

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. H.A.J. Kroon, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202501097

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 25 juni 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 11 november 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 9 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 februari 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 24 februari 2026 heeft het Zorginstituut verklaard geen advies uit te brengen.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten Extra Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) ingediend op basis van 6 uren Verpleging en 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 23 juli 2024 tot en met 23 juli 2026.

- 2.3. Bij brief van 28 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv op basis van 2 uren en 20 minuten Verpleging en 7 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging is toegekend.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 25 juli 2024 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar met een uitgebreide toelichting onderbouwd op welke gronden de indicierend verpleegkundige tot aanpassing van de indicatie is gekomen die heeft geleid tot de toekenning van 28 mei 2024. Met de brief van 7 augustus 2024 heeft hij aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvraag van 29 maart 2024 voor een PGB vv op basis van 6 uren Verpleging en 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 23 juli 2024 tot en met 23 juli 2026 alsnog goed te keuren. Ook verzoekt zij om vergoeding van de proceskosten, gemaakt in het kader van de klachtprocedure bij de ziektekostenverzekeraar en de procedure bij de commissie.
- 3.2. In haar brief van 25 juli 2024 en haar ongedateerde brief in reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 7 augustus 2024, heeft verzoekster verklaard dat haar gezondheid sterk is verminderd en blijft afnemen. Zij heeft veel last van pijnklachten aan haar linkerarm en -schouder. Zij heeft een gescheurde spier die niet kan herstellen, een slijmbeursontsteking en artrose. Wat betreft de overige klachten heeft zij als volgt verklaard.

Diabetes

- 3.3. De indicierend verpleegkundige heeft eenmaal per dag 10 minuten geïndiceerd voor het meten van de bloedsuikerspiegel. Voor het toedienen van de insuline is tweemaal per dag 10 minuten geïndiceerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar kunnen deze handelingen tegelijkertijd worden uitgevoerd en hoeft hiervoor niet apart tijd te worden geïndiceerd. Verzoekster is het hiermee niet eens, omdat tijdens deze handelingen meer gebeurt, te weten het toedienen van overige medicatie in de vorm van tabletten en het aanbrengen van zalf voor verschillende aandoeningen. Ook draagt verzoekster een kniebrace aan de rechterknie. Deze dient dagelijks nagekeken te worden, om te zien of hij nog goed past. Dit alles is volgens verzoekster door de indicierend verpleegkundige niet juist weergegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens voor diabeteszorg slechts eenmaal 10 minuten per dag toegekend. Het meten van de bloedsuikerspiegel gebeurt gemiddeld driemaal per dag. Ook het klaarzetten en het geven van de overige medicatie vindt meerdere keren per dag plaats. Gelet hierop is 10 minuten per dag voor diabeteszorg ontoereikend.
De ziektekostenverzekeraar heeft volgens verzoekster voorts geen rekening gehouden met het afstemmen van haar voeding. Voor diabetici is het belangrijk het ontbijt, de lunch en het avondeten op insuline en overige medicatie af te stemmen. Dagelijks wordt ook het gewicht bekeken om de voeding en medicatie te bepalen. Ook dient een diabeet goed te bewegen. Verzoekster doet lichte lichamelijke oefeningen en wandelt kleine stukjes. Hierbij heeft zij instructie en begeleiding nodig. Zij vindt het belangrijk niet in een situatie te komen waar zij kan instorten en hulp te laat komt. Verzoekster heeft verder gesteld dat de indicierend verpleegkundige in de aanvraag ten onrechte niet de handelingen voor het toedienen van de overige medicatie, het wegen, het afstemmen van de voeding, het bewegen en het meerdere keren per dag meten van de bloedsuikerspiegel heeft opgenomen.

Wondzorg

- 3.4. Voor wondzorg zijn 2 uren en 20 minuten per week in mindering gebracht. Verzoekster zou volgens de ziektekostenverzekeraar voor wondzorg aan de voeten naar een medisch pedicure gaan en er zou geen sprake meer zijn van open wonden. De behandeling bij de medisch pedicure is eenmaal per 6 weken. Dit is absoluut niet voldoende om de conditie van de huid goed te houden. Op basis van het door de ziektekostenverzekeraar toegewezen zorgprofiel krijgt verzoekster maar 7 behandelingen per jaar vergoed. Dit is alleen voor haar voeten. De behandeling duurt 15 tot 20 minuten. De behandeling van haar handen, waar zij dezelfde wondproblemen ervaart, krijgt zij niet vergoed. Verzoekster heeft doorgezakte voeten en kwetsbare handen door diabetes, en een grote teen die scheef staat. Verder is sprake van slijtage, artrose, kalknagels en het carpaletunnelsyndroom. Zij heeft dagelijks pijnklachten, waardoor zorg, zoals wondverzorging, nagels vijlen, schoonmaken, knippen, massage ter pijnbestrijding en zalf aanbrengen nodig is. In verband met diabetes heeft verzoekster ook last van jeuk. Vanwege een verminderd gevoel in haar handen en voeten dient er goed te worden gecontroleerd op wondjes, zodat deze niet kunnen gaan infecteren. De indicierend verpleegkundige heeft hiervoor eenmaal per dag 20 minuten geïndiceerd. Dit is niet alleen voor haar voeten, maar ook voor de handen van verzoekster.

