



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10, 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, artt. 3:35, 6:233 en 6:234 BW, art. 7 Algemene wet gelijke behandeling.

Zaaknummer : 201802132

Zittingsdatum : 19 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer 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 20 december 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan haar een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) toe te kennen voor de duur van minimaal een jaar. Tevens heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1.002,-- voor proceskosten en het entreegeld van € 37,-- aan haar dient te vergoeden (hierna: het verzoek)
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 maart 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 april 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster heeft de commissie op 19 juni 2019 haar pleitnota gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 juni 2019 gehoord.
- 2.5. Op 21 juni 2019 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar een afschrift van de pleitnota van verzoekster nagestuurd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar de gelegenheid geboden binnen zeven dagen op de pleitnota te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 1 en GarantTandVerzorgd 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 november 2018 aan verzoekster meegedeeld dat haar aanvraag voor een PGB vv is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 19 november 2018 en bij e-mailbericht van 4 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 november 2017 een PGB vv aan verzoekster toegekend voor de periode van 1 januari 2018 tot en met 3 november 2018. Aansluitend op dit PGB vv heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een nieuw PGB vv aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen, omdat bij verzoekster sprake is van een betalingsachterstand van vier of meer maandpremies voor de zorgverzekering. Zij voldoet om deze reden niet aan de voorwaarde voor een PGB vv, als bedoeld in artikel 3.1 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar haar aanvraag voor een PGB vv af te wijzen.

3.5. De huisarts heeft bij brief van 27 december 2018 over verzoekster verklaard: “(...) *Op verzoek van onderstaande patiënt verklaar ik dat ze (...) forse littekens op haar been heeft. Volgens haar moet[en] deze niet door een vreemde iemand gezien worden anders zou ze in verband met haar traumatische verleden snel erg paniekerig[e] reactie kunnen krijgen.*(...)”

4. Bevoegdheid van de commissie

4.1. Gelet op artikel A17 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

5. Geschil

5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster een PGB vv toe te kennen voor de duur van minimaal een jaar, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Tevens is in geschil of de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1.002,-- voor proceskosten en het entreegeld van € 37,-- aan haar dient te vergoeden.

6. Beoordeling

6.1. Op de pagina's 50 en 51 van de zorgverzekering is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. In het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een PGB vv bestaat. 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 bepaald 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 2.29 c van de Regeling zorgverzekering (Rzv). De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van dit bindend advies.

De zorgverzekering

6.2. Vast staat dat verzoekster behoort tot de doelgroep voor het PGB vv, als bedoeld in artikel 2 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar. Tevens staat vast dat verzoekster niet voldoet aan de toekenningsvoorwaarden voor het PGB vv als bedoeld in artikel 3.1, onder a tot en met d, van het reglement van de ziektekostenverzekeraar, met name omdat bij haar sprake is van een betalingsachterstand van ten minste vier maandpremies voor de zorgverzekering. Volgens verzoekster is de ziektekostenverzekeraar desalniettemin gehouden aan haar een PGB vv toe te kennen.

6.3. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat het reglement van de ziektekostenverzekeraar geen deugdelijke wettelijke grondslag heeft, onderscheidenlijk dat niet inzichtelijk is dat zij met de toepasselijkheid van het reglement heeft ingestemd. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander - onder verwijzing naar artikel 2.15c, eerste lid, Bzv en 2.29b Rzv - betwist en tevens

aangevoerd dat verzoekster met de ondertekening van zijn 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget deel 2 verpleging en verzorging (Zvw-pgb)' heeft ingestemd met zijn reglement. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

