



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. , 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.4, 2. en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201800622

Zittingsdatum : 28 november 2018

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

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door 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. Bij brief van 3 april 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 september 2018 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 7 september 2018 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 28 september 2018 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2018044443) de commissie meegedeeld in dezen geen advies te kunnen geven. Een afschrift is op 28 september 2018 aan partijen gestuurd. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 1 oktober 2018 op de brief van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift hiervan is op 2 oktober 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 28 november 2018 zijn pleitnota gezonden. Een afschrift hiervan is op 30 november 2018 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 november 2018 gehoord.
- 2.6. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker - na diens verzoek daartoe - toegestaan zo snel als mogelijk het door hem aangehaalde rapport van een adviesbureau over te leggen. Verzoeker heeft de commissie op mei 2019 het rapport gestuurd. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Hierbij is hij in de gelegenheid gesteld binnen 19 dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid gebruikgemaakt. Een afschrift van de reactie van de ziektekostenverzekeraar is op 7 juni 2019 ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting, de pleitnota van de ziektekostenverzekeraar, en de nagekomen stukken zijn op 7 juni 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 14 juni 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Een afschrift hiervan is op 14 juni 2019 aan partijen gezonden, waarbij hen de gelegenheid is geboden binnen dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid gebruik gemaakt. Een afschrift van zijn reactie is op 25 juni 2019 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (PGB vv). De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 februari 2018 aan verzoeker meegedeeld dat hij hem geen PGB vv toekent.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 22 februari 2018 en bij brief van 14 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Een niveau 5 wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld door 28 uren Persoonlijke Verzorging per week met ingang van 7 maart 2018. De indicerend wijkverpleegkundige heeft in dit verband over verzoeker, voor zover hier van belang, verklaard:

“(…)

**Ziektebeeld:**

*Meneer is bekend met [c]hronische ernstige depressieve stoornis met psychotische kenmerken, waarvoor de meest intensieve kli[ni]sche behandeling geen verbetering heeft opgeleverd.*

*Er is sprake van een ernstige resttoestand, waardoor hr volledig hulp nodig heeft bij ADL en ondersteuning zelfstandig leven. [naam psychiater]*

*Waandenkebeelden*

*Slaapstoornissen*

*Klapvoeten (drukneuropathie van de peroneus zenuw)*

*Parkinsonisme*

**Beperkingen:**

*Slaapstoornissen (staat vaak op 's nachts)*

*Parkinsonisme*

*- stijfheid van spieren*

*- tremoren armen en handen*

*- schuifelend (instabiel) lopen als gevolg van medicatie*

*- krachtsvermindering*

*Verwardheid*

*Geen enkel initiatief, lusteloos,*

*Voortdurend uiten van doodswens (deed dit ook voortdurend in mijn aanwezigheid)*

*Oriëntatiestoornissen: Tijd, plaats*

*Concentratiestoornissen*

*Kan zelf geen ritme en structuur in de dag houden*

*Loopt instabiel ten gevolge van de klapvoeten*

*Hr kan geen Nederlands (moest stoppen met de Nederlands lessen vanwege zijn gezondheid)*

**Zorgvraag:**

*Hr heeft volledige hulp nodig bij wassen, aankleden, ontbijten (eten geven), medicatie, toiletbezoek, [v]erschonen bij incontinentie, transfer (hr kan niet zonder begeleiding lopen) (ook 's nachts)[,] [h]ulp bij uitkleden, naar bed gaan.*

**Doelen:**

***Hr geeft aan zich comfortabel te voelen over de mate waarin zijn lichaam schoon gehouden kan worden door de volledige hulp***

*Afspraken over de zorg:*

*Iedere ochtend:*

*Hulp ADL: wassen, aankleden, scheren, tanden poetsen, medicatie, transfer, toiletgang (90 minuten)*

*12 uur: medicatie, toiletgang, transfer, evt verschonen (30 minuten)*

*17 uur: medicatie, toiletgang, transfer, evt verschonen (30 minuten)*

*22 uur: medicatie, toiletgang, ADL: naar bed helpen. (60 minuten)*

*Tussendoor heeft hr ook hulp nodig bij toiletgang, incontinentie, onrust, medicatie bij pijn. (60 minuten)*

*Zorg wordt door familie gegeven vanwege de ernstige psychiatrische problematiek.*