Volgens de ziektekostenverzekeraar zou wondzorg ook tijdens het douchen kunnen plaatsvinden. Verzoekster heeft verklaard dat het douchen een afzonderlijke zorgactiviteit is die onder ‘Persoonlijke Verzorging’ valt. Wondzorg is een zorgactiviteit die valt onder ‘Verpleging’. Het is ook niet wenselijk om wonden tijdens het douchen te behandelen, want de wond is dan nog vochtig. Verzoekster was niet ervan op de hoogte dat zij verbandmiddelen ook kon declareren. Bovendien is niet bij elke wondbehandeling een verbandmiddel nodig.

Aankleden in de ochtend

- 3.5. Er is door de ziektekostenverzekeraar ook 1 uur en 45 minuten per week in mindering gebracht voor het aankleden in de ochtend. De ziektekostenverzekeraar heeft volgens verzoekster aan de indicierend verpleegkundige meegedeeld:

“U indiceert enkel voor het douchen en afdrogen 30 minuten. Dit lijkt erg ruim omdat u daarnaast nog voor het omkleden apart hebt geïndiceerd. Wij zijn voornemens om voor het totale douchemoment (dus incl. omkleden) 30 minuten toe te kennen.”

Verzoekster kan deze mededeling niet plaatsen, omdat voor het omkleden niet afzonderlijk tijd is geïndiceerd. Zij heeft verder toegelicht dat het douchen veel tijd in beslag neemt. Verzoekster heeft problemen met bewegen, balans houden, en stijfheid van gewrichten en spieren. Zij heeft ook last van een verminderende handfunctie en onvoldoende kracht in de handen en vingers.

Hulpmiddelen

- 3.6. Verzoekster heeft verder verklaard dat er geen hulpmiddelen kunnen worden ingezet. Zelfredzaamheid is voor haar op verschillende momenten niet mogelijk. Zij is verder niet bekend met de Nederlandse taal, cultuur, normen en waarden, en regels. Dit maakt het voor haar bijna onmogelijk om zelfredzaam te zijn en ook nog enigszins deel te nemen aan de samenleving zonder hulp en begeleiding. Hierdoor is het voor verzoekster onmogelijk om zelf de juiste dosering insuline toe te dienen, en het juiste aantal en het soort medicatie te bepalen. Haar zoon en zijn vrouw helpen verzoekster onbetaald met talloze handelingen. Dit zorgt voor erg veel druk en stress bij hen. Instanties besparen veel geld, omdat verzoekster thuis blijft wonen. Wegens grote tekorten aan zorgpersoneel is het bovendien niet mogelijk naar een verzorgingstehuis te gaan. Met zorg in natura zou de ziektekostenverzekeraar vele malen duurder uit zijn dan met de informele zorg die zij nu ontvangt. De kritische beoordeling van de aanvraag is in strijd met de zorg die zij daadwerkelijk nodig heeft. Verzoekster heeft gesteld dat zij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de aangevraagde zorg. Als zij niet het juiste aantal uren krijgt toegekend, dan zal haar gezondheidstoestand nog verder verslechteren.

- 3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een second opinion door een andere indicierend verpleegkundige. Zij vraagt zich af waar staat dat de indicierend verpleegkundige een indicatie zonder overleg met haar kan wijzigen. De indicierend verpleegkundige heeft de indicatie totaal onjuist gesteld. Verzoekster begrijpt niet hoe de indicierend verpleegkundige de indicatie kan wijzigen, terwijl deze niet goed op de hoogte is van haar gezondheidssituatie. Zij vindt de verwijzing van de ziektekostenverzekeraar naar een eerder bindend advies van de commissie dan ook te kort door de bocht. De tijd die de ziektekostenverzekeraar nu heeft toegekend is niet toereikend voor de vele noodzakelijke zorghandelingen.
- 3.8. Verzoekster heeft gesteld dat het uit den boze is dat de ziektekostenverzekeraar handelingen heeft samengevoegd en minder uren heeft toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft een beoordeling uitgevoerd op basis van de aanvraag, waarvan meer dan de helft niet juist en compleet is. De indicierend verpleegkundige heeft alle informatie overgenomen van een oudere aanvraag. Hierdoor zou zij sneller klaar zijn. Achteraf gezien had verzoekster een andere indicierend verpleegkundige willen vragen. De afgelopen jaren is haar gezondheid verslechterd en deze zal niet weer verbeteren. Volgens verzoekster moet een aanvraag per onderdeel secuur worden uitgevraagd. De combinaties van handelingen die worden geacht binnen eenzelfde tijdsbestek te kunnen worden uitgevoerd zijn niet haalbaar. Verzoekster heeft een overzicht van haar gezondheidsklachten overgelegd. Hierbij past volgens haar niet het fors aantal minder uren dat door de ziektekostenverzekeraar is toegekend.
- 3.9. In haar brief van 25 juni 2025, gericht aan de commissie, heeft verzoekster verklaard dat in eerdere bindend adviezen van de commissie is bepaald dat als de ziektekostenverzekeraar contact met de indicierend verpleegkundige opneemt en de indicatie wordt gewijzigd, dit zorgvuldig moet gebeuren. Een onderdeel daarvan is dat de inhoud van een gesprek wordt vastgelegd en dat de verzekerde en/of de gemachtigde worden geïnformeerd en daarbij worden betrokken. Verzoekster is niet betrokken geweest bij het overleg tussen de ziektekostenverzekeraar en de indicierend verpleegkundige. De wijziging in de indicatie is daarmee niet deugdelijk gemotiveerd en niet inzichtelijk. De indicierend verpleegkundige heeft bepaalde zorgactiviteiten, zoals haren drogen en kammen, en gebitsverzorging, niet geïndiceerd. Ook heeft de indicierend verpleegkundige geen tijd geïndiceerd voor het minimaal viermaal per dag druppelen van de ogen. Het mag duidelijk zijn dat verzoekster dit niet zelf kan. Verder heeft zij toegelicht dat er sprake is van open wondjes, omdat zij zich ten gevolge van jeuk door diabetes veel krabt.
- 3.10. Volgens verzoekster is de gehele beoordeling en indicatiestelling door de indicierend verpleegkundige haastwerk geweest. De bijstelling naderhand is niet inzichtelijk en zorgvuldig gebeurd.
- 3.11. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat haar klachten zijn verergerd, zodat het onbegrijpelijk is dat de indicatie naar beneden is aangepast. De indicatie is onzorgvuldig tot stand gekomen, er is namelijk ook geen zorgplan. Als naar aanleiding van de aanvraag reden is voor nader overleg, dan dient de ziektekostenverzekeraar met de indicierend verpleegkundige contact op te nemen. Verzoekster had daarbij betrokken moeten worden. Dat laatste is niet gebeurd, met als gevolg dat het toegekende PGB vv volstrekt niet toereikend is. Daarnaast gevraagd door de commissie licht verzoekster toe dat de indicatie van 29 maart 2024 is ondertekend op basis van de uren die door de indicierend verpleegkundige werden vastgesteld. Het geschil ziet volgens verzoekster op het feit dat er vervolgens – zonder haar daarbij te betrekken – nader overleg heeft plaatsgevonden en de indicierend verpleegkundige de indicatie naar beneden heeft aangepast. Daarvoor heeft verzoekster niet getekend. Verzoekster heeft verder gesteld dat er geen sprake is geweest van een herindicatie, maar van een second opinion. Een herindicatie wordt gesteld om het PGB vv te verlengen. Daarvan was geen sprake. Volgens verzoekster waren er twee factoren waardoor werd getwijfeld aan de competentie van de indicierend verpleegkundige. Zij heeft zonder enige