- 6.4. Anders dan ten tijde van de Ziekenfondswet, kan een verzekerde aan de Zorgverzekeringswet en de hierop gebaseerde uitvoeringsbesluiten geen rechtstreekse aanspraken ontlenen. De aanspraken moet betrokkene ontlenen aan de met de zorgverzekeraar tot stand gekomen verzekeringsovereenkomst. Voor zover de inhoud hiervan afwijkt van de onderliggende wet- en regelgeving en dit leidt tot een beperking of verruiming van de door de wetgever beoogde dekking is mogelijk geen sprake van een 'zorgverzekering' als bedoeld in de wet en heeft betrokkene geen invulling gegeven aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 6.5. Verzoekster stelt weliswaar dat het reglement een wettelijke grondslag ontbeert, maar heeft dit niet onderbouwd. De commissie verwijst in dit verband nog naar artikel 13a Zvw, waarin staat dat de zorgverzekeraar de geschiktheid van een verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb beoordeelt. In artikel 2.15c, eerste lid, onder a tot en met d, Bzv is hieraan nadere invulling gegeven. De commissie stelt vast dat het bepaalde in artikel 3.1, onder a en d, van het reglement hiermee overeenstemt. Daarmee staat de wettelijke grondslag voor het reglement van de ziektekostenverzekeraar en voor de eis van het kunnen beheren van het PGB vast.
- 6.6. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij door de ziektekostenverzekeraar ongelijk wordt behandeld. Hierbij verwijst zij naar artikel 1 van de Grondwet en artikel 26 van het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten. De commissie zal bij de beoordeling van deze stelling uitgaan van het bepaalde in de Algemene wet gelijke behandeling. De wetgever heeft deze wet speciaal ingevoerd vanwege de onduidelijkheid of private partijen zich jegens elkaar kunnen beroepen op artikel 1 van de Grondwet (horizontale werking). De Algemene wet gelijke behandeling verbiedt het maken van direct of ongerechtvaardigd indirect onderscheid op grond van godsdienst, levensovertuiging, politieke gezindheid, ras, geslacht, nationaliteit, hetero of homoseksuele gerichtheid of burgerlijke staat. Een onderscheid van dergelijke aard is hier niet aan de orde. De stelling van verzoekster faalt reeds daarom.
- 6.7. Volgens verzoekster mag de ziektekostenverzekeraar haar de bestaande premieachterstand voor de zorgverzekering niet tegenwerpen. Hij heeft haar eerdere aanvragen voor een PGB vv immers ook steeds gehonoreerd, ondanks het feit dat toen eveneens sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering van vier of meer maanden. Verzoekster heeft hierbij toegelicht dat het PGB vv op enig moment door de ziektekostenverzekeraar is 'stopgezet', maar na uitgebreid overleg weer is 'voortgezet'. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat hij de aanvraag voor een PGB vv voor het jaar 2016 in eerste instantie had afgewezen vanwege een premieachterstand van vier of meer maanden. Nadien is gebleken dat een zodanige premieachterstand op dat moment niet aan de orde was, zodat hij de aanvraag toch heeft toegekend. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
Dat eerdere aanvragen voor het PGB vv zijn toegekend, leidt niet ertoe dat verzoekster gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar in de toekomst geen beroep op het bestaan van een betalingsachterstand zou doen. Juist omdat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor het PGB vv in 2016 al had afgewezen vanwege een premieachterstand van vier of meer maanden - achteraf bleek dit ten onrechte - had verzoekster erop bedacht moeten zijn dat de toekenning van een PGB vv wat betreft de toekomst geen vaststaand gegeven zou zijn. Verder geldt dat - voor zover al sprake is van gewekt vertrouwen - dit adequaat is weggenomen met het huisbezoek op 10 juli 2018 en de vastlegging hiervan in de brief van de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster van 13 juli 2018.
- 6.8. Verzoekster heeft voorts gesteld dat zij paniekerig wordt als anderen dan haar dochter de brandwonden/littekens op haar onderlichaam zien. Dit wordt gestaafd door de verklaring van haar huisarts. De conclusie dat verzoekster om deze reden niet uit kan met zorg in natura deelt de commissie niet. Een thuiszorgorganisatie kan de noodzakelijke zorg aan verzoekster verlenen en hierbij rekening houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan.

- 6.9. Verzoekster voert verder aan dat sprake is van strijd met het rechtzekerheidsbeginsel, omdat haar op 7 november 2018 pas is medegedeeld dat het toenmalige PGB vv op 3 november 2018 was geëindigd. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegen ingebracht dat hij de aanvraag voor een nieuw PGB vv pas op 5 november 2018 heeft ontvangen. Verzoekster heeft de brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 november 2017 overgelegd. In deze brief is vermeld dat het PGB vv op 3 november 2018 zou eindigen. Verzoekster was naar het oordeel van de commissie dus ruim van tevoren op de hoogte van de einddatum van het PGB vv en haar argument treft daarom geen doel.
- 6.10. Verzoekster heeft tot slot aangevoerd dat haar schuldenlast is afgenomen door de toelating tot de Regeling uitstroom bronheffing van de gemeente B. Dit gegeven laat echter onverlet dat zij (nog steeds) niet voldoet aan de voorwaarde als bedoeld in artikel 3.1, onder 2, van het reglement van de ziektekostenverzekeraar. De mogelijkheid om een PGB vv toe te kennen in een situatie dat niet is voldaan aan alle daarvoor geldende voorwaarden (coulance) is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. Hierin kan de commissie in beginsel niet treden.
- 6.11. Verzoekster heeft, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, geen aanspraak op een PGB vv conform de door haar ingediende aanvraag, ten laste van de zorgverzekering.

De aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.12. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv, zodat het door verzoekster gevraagde PGB vv niet op basis van deze verzekering kan worden ingewilligd.
- 6.13. Omdat verzoekster geen aanspraak heeft op het PGB vv, bestaat geen grond voor toekenning van de gevorderde proceskosten en het entreegeld.

