling. De ziektekostenverzekeraar heeft de indicierend wijkverpleegkundige alleen meegedeeld hoe hij tegen de kwestie aankijkt. Deze zienswijze van de ziektekostenverzekeraar is volgens verzoeker echter onjuist, met name gelet op de hiervoor aangehaalde documenten.

Verzoeker stelt voorts dat hij rechtsbijstand heeft moeten inschakelen. De Raad voor Rechtsbijstand verstrekt voor procedures bij de commissie in de regel een toevoeging, omdat de procedure niet als zodanig eenvoudig wordt beschouwd dat een verzekerde kan worden geacht deze zonder juridische bijstand te voeren. Verzoeker komt hiervoor echter niet in aanmerking. De omvang van de kosten is redelijk. Deze liggen (veel) lager dan het bedrag dat een advocaat die op basis van een uurtarief werkt zou rekenen. De ziektekostenverzekeraar moet deze kosten (€ 1.000,-) naar de mening van verzoeker vergoeden.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker een PGB vv toegekend op basis van 19 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Voor de zorg die is geïndiceerd omtrent het aanreiken/uitzetten van medicatie en hulp bij de toiletgang is geen PGB vv toegekend. Volgens de ziektekostenverzekeraar betreft dit 'gebruikelijke zorg'. Dit is zorg waarvan mag worden verwacht dat deze wordt gegeven door een partner en/of huisgenoten. Op grond van artikel 5.6 van het reglement mag deze zorg door de indicierend wijkverpleegkundige niet worden meegenomen bij het stellen van een indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft dit onder de aandacht gebracht van de indicierend wijkverpleegkundige. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft zij ingestemd met de verlaging van de indicatie op de genoemde punten.
- 6.5. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker geen PGB vv heeft toegekend voor het aanreiken van medicatie en hulp bij de toiletgang, omdat volgens hem sprake is van 'gebruikelijke zorg'. Deze term komt niet voor in de Zvw of nadere regelgeving. De commissie veronderstelt dat hiermee wordt bedoeld de zorg waarvan mag worden verwacht dat deze wordt geleverd door het (sociale) netwerk van verzoeker. Het Zorginstituut wijst in haar advies van 21 januari 2020 naar zijn standpunt van 28 maart 2019: 'Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding'. Hieruit volgt dat in het begrippenkader van de beroepsgroep is opgenomen dat de wijkverpleegkundige in het onderzoek ten behoeve van de indicatiestelling altijd meeneemt wat het netwerk nog kan doen en hoe dit krachtiger kan worden gemaakt. Dit is onderdeel van het verpleegkundig proces en is niet afzonderlijk gelabeld als een standaardberekening van zorg die in alle situaties door het netwerk geboden zou moeten worden. Het is dan ook aan de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling duidelijk te onderbouwen welke inzet wél of niet van het netwerk verwacht kan worden. Op basis van het zorgplan wordt aangegeven door wie en op welke wijze de interventies om de doelen te bereiken, worden uitgevoerd. In de wijze van het 'organiseren' van de ondersteuning wordt dus standaard meegenomen of er al dan niet inzet is van mantelzorgers, vrijwilligers en andere ondersteuners. De inzetbaarheid van het netwerk kan wisselend zijn. Dan wordt de organisatie van de zorg aangepast.

- 6.6. Uit het zorgplan, dat ten behoeve van verzoeker is opgesteld, volgt niet welke inzet wél of niet van zijn netwerk kan worden verwacht. Of dit al dan niet is betrokken bij de indicatie blijft daarmee onduidelijk. Mede gelet op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar hierover heeft ingenomen in de onderhavige procedure, lag het op de weg van verzoeker deze onduidelijkheid weg te nemen. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat de indicierend wijkverpleegkundige hierover is benaderd, maar dat zij haar medewerking niet (langer) wilde verlenen. Dit kan de ziektekostenverzekeraar echter niet worden tegengeworpen en ligt in de risicosfeer van verzoeker. Hij is immers de aanvrager van het PGB vv en heeft in dit verband een (behandel)overeenkomst gesloten met de indicierend wijkverpleegkundige. Dit betekent dat verzoeker er niet in is geslaagd de genoemde onduidelijkheid weg te nemen. Dit leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden een PGB vv toe te kennen voor de zorg die is geïndiceerd omtrent de hulp bij toiletgang en omtrent het medicatiegebruik.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor een PGB vv.

Schadevergoeding

- 6.8. Aangezien verzoeker niet in het gelijk wordt gesteld, bestaat geen aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van rechtsbijstand of het entreegeld aan hem moet voldoen.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2020



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

7. verleent zijn hulp tegen betaling,
8. is zowel uw vertegenwoordiger als zorgverlener en niet uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad.

Artikel 5 Aanvraag Pgb

- 5.1 U kunt bij Menzis een Pgb aanvragen door een volledig ingevuld aanvraagformulier in te dienen. U kunt dit aanvraagformulier vinden op menzis.nl/pgbv. 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 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 Branchevereniging Integrale Kindzorg (BINKZ).
- 5.4 De wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag niet uw zorgverlener zijn, tenzij Menzis een overeenkomst heeft met die wijkverpleegkundige. Deze wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult mag ook niet uw vertegenwoordiger, uw partner of uw bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn. Ook mag de wijkverpleegkundige die het aanvraagformulier met u invult geen partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad van uw vertegenwoordiger zijn.
- 5.5 De wijkverpleegkundige moet 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 voordoen, 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.

Welke zorg

U heeft recht op:

- vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,
- vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de Wlz,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de Wlz,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld,
- als u jonger dan 18 jaar bent, vervoer naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

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

Welke zorgaanbieder

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

Verwijzing

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

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

Let op

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

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

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

Welke zorg

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

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

U heeft ook recht op Verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kinderzorghuizen 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.

i Let op

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

Persoonsgebonden budget

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

Welke zorgaanbieder

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

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 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 kiest voor een behandeling bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, worden de gemaakte kosten niet volledig vergoed. Ook heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u contact opnemen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42.

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.

Welke zorg

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

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