onderbouwing ingestemd met aanpassing van de indicatie en bij de second opinion zijn ongeveer hetzelfde aantal uren geïndiceerd, maar dan met een andere verdeling. De second opinion was bedoeld om de bekwaamheid van de indicierend verpleegkundige te toetsen. Dit heeft pas ongeveer een jaar later kunnen plaatsvinden, omdat eerder geen mogelijkheid daartoe was.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brieven van 28 mei 2024 en 7 augustus 2024, gericht aan verzoekster, en zijn brief van 9 februari 2026, gericht aan de commissie, uiteengezet dat in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering het recht op verpleging en verzorging is beschreven. Het moet gaan om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. Er bestaat aanspraak als een verzekerde niet zelfredzaam is. Dan wordt er onder andere gekeken naar de inzet van hulpmiddelen, het aanleren van bepaalde (zelf)zorg en de ondersteuning van het eigen netwerk. Dit volgt uit het verpleegkundig proces. Al bij het indiceren moet worden gekeken hoe de zelfredzaamheid kan worden vergroot en wat het eigen netwerk redelijkerwijs kan doen. Dit volgt ook uit de richtlijnen van de beroepsgroep, het Normenkader en Begrippenkader van de V&VN, en de nadere uitleg *‘Verpleegkundige indicatiestelling, een nadere duiding’* van het Zorginstituut. Voor alle zorg die wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering geldt dat men, op grond van de indicatie, hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs moet zijn aangewezen.

In eerdergenoemd artikel is ook de mogelijkheid van een PGB vv opgenomen. Een indicatie moet worden gesteld volgens het V&VN Normenkader. De gestelde indicatie vormt de basis voor een PGB vv, maar de ziektekostenverzekeraar dient deze nog te controleren op navolgbaarheid. Er worden in dat verband gekeken of:

- de geïndiceerde zorg naar haar aard wijkverpleging onder de zorgverzekering kan zijn;
- duidelijk is dat en waarom iemand op deze zorg (en in deze omvang) is aangewezen;
- de zelfredzaamheid kan worden vergroot door de inzet van hulpmiddelen of andere voorzieningen;
- er een afweging is gemaakt ten aanzien van wat het eigen netwerk redelijkerwijs kan doen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat als een gestelde indicatie onnavolgbaar is, er contact wordt opgenomen met de indicierend verpleegkundige. In het geval van verzoekster heeft de indicierend verpleegkundige de eerder door haar gestelde indicatie hierop aangepast. Volgens bestendige jurisprudentie van de commissie is dit een zorgvuldige beoordeling en is de aangepaste indicatie de geldende indicatie.

4.3. Verzoekster heeft op 29 maart 2024 een indicatie laten stellen door een indicierend verpleegkundige voor de periode van 23 juli 2024 tot en met 22 juli 2026. Deze initiële indicatie betrof:

5 uren en 50 minuten Verpleging

Op basis van het uitgeschreven zorgplan komt de Verpleging neer op 350 minuten per week en niet op 360 minuten per week.

• Bloedsuiker prikken	10 minuten per dag	70 minuten per week
• Insuline injecteren	2 x 10 min per dag	140 minuten per week
• Wondzorg voeten	20 minuten per dag	140 minuten per week

9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging

• Douchen	30 minuten per dag	210 minuten per week
• Omkleden ochtend en avond	2 x 15 minuten per dag	210 minuten per week
• Uit- en in bed helpen	2 x 10 minuten per dag	140 minuten per week

- 4.4. Omdat de indicatie niet voldoende navolgbaar was, heeft de ziektekostenverzekeraar het zorgplan opgevraagd met de anamnese en zijn daarna nog vragen gesteld aan de indicierend verpleegkundige. De indicierend verpleegkundige heeft de indicatie naar beneden bijgesteld en de tijd voor Verpleging gesteld op 2 uren en 20 minuten per week en voor Persoonlijke Verzorging op 7 uren en 45 minuten per week. De aldus aangepaste indicatie is door de ziektekostenverzekeraar volledig toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft het e-mailverkeer hierover tussen hem en de indicierend verpleegkundige overgelegd.