*Zorgmomenten zijn niet te plannen ivm de onrust[.]*

*Hr kan geen Nederlands, en is wantrouwend naar iedereen buiten zijn gezin.*

*(...)"*

3.5. In de procedure bij de commissie zijn verder de volgende feiten komen vast te staan:

- Verzoeker heeft fors overgewicht, een chronische depressie die regelmatig gepaard gaat met psychotische episodes, en essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging. Hij is voor de depressie met psychotische kenmerken klinisch behandeld, zonder resultaat. Als gevolg van het overgewicht ondervindt verzoeker een sterk verminderde mobiliteit.
- Verzoeker gebruikt de middelen flurazepam, nortrilen, olanzapine, venlafaxine, Calci chew d3 ft, Calci chew d3 kt en movicolon.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in het verleden meerdere malen een PGB vv toegekend.
- Verzoeker heeft een indicatie voor 32 uren zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- De adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar heeft in het kader van de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige, de Wmo-consulent van de gemeente en de huisarts.
- Verzoeker heeft in reactie op de afwijzing van zijn aanvraag door de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor Persoonlijke Verzorging bij zijn gemeente ingediend.

3.6. Het verslag van de ziektekostenverzekeraar van het telefoongesprek met de indicierend wijkverpleegkundige luidt, voor zover hier van belang:

*"Ik heb op 8 maart telefonisch contact gehad met de indicerende wijkverpleegkundige. Zij gaf aan dat in haar optiek de psychiatrische klachten van verzekerde op de voorgrond staan. Daarnaast vertelde zij mij dat ze het gesprek heeft gevoerd met de kinderen van verzekerde en niet met de heer zelf omdat hij de NL taal niet spreekt. Ze vertelde dat de heer overal hulp bij nodig heeft omdat hij tot niets komt. Ze vroeg zich wel af of dat er echt zoveel zorg nodig was als dat de kinderen beweren. Ze had vooraf al contact gehad met de gemeente en wist te vertellen dat er ook een forse indicatie voor WMO-pgb is. Ik heb van haar de naam van de WMO-consulent gekregen."*

3.7. Het verslag van de ziektekostenverzekeraar van het telefoongesprek met de Wmo-consulent luidt, voor zover hier van belang:

*" Ik heb vandaag telefonisch contact gehad met de WMO-consulent van de gemeente. In dit gesprek komt naar voren dat verzekerde al 1,5 jaar een indicatie voor WMO (pgb) heeft van 32 uur per week. Inmiddels hebben zij (in verband met onze afwijzing) ook een aanvraag voor persoonlijke verzorging vanuit de WMO ontvangen. Dit moeten ze nog beoordelen. Verder vertelde zij mij dat er in het verleden een aanvraag voor WLZ is gedaan bij het CIZ[,] maar dat deze aanvraag is afgewezen omdat de psychiatrische problemen van verzekerde op de voorgrond staan."*

3.8. Bij brief van 28 september 2018 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

*"(...)*

***Beoordeling***

*De medisch adviseur constateert dat er naast medische informatie ook een verpleegkundig deel van de pgb aanvraag aanwezig is. Het zorgplan is echter onvoldoende onderbouwd.*

*De medisch adviseur merkt op dat het totaal aantal uren van het zorgplan (28 uur) niet overeenkomt met het aantal uren zorg beschreven in het zorgplan, dit is bij elkaar opgeteld 31 uur en 30 minuten verzorging per week.*

***Juridische beoordeling***

Verpleging in de wijk omvat 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en wordt geleverd 'in de eigen omgeving' van de verzekerde. Deze zorg kan onder de Zvw vallen als er sprake is van 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop', zoals omschreven in artikel 2. van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Dit wil zeggen dat de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden plaatsvindt met het oog op herstel van gezondheid, of het voorkomen van verergering van ziekte of aandoening. Er hoeft niet altijd sprake te zijn van verpleegkundige handelingen. Ook alleen verzorging is mogelijk onder deze Zvw-bepaling. Dit kan nodig zijn om bij een verzekerde aandoeningen of een verergering hiervan te voorkomen.

De behoefte aan zorg kan ook samenhangen met de behoefte aan begeleiding en zelfredzaamheid. Deze zorg houdt dan geen verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop en kan dan onder de Wmo vallen.

Het dossier bevat onvoldoende informatie om vast te kunnen stellen of de geïndiceerde zorg in de situatie van verzoeker onder de Zvw valt.

#### **Het advies**

Het Zorginstituut heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Gelet op het bovenstaande kan het Zorginstituut geen advies geven. (...)"