7. Het bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 augustus 2019,

H.A.J. Kroon

5. Het (niet-) bindend advies bevat, naast de beslissing, in ieder geval:
 - a. de naam of de namen van het lid onderscheidenlijk de leden van de Geschillencommissie ten overstaan van wie de hoorzitting onderscheidenlijk door wie de beslissing op basis van stukken heeft plaatsgevonden,
 - b. de namen, en de woon- c.q. statutaire vestigingsplaats van partijen,
 - c. de standpunten van partijen;
 - d. de motivering van de beslissing;
 - e. de vermelding of het advies bindend dan wel niet-bindend is;
 - f. de dagtekening van het (niet-) bindend advies,
6. De Geschillencommissie zendt aan elk der partijen een vanwege de Geschillencommissie ondertekend afschrift van het (niet-) bindend advies. Verzending van het (niet-) bindend advies geschiedt per post, tenzij een partij heeft verklaard digitaal met de Geschillencommissie te willen corresponderen. In dat geval ontvangt deze partij het (niet-) bindend advies langs elektronische weg. Het origineel blijft onder de Geschillencommissie berusten.
7. Voorts zendt de Geschillencommissie een afschrift van het (niet-) bindend advies aan het Zorginstituut Nederland, in die gevallen waarin dit instituut advies als bedoeld in artikel 10 heeft uitgebracht.
8. De Geschillencommissie stelt haar adviezen geanonimiseerd beschikbaar voor publicatie.

Artikel 15 Kosten

1. De kosten die partijen voor de behandeling van het Verzoek door de Geschillencommissie maken, waaronder het entreegeld zoals genoemd in artikel 9, eerste lid, de aan de zaak bestede tijd, de reis- en verblijfkosten, en de kosten die van door hen voorgedragen getuigen en/of deskundigen, zijn voor rekening van de betrokken partij.
2. In afwijking van artikel 15, eerste lid, kan de Geschillencommissie evenwel in het bindend advies bepalen dat het door de consument betaalde entreegeld geheel of gedeeltelijk wordt gerestitueerd. Daarnaast kan de Geschillencommissie in het bindend advies opnemen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld geheel of gedeeltelijk aan de consument dient te vergoeden, onder meer in het geval de consument geheel of grotendeels in het gelijk wordt gesteld.
3. Eveneens in afwijking van artikel 15, eerste lid, kan de Geschillencommissie in het bindend advies bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding dient te betalen, althans voor zover het kosten betreft waarvan het redelijk is dat deze door de consument zijn gemaakt en waarvan ook de omvang redelijk is. De Geschillencommissie kent geen vergoeding toe voor immateriële schade.

Artikel 16 Verbetering kennelijke fouten

1. De Geschillencommissie kan, op verzoek van een partij of ambtshalve, binnen een termijn van vier weken na verzending van het (niet-) bindend advies, besluiten tot verbetering van een kennelijke rekenfout, schrijffout of andere kennelijke fout die zich voor eenvoudig herstel leent, in het (niet-) bindend advies.
2. De Geschillencommissie gaat niet tot de verbetering over dan na partijen in de gelegenheid te hebben gesteld zich daarover uit te laten.

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,

3. u op het moment van aanvragen van het Pgb of in de 3 jaar daaraan voorafgaand tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) toegelaten bent of toegelaten bent geweest,
 4. u op het moment van aanvragen van het Pgb of in de 3 jaar daaraan voorafgaand failliet verklaard bent of failliet verklaard bent geweest.
- 3.2. Niet iedereen mag u als vertegenwoordiger helpen bij het uitvoeren van de taken en verplichtingen die aan het Pgb zijn verbonden, zoals bedoeld in artikel 3.1 onder a tot en met d. Alleen uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad mag u als vertegenwoordiger helpen. Uw vertegenwoordiger mag niet ook tegelijkertijd uw zorgverlener zijn, tenzij hij of zij uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.

Artikel 4 Weigeringsgronden

U ontvangt géén Pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

- a. het is onvoldoende aannemelijk dat met het Pgb 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,
- b. het is onvoldoende aannemelijk 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,
- c. u bent bij de eerdere verstrekking van een Pgb niet in staat gebleken om op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen uit te voeren,
- d. u was binnen een periode van 5 jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan aanvraag voor het Pgb, als verzekerde betrokken bij een, wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer, opgezegde of ontbonden zorgverzekering,
- e. u beschikt volgens de Basisregistratie Personen niet over een woonadres,
- f. uw vrijheid is u rechtens ontnomen,
- g. u verleent geen medewerking aan het voeren van een bewuste-keuzegesprek of huisbezoek,
- h. uit uw aanvraagformulier of het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u met uw Pgb uitsluitend zorg wilt inkopen bij zorgverleners waarmee Menzis een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) kunt u lezen met welke zorgaanbieders Menzis een overeenkomst heeft gesloten,
- i. uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. is niet uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad,
 2. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 3. beschikt volgens de Basisregistratie Personen niet over een woonadres,
 4. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen,
 5. is op het moment van aanvragen van het Pgb of in de 3 jaar daaraan voorafgaand failliet verklaard of failliet verklaard geweest,
 6. is op het moment van aanvragen van het Pgb of in de 3 jaar daaraan voorafgaand tot de wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) toegelaten of toegelaten geweest,
 7. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen,
 8. is zowel uw vertegenwoordiger als zorgverlener en niet uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad.

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.

(...)

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.

(...)

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 2.15c

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 2.29b

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.