Wondzorg

- 4.5. Er is 20 minuten per dag voor wondzorg geïndiceerd in verband met de kwetsbaarheid van de voeten ten gevolge van diabetes. Volgens verzoekster geldt dit niet alleen voor de voeten, maar ook voor de handen. In het zorgplan worden echter alleen de voeten beschreven. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn administratie niets gezien over wondverbandmiddelen. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat verzoekster naar een medisch pedicure en zijn er geen open wonden meer. Verzoekster stelt dat het van cruciaal belang is dat de huid iedere dag wordt gecontroleerd. De ziektekostenverzekeraar betwist dit niet, maar deze zorgactiviteit kan worden uitgevoerd tijdens het douchen. Daarvoor wordt dan geen extra tijd geïndiceerd. Een duidelijke geneeskundige context en uitleg waarom verzoekster naar aard en omvang dagelijks 20 minuten wondzorg nodig heeft, ontbreekt. De indicierend verpleegkundige kon na vragen van de ziektekostenverzekeraar de indicatie op dit punt niet nader toelichten. Deze zorg is dan ook door de indicierend verpleegkundige in mindering gebracht. Dit betrof 2 uren en 20 minuten (140 minuten) Verpleging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat hij – in verband met de aangepaste indicatie – hierop inhoudelijk niet hoeft in te gaan, maar dat het Zorginstituut wellicht kan beoordelen of dit terecht is geweest.

ADL ochtend

- 4.6. Bij de Persoonlijke Verzorging is hulp bij het aankleden opgenomen om het valrisico te verminderen. Hiervoor is 15 minuten per dag geïndiceerd. Voor alleen douchen en afdrogen is een half uur geïndiceerd. Dit is erg ruim. Door het laten samenvallen van activiteiten kan de zorg efficiënt worden geboden, waardoor deze minder tijd in beslag zal nemen. Volgens verzoekster dienen ook de haren te worden gedroogd en gekamd, en dient gebitsverzorging plaats te vinden. Deze zorgactiviteiten zijn echter niet geïndiceerd, zodat hiervoor geen (extra) tijd kan worden toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft de indicierend verpleegkundige gevraagd of de gecombineerde handelingen voor ADL zorg in de ochtend met 55 minuten per dag niet te ruim waren geïndiceerd. Dit is een verpleegkundige afweging, waarbij de ziektekostenverzekeraar ervan uitgaat dat de fysieke situatie en beperkingen bij de verpleegkundige bekend zijn. De indicierend verpleegkundige heeft 15 minuten per dag in mindering gebracht, zodat dit 40 minuten per dag is geworden. De vermindering betreft in totaal 1 uur en 45 minuten (105 minuten) Persoonlijke Verzorging per week.

4.7. *Diabeteszorg*

Voor het meten van het bloedsuikergehalte is 10 minuten per dag geïndiceerd. Daarnaast wordt tijd geïndiceerd voor het spuiten van insuline. Deze handelingen kunnen binnen hetzelfde zorgmoment plaatsvinden. Hierdoor zou 10 minuten per dag voldoende moeten zijn voor beide handelingen tezamen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de indicierend verpleegkundige

hiermee akkoord gegaan. Verzoekster heeft toegelicht dat het bloedsuikergehalte meerdere keren per dag moet worden gemeten. Dit is echter niet geïndiceerd en uiteindelijk is akkoord gegeven voor het in mindering brengen van de tijd. Na contact met de indicierend verpleegkundige is 1 uur en 10 minuten (70 minuten per week) in mindering gebracht voor het meten van de bloedsuiker.

Ogen druppelen

- 4.8. Volgens verzoekster is er ten onrechte geen tijd voor het ogen druppelen geïndiceerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij niet kan beoordelen wat de situatie was in 2024 en waarom hiervoor geen tijd is geïndiceerd. Er kan zonder dat een indicatie is gesteld in ieder geval geen tijd voor worden toegekend.
- 4.9. De indicatie is naar 2 uren en 20 minuten Verpleging per week en 7 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week aangepast. Deze aangepaste indicatie is volledig goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar bij machtiging van 28 mei 2024. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de uren voor Persoonlijke Verzorging in het voordeel van verzoekster zijn, maar dat hij dit niet zal aanpassen.
- 4.10. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat twee jaren eerder een machtiging is verstrekt voor 5 uren en 15 minuten Verpleging en 5 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging. Dit was één uur meer dan de verstrekte machtiging in 2024. Het verschil is dat de indicierend verpleegkundige het aantal minuten naar beneden heeft aangepast nadat de ziektekostenverzekeraar vragen stelde over de indicatie. De indicierend verpleegkundige heeft zich kennelijk gerealiseerd dat zij onvoldoende onderbouwing had voor de wondzorg en vond dat deze zorg kan samenvallen met andere handelingen.