3.9. Bij brief van 14 juni 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...)

De aanvullende stukken bevatten een adviesrapportage ten behoeve van de gemeente [naam] opgesteld door [naam onderzoeksbureau]. Het advies is opgesteld door een paramedisch adviseur en heeft betrekking op ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Verweerder stelt dat op basis van dit advies geconcludeerd kan worden dat de geïndiceerde zorg nodig is door de psychische beperking van verzoeker en niet door een somatische beperking. Daarom komt de geïndiceerde zorg niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering volgens verweerder. De stelling van verweerder is echter onvoldoende onderbouwd. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de geneeskundige context te bepalen. De geneeskundige context kan niet worden vastgesteld door een paramedisch adviseur die adviseert over ondersteuning vanuit de Wmo.

In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat het zorgplan onvoldoende onderbouwd is. De aanvullende stukken bevatten geen nadere onderbouwing en daarnaast is ook de stelling van verweerder onvoldoende onderbouwd. Het dossier bevat nog steeds onvoldoende informatie om vast te kunnen stellen of de geïndiceerde zorg in de situatie van verzoeker onder de Zvw valt.

"(...)"

4. Geschil

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

(i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem een PGB vv toe te kennen met ingang van 7 maart 2018;

(ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden zijn kosten voor rechtsbijstand te vergoeden.

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 brengt daarover bindend advies uit, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

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

### Zorgverzekering

- 6.2. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de bij verzoeker geïndiceerde zorg verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg, of een hoog risico daarop. Zie artikel 2 van het 'Reglement Pgb Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (verder: reglement).
- 6.3. Verzoeker voert aan dat de ziektekostenverzekeraar te veel de nadruk legt op zijn psychiatrische klachten. Uit het zorgplan blijkt immers dat hij daarnaast klachten van andere aard heeft, zoals parkinsonisme. Bovendien is verpleging en/of verzorging bij psychiatrische problematiek noch in de toepasselijke wet- en regelgeving noch in de verzekeringsvoorwaarden uitgesloten van de dekking. Uit artikel 2.4 Bzv blijkt dat bepalend voor het antwoord op de vraag of aanspraak op verpleging en/of verzorging op basis van de zorgverzekering bestaat, is of de geïndiceerde zorg is aan te merken als zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, én of deze zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Verzoeker verwijst in dit verband naar de website van het Zorginstituut. Verzoeker komt tot de conclusie dat de afwijzing niet deugdelijk is gemotiveerd, hetgeen wel op de weg van de ziektekostenverzekeraar had gelegen. Dit geldt te meer, omdat de ziektekostenverzekeraar verzoeker in het verleden verschillende keren een PGB vv heeft toegekend en de situatie van verzoeker sindsdien medisch gezien niet is veranderd.
- 6.4. Verzoeker meent verder dat uit het advies van het Zorginstituut naar voren komt dat de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in zijn onderzoeksplicht om vast stellen of de geïndiceerde zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt. Het dossier bevat hiervoor volgens het Zorginstituut immers onvoldoende informatie.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar brengt naar voren dat de zorgvraag van verzoeker voortvloeit uit zijn psychiatrische problematiek. Dit blijkt volgens hem duidelijk uit het zorgplan en de gesprekken die zijn adviserend verpleegkundige heeft gevoerd met de indicierend wijkverpleegkundige, de Wmo-consulent van de gemeente en de huisarts van verzoeker. De indicierend verpleegkundige begint het zorgplan met "meneer is bekend met chronische ernstige depressieve stoornis met psychotische kenmerken, waarvoor de meest intensieve klinische behandeling geen verbetering heeft opgeleverd. Er is sprake van een resttoestand, waardoor hr volledig hulp nodig heeft bij ADL en ondersteuning zelfstandig leven." In een gesprek met de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar heeft de indicierend wijkverpleegkundige de inhoud van het zorgplan bevestigd en meegedeeld dat verzoeker overal hulp bij nodig heeft, omdat hij anders tot niets komt. De ziektekostenverzekeraar vindt het niet aannemelijk dat verzoeker zonder de psychische klachten behoefte zou hebben aan Persoonlijke Verzorging. Verzoeker heeft met name behoefte aan begeleiding. De zorgverzekering biedt hiervoor geen dekking, de Wmo mogelijk wel. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar de Memorie van Toelichting bij artikel 2. Bzv: *"De behoefte aan (alleen) verzorging zoals die tot nu toe ten laste van de AWBZ werd verleend, kan echter ook meer in het verlengde van de behoefte aan begeleiding liggen. Het gaat bij deze verzorging om mensen die behoefte hebben aan ondersteuning bij de ADL. Deze verzorging houdt geen verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Deze behoefte aan ondersteuning bij ADL komt met name voor bij mensen met een verstandelijke beperking of zintuiglijke beperking of psychiatrische problematiek. Deze verzorging in de vorm van ondersteuning bij de ADL is niet naar het basispakket overgeheveld, maar per 1 januari 2015 gepositioneerd onder de Wmo 2015, net als voorheen onder de AWBZ-aanspraken vallende begeleiding."* Aangezien de zorgvraag van verzoeker wordt veroorzaakt door een psychiatrische aandoening, is geen sprake van zorg die verband houdt met huisartsenzorg of medisch specialistische zorg, of een hoog