Hogere indicatie in 2025

- 4.11. Na de machtiging van 28 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een herindicatie van 16 juli 2025 ontvangen. In principe is het niet de bedoeling een nieuwe indicatie te laten stellen als de afgegeven indicatie niet uitvalt zoals gehoopt. Dit zou immers niet doelmatig zijn. Er bestaat echter op grond van artikel 5.8 van het toepasselijke reglement de mogelijkheid tot een second opinion. Deze wordt evenwel niet actief aangeboden als er geen twijfel bestaat over de (aangepaste) indicatie. Van een second opinion is in dit geval dan ook geen sprake. De initiële indicatie van 16 juli 2025 betrof 3 uren en 30 minuten Verpleging per week en 11 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De tijd voor Verpleging is na overleg met de indicierend verpleegkundige teruggebracht naar 1 uur en 45 minuten per week. Er is een toekenning met ingang van 8 augustus 2025 verstrekt op basis van de aangepaste indicatie.
- 4.12. De indicierend verpleegkundige zag in 2025 kennelijk ruimte voor een hogere indicatie. Dat wil volgens de ziektekostenverzekeraar niet zeggen dat de (aangepaste) indicatie uit 2024 niet klopte. Aanvullend heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de ingangsdatum van een machtiging volgens artikel 6.1 van het toepasselijke reglement de ontvangstdatum van de aanvraag is. Een nieuwe indicatie kan nooit met terugwerkende kracht ingaan. Daarbij is deze herindicatie een jaar later gesteld.
- 4.13. Gelet op het duidelijke beoordelingskader en de duidelijke rol en verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar, is er geen ruimte voor een andere beslissing. Het beoordelingsproces is volgens de ziektekostenverzekeraar zorgvuldig en correct gedaan. De argumenten van verzoekster en haar familie waarom de gestelde indicatie niet klopt, kunnen niet worden meegenomen in de beoordeling.
- 4.14. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar een tweetal bindende adviezen, GcZ 202001768 en GcZ 202002310, waarin de commissie heeft bepaald dat de verzekeraar en de indicierend

verpleegkundige bij onduidelijkheden in de indicatie contact moeten hebben, waarna de indicierend verpleegkundige akkoord kan geven voor verlaging van de indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat de aanvraag zorgvuldig door hem is beoordeeld. Hij moet in het kader van zijn maatschappelijke rol en het gebruik van gemeenschapsgeld kritisch kijken naar de aanvraag, ook wanneer in het verleden een PGB wv op basis van meer uren is toegekend. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een tweetal bindende adviezen, GcZ 202002310 en GcZ 202401722, waarbij de aangepaste indicatie door de commissie als geldend werd beschouwd.

- 4.15. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het indiceren gebeurt volgens het V&VN Normenkader. De adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar kan bij de beoordeling van de aanvraag met het aantal uren of geïndiceerde zorg anders uitkomen. Bij de herindicatie van 16 juli 2025 werd een hogere indicatie gesteld. Dat is mogelijk. De ziektekostenverzekeraar kan niet spreken van een goede of slechte indicatie. Bij de indicatie van 29 maart 2024 was, anders dan verzoekster heeft gesteld, wel een zorgplan gevoegd. Bij twijfel over een indicatie is een second opinion mogelijk. Een tweede beoordelaar stelt in dat geval ook een indicatie en daarmee gaat men terug naar de oorspronkelijk indicierend verpleegkundige. Bij verzoekster was geen sprake van een second opinion, maar van een herindicatie ruim een jaar later door een andere indicierend verpleegkundige. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij met de indicierend verpleegkundige contact op te nemen als de indicatie onnavolgbaar is. Hiervan is een schriftelijke verslaglegging. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou het goed zijn als de indicierend verpleegkundige een terugkoppeling had gegeven aan verzoekster toen de indicatie werd aangepast, maar dit is zij niet verplicht. Daarnaast gevraagd door de commissie licht de ziektekostenverzekeraar toe dat het goed zou zijn geweest als de indicierend verpleegkundige na aanpassing een terugkoppeling had gegeven aan verzoekster. Een verplichte terugkoppeling door de indicierend verpleegkundige aan verzoekster maakt echter geen onderdeel uit van het zorgvuldige proces dat de ziektekostenverzekeraar moet doorlopen in het kader van de beoordeling van de aanvraag. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de herindicatie van 16 juli 2025 ruim een jaar na de indicatie van 29 maart 2024 heeft plaatsgevonden. Er kan sprake zijn van eenzelfde situatie als het jaar daarvoor, maar dit hoeft niet het geval te zijn. De herindicatie kan niet met terugwerkende kracht gelden in plaats van de aangepaste indicatie. Indiceren blijft mensenwerk. Als men het niet eens is met de gestelde indicatie, dan is het mogelijk daarover in gesprek te gaan met de indicierend verpleegkundige. Ook is een second opinion mogelijk. Ook had verzoekster op een eerder moment een herindicatie kunnen laten stellen.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In zijn brief van 25 februari 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“(…) Het geschil gaat over een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (PGB wv). Het Zorginstituut kan voor geschillen over een PGB wv alleen beoordelen of sprake is van ‘zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden’ en een geneeskundige context. Daarnaast behoort het tot de taak van het Zorginstituut om te beoordelen of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de geïndiceerde zorg. Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat dit geschil hierop geen betrekking heeft.

Uit het dossier blijkt dat verzoekster vindt dat zij te weinig uren toegekend heeft gekregen voor verpleging en verzorging. De indicierend verpleegkundige heeft de indicatiestelling van verzoekster aangepast. Verweerder heeft het aantal uren dat de indicierend verpleegkundige heeft geïndiceerd toegekend. Omdat de indicatie en de toekenning overeenkomen en er dus geen geschil bestaat over de aanspraak, is het Zorginstituut niet bevoegd om advies te geven. Het Zorginstituut brengt dan ook geen advies uit in dit geschil.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. 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 het Reglement Zvw-PGB in het kader van Verpleging en Verzorging (hierna: Reglement PGB vv) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het Reglement PGB vv. Een verzekerde heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.
- 7.3. De indicierend verpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De verzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:
 - a) de verzekeraar neemt contact op met de verpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
 - b) de verpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
 - c) bereiken de verzekeraar en de verpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 7.4. Als de verzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de verpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv, tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 7.5. In geschil is de aanvraag van 29 maart 2024 voor een PGB vv op basis van 6 uren Verpleging per week en 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 23 juli 2024 tot en met 22 juli 2026. De ziektekostenverzekeraar heeft onweersproken gesteld dat door hem een nieuwe aanvraag (herindicatie) van 16 juli 2025 is ontvangen. In artikel 6.3 van het Reglement PGB is bepaald dat als sprake is van een tussentijdse herindicatie, het PGB vv alleen kan worden behouden door opnieuw een PGB vv aan te vragen. Het nieuwe PGB vv gaat op zijn vroegst in op de datum waarop het volledig ingevulde aanvraagformulier is ontvangen. De commissie overweegt dat de nieuwe aanvraag (herindicatie) met ingang van 8 augustus 2025 is gehonoreerd. Dit betekent dat de beslissing van de commissie met betrekking tot de aanvraag van 29 maart 2024 ziet op de periode van 23 juli 2024 tot 7 augustus 2025.

- 7.6. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 februari 2026 de correspondentie tussen hem en de indicierend verpleegkundige overgelegd. Hieruit volgt dat de indicierend verpleegkundige heeft ingestemd met een verlaging van de indicatie van 29 maart 2024. Zo kwam de tijd voor wondzorg, het aankleden, en het prikken van bloedsuiker te vervallen. De indicierend verpleegkundige heeft de nieuwe indicatie gesteld op 2 uren en 20 minuten Verpleging per week en 7 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens op basis hiervan de machtiging van 28 mei 2024 verstrekt. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het goed zou zijn als de indicierend verpleegkundige bij aanpassing van de indicatie een terugkoppeling zou hebben gegeven aan verzoekster. Wat daar ook van zij, dat doet niet af aan de in dit geval gevolgde procedure en de uitkomst daarvan. Het voorgaande betekent dat de ziektekostenverzekeraar de in eerdere bindende adviezen beschreven procedure heeft gevolgd waarmee zijn besluit zorgvuldig tot stand is gekomen.
- 7.7. Verzoekster heeft gesteld dat zij niet betrokken is geweest bij het overleg tussen de ziektekostenverzekeraar en de indicierend verpleegkundige en dat daarmee de aanpassing van de indicatie onzorgvuldig is geweest. De commissie volgt verzoekster hierin niet. Het stellen – en ook het eventueel aanpassen – van de indicatie is voorbehouden aan de indicierend verpleegkundige als zorgprofessional en het is aan deze ervoor zorg te dragen dat de gestelde indicatie, binnen de gegeven kaders, ook navolgbaar is. Anders dan verzoekster meent, volgt uit eerdere bindende adviezen hierover niet dat dit anders zou zijn.
- 7.8. Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat de indicatie door de indicierend verpleegkundige onjuist is gesteld, omdat zij alleen informatie heeft overgenomen van een eerdere aanvraag, zonder volledig op de hoogte te zijn van de zorg die verzoekster nodig heeft. De commissie overweegt dat het de verantwoordelijkheid van verzoekster is alle relevante medische informatie te bespreken met de indicierend verpleegkundige. Waar de indicatie volgens verzoekster niet volledig was, had zij - voorafgaand aan het indienen van de aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar - de hierin ontbrekende of onjuiste informatie met de indicierend verpleegkundige moeten bespreken. De aanvraag is door haar ondertekend, waarmee zij daaraan haar akkoord heeft gegeven. Onder deze omstandigheden kan niet worden gesteld dat de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig heeft gehandeld. Ook kan er geen sprake van zijn dat de gestelde indicatie – buiten het reguliere indicatieproces om – moet worden opgehoogd.

Slotsom

7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juni 2026,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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.

§ 1a. Het Zvw-pgb

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

§ 1.4a. Zvw-pgb

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 € 28,20 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.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,

- 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 8.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
- 9.** De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
- 10.** In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 11.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

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.

Hoofdstuk 6a. Ondersteuning Zvw-pgb

Artikel 6a.1

De Sociale verzekeringsbank wordt aangewezen als de publiekrechtelijke rechtspersoon, bedoeld in artikel 13a, achtste lid, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 6a.2

1. De ondersteuning, bedoeld in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet bestaat uit:
- a. het namens de verzekerde die ten aanzien van zijn zorgverlener inhoudingsplichtige is, indienen van declaraties bij zijn zorgverzekeraar, ontvangen van de vergoedingen van zijn zorgverzekeraar, betalen van zijn zorgverleners met de ontvangen vergoedingen, voeren van een salarisadministratie en doen van aangiften en afdrachten;
 - b. de verzekerde bijstaan of doen bijstaan in zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap waaronder ten aanzien van ziekte, ontslag, arbeidsomstandighedenregelgeving, zaakschade, aansprakelijkheid en rechtsbijstand.
2. De ondersteuning wordt kosteloos verstrekt.