risico daarop. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar een uitspraak van de commissie (zaaknummer 201602782).

- 6.6. Het Zorginstituut lijkt, op basis van de reactie van de ziektekostenverzekeraar op het door verzoeker overgelegde rapport, te concluderen dat hij de aanvraag van verzoeker ten onrechte heeft afgewezen op de grond dat de zorgvraag voortvloeit uit de psychiatrische problematiek van verzoeker. De ziektekostenverzekeraar volgt het Zorginstituut, gelet op hetgeen hij hiervoor naar voren heeft gebracht, hierin niet. De ziektekostenverzekeraar heeft op het rapport gereageerd, omdat verzoeker dit vroeg. De ziektekostenverzekeraar begrijpt niet welke informatie het Zorginstituut nog mist om een advies te kunnen uitbrengen.
- 6.7. De commissie overweegt dat het aan de indicerend wijkverpleegkundige is om vast te stellen of de door haar geïndiceerde zorg samenhangt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Dit is de zogenoemde geneeskundige context. Dit blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 14 juni 2019 en volgt logischerwijs uit het bepaalde in artikel 5.3 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar. In dit artikel is de bevoegdheid tot het vaststellen van de behoefte aan verpleging en/of verzorging bij uitsluiting toegekend aan BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundigen. De commissie passeert om deze reden alle informatie die niet direct of indirect van de indicerend wijkverpleegkundige afkomstig is.
- 6.8. De behoefte aan Persoonlijke Verzorging van verzoeker kan zowel samenhangen met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, als met de behoefte aan begeleiding en zelfredzaamheid. In de eerste situatie is sprake van verzorging die onder de dekking van de zorgverzekering valt. In de tweede situatie betreft het zorg die behoort tot het domein van de Wmo. Er bestaat geen aanspraak op grond van de zorgverzekering indien er een voorliggende regeling is. Dit is bepaald in artikel 2.1, eerste lid, Bzv.
- 6.9. Het ligt op de weg van verzoeker een gedegen aanvraag met zorgplan te laten opstellen door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige en deze in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar. Aangezien uit de voorliggende aanvraag en het zorgplan niet zonder verdere navraag is af te leiden of al dan niet sprake is van Persoonlijke Verzorging die valt onder de dekking van de zorgverzekering, is van een gedegen aanvraag geen sprake. Het Zorginstituut heeft daarbij terecht opgemerkt dat de uren zorg die in het zorgplan worden vermeld, opgeteld niet uitkomen op het totaal aantal uren dat is aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag dan ook terecht afgewezen.
- 6.10. De stelling van verzoeker dat zijn aanvragen voor een PGB vv in het verleden wel zijn toegekend, maakt dit oordeel niet anders. Zoals uit het voorgaande blijkt, is de toekenning van een PGB vv sterk afhankelijk van de inhoud van de aanvraag en het zorgplan. Door verzoeker is gesteld noch aannemelijk gemaakt dat de vorige aanvragen met bijbehorende zorgplannen identiek waren aan de onderhavige aanvraag met zorgplan.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.11. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv. Aan verzoeker kan daarom geen PGB vv worden toegekend op basis van deze verzekering.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar op basis van de voorliggende aanvraag met zorgplan niet gehouden is verzoeker een PGB vv toe te kennen;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is de kosten van rechtsbijstand aan verzoeker te vergoeden.



Zeist, 3 juli 2019,



J.A. Strens-Meulemeester





---

# 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 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.

(...)

### 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.

# 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,

## 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](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 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](https://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](https://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](https://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