Artikel 6a.3

1. De Sociale verzekeringsbank stelt voorwaarden aan het verkrijgen van de ondersteuning voor zover dit voor de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs van belang is.
2. De Sociale verzekeringsbank legt haar werkwijze vast en informeert verzekerden en zorgverzekeraars hierover.

Artikel 6a.4

1. De verzekerde verleent medewerking aan de Sociale verzekeringsbank voor zover dat van hem ten behoeve van de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs kan worden verwacht.
2. De verzekerde doet aan de Sociale verzekeringsbank op verzoek of onverwijld uit eigen beweging mededeling van gegevens waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de ondersteuning.

Artikel 6a.5

De Sociale verzekeringsbank kan de ondersteuning geheel of gedeeltelijk weigeren, opschorten of beëindigen indien de verzekerde niet meer beschikt over een Zvw-pgb of indien niet of niet langer

wordt voldaan aan het gestelde bij of krachtens de artikelen 6a.3 en 6a.4.

Artikel 6a.6

1. De Minister verstrekt de Sociale verzekeringsbank jaarlijks een bijdrage voor de kosten van de ondersteuning.
2. De Sociale verzekeringsbank dient vóór 1 oktober een aanvraag, voorzien van een begroting met toelichting, tot verlening van een bijdrage voor het daaropvolgende jaar in bij de Minister.
3. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het verlenen van de bijdrage en van voorschotten op de bijdrage.
4. De Minister kan de Sociale verzekeringsbank bij de verlening van de bijdrage verplichtingen opleggen met betrekking tot de uitvoering van de ondersteuning of het verkrijgen van de bijdrage.
5. Na afloop van het jaar waarvoor de bijdrage is verstrekt, dient de Sociale verzekeringbank vóór 1 juli een aanvraag, voorzien van een financieel verslag met toelichting, tot vaststelling van de bijdrage in bij de Minister.
6. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het vaststellen van de bijdrage.

Artikel 6

Akkoordverklaring

6.1

De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.

6.2

Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben 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. Wij willen de volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulieren, inclusief benodigde bijlagen minimaal 6 weken voor het einde van uw huidige toekenningsverklaring ontvangen hebben.

6.3

Als er sprake is van een tussentijdse herindicatie, dan kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij het volledige ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen.

6.4

In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast.

- De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe indicatie aanvragen bij uw wijk-verpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.
- Indien er eerder door ons een Zvw-pgb is toegekend, dan is het in sommige maatwerksituaties mogelijk om een Zvw-pgb met een looptijd van maximaal 5

jaar toe te kennen, overeenkomstig de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb.

6.5

Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

6.6

Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. Indien u een budget voor verpleging én verzorging heeft, dan zien wij dit als aparte budgetten.

6.7

Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Als u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitgekeerde terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd of verhoogd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Als u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.

6.8

De toekenning, beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.

6.9

Heeft u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de akkoordverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

Artikel 7

Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

- U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw akkoordverklaring staat vermeld.
- Alleen u of uw wettelijk vertegenwoordiger kan nota's declareren vanuit een Zvw-pgb.
- Voor het indienen van uw declaraties dient u gebruik te maken van het declaratieformulier formele zorgverlener of het declaratieformulier informele zorgverlener. U kunt deze vinden op onze website. U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor formele zorgverleners en voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en archiveert u in uw dossier. Het toesturen van het pgb-declaratieformulier is voldoende. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, Zvw-pgb aanvraag en akkoordverklaring mag gedeclareerd worden.
- Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de declaratieformulieren geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze declaraties en de geleverde uren zorg.
- Declareren van een vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op eenheden van 5 minuten) mag worden gedeclareerd.
- Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons te declareren. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
- Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan

zorg zoals in artikel 2.1 beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit van het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als Zorg in Natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

7.2.1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	39,72	3,31
Verpleging	58,80	4,90

7.2.2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	25,44	2,12
Verpleging	25,44	2,12

7.2.3 Onder formele zorgverleners vallen zorgverleners die beschikken over:

- Een AGB-code uit één van de volgende categorieën:
 - 41 ZZP'ers in de wijkverpleging / Zvw-pgb aanbieders / beheerstichtingen
 - 42 verzorgingshuizen
 - 75 thuiszorginstellingen
 - 91 verpleegkundigen
 - 98 declaranten/servicebureaus/ zorgverzekeraars; en
- die zelfstandig of namens de onder a. bedoelde instelling werkzaam zijn als wijkverpleegkundig

- De eerste behandeling start binnen een maand na het voorschrift.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Medisch specialist of huisarts heeft vastgesteld dat verlenging van zorg medisch noodzakelijk is.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Wijkverpleging en PGB

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Wijkverpleging (artikel B.26.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Wijkverpleging.
Het gaat hierbij om verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.
Onder bepaalde voorwaarden is het mogelijk om voor deze zorg een Persoons Gebonden Budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) aan te vragen. Het budget stellen wij vast op basis van geïndiceerde uren (verpleging en verzorging).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor wijkverpleging.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is sprake van behoefte aan verpleging en verzorging waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg.
Het gaat om geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

Wat zijn de voorwaarden?

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg.
- De indicatiestelling en de te verlenen zorg moeten doelmatig zijn.
Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Als de zorg alleen bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en om eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen.

- Het zorgplan en de indicatiestelling moeten inhoudelijk voldoen aan het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
Bij de indicatie wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.
De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. De HBO-verpleegkundige of verpleegkundig specialist die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, legt dit vast in een zorgplan. Deze zorgverlener is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan (dus de ingezette zorg), nog passen bij de zorgvraag. Als u een PGB heeft, kan deze betrokkenheid en bewaking anders zijn. De voorwaarden hiervoor vindt u in het Reglement Zvw-pgb.
Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgbaar is.
Wilt u kiezen voor een PGB dan kijken wij aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor een pgb-verpleging en verzorging (vv). Zie hiervoor ook het Reglement Zvw-pgb in de bijlage.
- De HBO verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, is aangesloten bij het netwerk dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert.
Dit is bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis.
- De zorgverlener of zorgverlenende instantie moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel.
De zorgverlener de zorg verleent en declareert heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code 'Verpleegkundige niveau 5' of hoger die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen.
Bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie. Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- Advies om bij zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd (integrale zorg) contact met ons op te nemen.
Bijvoorbeeld zorg vanuit de Zorgverzekeringswet, Jeugd-wet, WMO en Wlz.
Voor integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in deze verzekeringsvoorwaarden.
- Als u kiest voor een PGB, moet u zelf de taken en verplichtingen rond het PGB uit kunnen voeren.
 - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn, op verantwoorde manier uit te voeren. De aspecten die meewegen in onze beoordeling daarbij staan in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
 - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de zorgverleners die u heeft gekozen op zodanig aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of wordt van verantwoorde zorg;
 - U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.
Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan al deze voorwaarden te voldoen, dan verlenen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb, of we stellen aanvullende eisen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb;
 - Alle specifieke voorwaarden en informatie over het aanvragen van PGB vindt u in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
- Voor zorg vanuit een PGB moet het gaan om zorg die u langer dan 1 jaar nodig heeft of het moet gaan om palliatieve terminale zorg (PTZ).
PTZ betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- De indicatiestelling voor volwassenen vanaf 18 jaar wordt gedaan door minimaal een BIG-geregistreerde HBO verpleegkundige.
De indicatie is opgesteld in uw eigen omgeving waarbij u zelf aanwezig bent.
- De indicatiestelling kinderen onder de 18 jaar wordt gedaan door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist.
 - Deze verpleegkundig specialist moet een opleiding tot kinderverpleegkundige hebben;
 - deze kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist moet werkzaam zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg)
 - de indicatie is opgesteld in de eigen omgeving van het kind waarbij het kind zelf aanwezig is met de ouder(s) of andere wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld mentor of curator).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig.
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel een akkoordverklaring van ons nodig. De aanvraag van een niet-gecontracteerde zorgverlener is alleen geldig als de indicatie niet ouder is dan 3 maanden.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij herbeoordeling van de zorgbehoefte.
U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen door een andere verpleegkundige. Deze herbeoordeling wordt alleen vergoed als u hier vooraf toestemming van ons voor heeft gekregen. Wij kunnen hierbij een andere verpleegkundige aanwijzen. Wij kunnen die toestemming bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, voordat u een herbeoordeling aanvraagt.
Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Dan kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.
- Uw aanvraag voor PGB beoordelen wij aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set.
Meer informatie hierover en over een eventuele akkoordverklaring vindt u in de Bijlage Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
Het Zvw-pgb-aanvraagformulier staat op onze website. Of u kunt het telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Verpleegkundige niveau 4 of 5 met BIG-registratie.
- Zorgverlener (beroepskracht) die bevoegd en bekwaam is voor de handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen.
Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kunt u contact opnemen met ons Zorgteam.
- Als u de zorg inkoopt met een PGB kan het ook een andere zorgverlener zijn dan de bovenstaande zorgverleners. De voorwaarden voor die zorgverlener kunt u vinden in het Reglement Zvw-pgb.

Waar vindt de behandeling plaats?

- Bij u thuis.
- Intensieve kindzorg kan ook in kindershospice of verpleegkundig dagverblijf plaatsvinden.

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kraamzorg.
Deze zorg vergoeden wij uit het artikel 'Zorg na de bevalling'.
- Wijkverpleging in combinatie met verblijf in een instelling, behalve als het om Intensieve Kindzorg gaat.
- U kunt geen zorg met PGB inkopen ingeval van Intensieve Kindzorg in combinatie met verblijf in een instelling.

- Zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).
Deze zorg valt onder de Jeugdwet omdat de zorg dan niet in geneeskundige context plaatsvindt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zorg na de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Kraamzorg en verloskundige zorg na de bevalling bij u thuis (artikel B.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Verloskundige zorg na de bevalling bij u thuis.
- Kraamzorg na de bevalling bij u thuis.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, verdeeld over maximaal 6 weken voor kraamzorg en verloskundige zorg na de bevalling bij u thuis.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg is € 5,10 per uur.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- U regelt de kraamzorg zelf. U doet dit uiterlijk in de 20e week van uw zwangerschap.
Voor advies of hulp kunt u contact met ons opnemen.
- De inschrijving en intake voor kraamzorg gebeurt vóór de bevalling of de kraamzorg.
Dit mag bij u thuis of telefonisch. Tijdens de intake bespreekt u het aantal dagen kraamzorg en het aantal uren per dag.
- De verloskundige of medisch specialist stelt na de bevalling vast hoeveel uren en dagen er kraamzorg nodig is.
Dit gebeurt aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze website.
- De kraamzorg volgt direct op de bevalling.
De kraamzorg is voor:
 - de (biologische) moeder;
 - de verzorger (bijv. bij adoptie of draagmoederschap). Een verloskundige of medisch specialist stelt dit vast;
 - het geboren kind (of kinderen).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Kraamverzorgende.
De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden: