

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600294

Partijen

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

en

- 1) OHRA 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 klachtenformulier van 17 februari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 19 maart 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 11 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 juni 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 15 juli 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026012181) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 16 juli 2026 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 augustus 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 2 september 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 15 juli 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van 3 september 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Sterk en OHRA Balans (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is aangewezen op Persoonlijke Verzorging en heeft in dat kader sinds enige tijd de beschikking over een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Omdat

haar eerdere indicatie afliep, heeft een wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie bij verzoekster gesteld. Zij kwam uit op een indicatie van 8 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 22 mei 2025 tot en met 21 mei 2027. Verzoekster heeft met het ‘Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget’ bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv op basis van de gestelde indicatie.

- 2.3. Bij brief van 7 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 2 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 15 juli 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 3 september 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden haar alsnog een PGB vv te verstrekken conform de door de indicerend wijkverpleegkundige gestelde indicatie.
- 3.2. Zij heeft hiertoe in haar brief aan de commissie van 10 februari 2026 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zeer lang de tijd heeft genomen om op de aanvraag te beslissen. Daarna volgde een afwijzing op onjuiste gronden. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de indicatie gebaseerd op een klachtenomschrijving van verzoekster en zouden eigen observaties en informatie van de wijkverpleegkundige of betrokken artsen ontbreken. Verzoekster is onder behandeling geweest van een uroloog en reumatoloog. Omdat geen verbetering werd bereikt is de behandeling overgedragen aan de huisarts. Verzoekster heeft ook een diëtiste geraadpleegd, die haar heeft aangeraden geen melkproducten te gebruiken. Uit onderzoek van de ontlasting is niets gekomen. Verzoekster is in verband met de klachten doorverwezen naar een MDL-arts. Vanwege de wachttijd van meer dan een jaar heeft verzoekster hier pas eind februari 2026 een afspraak kunnen maken. In verband met haar schouderklachten is verzoekster onder behandeling geweest van een orthopeed. Zij heeft hiervoor injecties gekregen. Deze hebben slechts kortdurend geholpen; verzoekster ervaart nog steeds veel pijn. Zij beschikt, anders dan de ziektekostenverzekeraar veronderstelt, over een actuele episodelijst en medicatielijst. Verzoekster heeft alle noodzakelijke behandelingen voorafgaand aan de indicatiestelling ondergaan. Zij heeft hulp nodig bij het omkleden en oprispen in de avond en wordt tweemaal per dag ondersteund bij het wassen, afdrogen, insmeren en aankleden. Verzoekster gebruikt incontinentiemateriaal en wordt ook hierbij ondersteund. De ergotherapeut is op 26 juli 2024 bij haar langs geweest, en heeft adviezen gegeven die verzoekster heeft opgevolgd. Verzoekster is van mening dat de indicerend wijkverpleegkundige een en ander in het zorgplan voldoende heeft onderbouwd. Zij heeft om die reden aanspraak op het aangevraagde PGB vv.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij dagelijks zorg nodig heeft, die zij ontvangt van haar zoon. Alle jaren is de indicatie gewoon goedgekeurd, en er is tot op de dag van vandaag niets veranderd. Zij vraagt zich daarom af waarom de aanvraag is afgewezen. Het lijkt alsof de pijn eerder erger wordt dan beter. Ze belt soms 's nachts omdat zij zoveel pijn heeft. Zij gaat ook naar de GGZ omdat zij door de pijn niet meer wil leven. Haar kinderen gaan eraan onderdoor. Dit speelt nu al bijna een jaar. De indicatie is gesteld door een nieuwe

wijkverpleegkundige van een andere organisatie dan voorheen. De zus van verzoekster doet haar administratie.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv. Hij heeft in de heroverweging van 2 februari 2026 erkend dat de beoordeling van de aanvraag inderdaad enige tijd heeft geduurd. Dit kwam gedeeltelijk doordat laat op vragen werd gereageerd, maar wellicht hadden sommige vragen ook tegelijkertijd kunnen worden gesteld. De extra tijd die een en ander heeft gekost, maakt echter niet dat de uitkomst van de inhoudelijke beoordeling anders wordt. De aanvraag is voorgelegd aan de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft onder andere meegedeeld dat uit de indicatiestelling volgt dat de indicierend wijkverpleegkundige een groot deel van de relevante medische informatie niet heeft, niet kent of niet kan duiden. De wijkverpleegkundige verwijst herhaaldelijk naar andere disciplines, zonder dit te onderbouwen met actuele, objectiveerbare medische of paramedische informatie. De gestelde indicatie is grotendeels gebaseerd op klachtenbeschrijvingen van verzoekster en eigen observaties/meetinstrumenten, zonder verificatie bij behandelaren of actuele behandelplannen. De adviserend verpleegkundige heeft geconstateerd dat een actueel medisch beleid ten aanzien van de incontinentie en diarreeklachten, alsmede van de pijn aan de schouder, ontbreekt. Verder ontbreken actuele verslaglegging van een ergotherapeut en/of fysiotherapeut en een actuele episodelijst. Daarnaast blijkt uit de reactie van de indicierend wijkverpleegkundige van 22 mei 2025 dat relevante diagnostiek en interventies pas na de indicatiedatum zijn gestart of nog moeten worden geëvalueerd. Niet gebleken is dat is onderzocht of voorliggende voorzieningen zijn benut. Om deze reden is de aanvraag voor het PGB vv afgewezen.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 11 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar voor zijn standpunt verwezen naar eerdere brieven en heeft hij geen nadere inhoudelijke reactie gegeven.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het lastig te begrijpen is dat minder uren zijn toegekend terwijl de situatie niet is verbeterd. De beoordeling wordt echter steeds opnieuw en los van eerdere aanvragen verricht. In deze indicatie worden veel zaken genoemd die niet zijn geobjectiveerd. Als er bijvoorbeeld door een verzekerde wordt gezegd dat een bepaalde diagnose is gesteld, wordt hierop normaliter door de wijkverpleegkundige doorgevraagd om te zien of dit ook blijkt uit een verklaring van een specialist of uit een episodelijst van de huisarts. In dit geval zou bijvoorbeeld ook een behandeling lopen bij een orthopeed, en is de vraag opgeworpen of bepaalde voorliggende hulpmiddelen zijn ingezet. Deze kunnen van invloed zijn op de hoogte van de indicatiestelling. Eén van de voorwaarden voor toekenning van een PGB vv is dat er sprake moet zijn van een stabiele zorgvraag langer dan een jaar. Als er nog andere factoren van invloed kunnen zijn op de zorgvraag, moet worden gekeken of aan deze voorwaarde is voldaan. In de eerste afwijzing van november is gewezen op de mogelijkheid wijkverpleging aan te vragen, maar er is geen tijdelijke toekenning gegeven. Het advies van het Zorginstituut is dat de zorg rondom de dagelijkse levensverrichtingen moet worden toegekend. Er wordt echter niet ingegaan op de vraag of sprake is van een stabiele zorgvraag. Met betrekking tot de hulp bij de verschoning deelt het Zorginstituut de mening van de ziektekostenverzekeraar. De zorg voor ADL kan wel worden toegekend, maar niet voor de hele looptijd van de indicatie, omdat niet alle onderliggende objectiveerbare stukken aanwezig zijn. Als voorbeeld noemt hij de fysiotherapie die verzoekster zou ondergaan.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 15 juli 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het dossier is onder meer de PGB-aanvraag en het daarbij behorende zorgplan aanwezig. Ook is in het dossier medische informatie aanwezig van de huisarts van verzekerde. Daarnaast maken een rapportage van de fysiotherapeut, een ergotherapeutisch verslag, rapportage van de psycholoog en rapportage van de orthopeed deel uit van het dossier. De beantwoording door de indicierend verpleegkundige van de vragen van de zorgverzekeraar is ook aanwezig in het dossier.

Hulp bij ADL-zorg in de ochtend en avond

Het Zorginstituut acht de indicatiestelling, op basis van de informatie die ten tijde van de indicatiestelling bekend was, navolgbaar op basis van de anamnese en het zorgplan zoals opgesteld door de indicierend verpleegkundige. Het ergotherapeutisch advies, dat minder dan een jaar voor de indicatiestelling is opgesteld, is in lijn met de indicatiestelling. Opvallend is dat verweerder de afgelopen vijf jaar de PGB-aanvraag wel heeft toegekend, omdat verzoekster redelijkerwijs aangewezen was op de zorg. Ook was er ten tijde van de eerdere aanvragen geen verbetering te behalen in de zelfredzaamheid van verzoekster. Hiermee is te begrijpen dat bij de herindicatie de zelfredzaamheid, met het oog op het ergotherapeutisch verslag, een minder prominente rol heeft gespeeld. De geneeskundige context van hulp bij ADL-zorg in de ochtend en avond is dan ook voldoende onderbouwd.

Hulp bij verschoning

Met betrekking tot de hulp bij verschoning acht het Zorginstituut de onderbouwing van de zorg onvoldoende navolgbaar. Daarnaast geeft de ergotherapeut in de brief van 8 augustus 2024 bij dit onderdeel aan dat verbetering op het gebied van zelfredzaamheid mogelijk is. Op basis van de beschikbare informatie wordt niet duidelijk of dit advies is opgevolgd. De geneeskundige context van de hulp bij verschoning is dan ook onvoldoende onderbouwd.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is de geneeskundige context van de hulp bij ADL-zorg in de ochtend en avond voldoende onderbouwd. De geneeskundige context van de hulp bij verschoning is onvoldoende onderbouwd.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:

- Verzoekster kan aanspraak maken op verstrekking van een PGB vv ten laste van de basisverzekering voor de geïndiceerde zorg met betrekking tot de ondersteuning bij de ADL-zorg in de ochtend en avond.*
- Verzoekster kan geen aanspraak maken op verstrekking van een PGB vv ten laste van de basisverzekering voor de geïndiceerde zorg met betrekking tot de ondersteuning bij de verschoning.”*

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 het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld op bladzijde 144 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het 'Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). 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 wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
 - b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
 - c) bereiken de zorgverzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 7.4. Als de zorgverzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige 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 de onderhavige situatie heeft de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de ingediende aanvraag van 5 juni 2025 voor een PGB vv bij brief van 25 september 2025 schriftelijk nadere vragen gesteld aan de indicierend wijkverpleegkundige, die door haar zijn beantwoord bij brief van 30 september 2025. De adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens meegedeeld dat uit de beantwoording van de aanvullende vragen blijkt dat de indicierend wijkverpleegkundige een groot deel van de relevante medische informatie niet heeft, niet kent of niet kan duiden, en herhaaldelijk verwijst naar andere disciplines (huisarts, specialist, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist), zonder dit te onderbouwen met actuele, objectieveerbare medische of paramedische informatie. Hierdoor blijft het objectiveren van de zorgvraag (norm 1) en het navolgbaar onderbouwen van de indicatie en tijdsbesteding (norm 4) volgens de adviserend verpleegkundige onvoldoende inzichtelijk. Daarbij heeft de adviserend verpleegkundige nog opgemerkt dat de indicatie grotendeels is gebaseerd op klachtenbeschrijvingen van verzoekster en eigen observaties/meetinstrumenten, zonder verificatie bij behandelaren of actuele behandelplannen. Om die reden is de aanvraag voor het PGB vv afgewezen.
- 7.6. Gelet op het voorgaande voldoet de procedure die door de ziektekostenverzekeraar is gevolgd aan de eisen die de commissie daaraan stelt. Door hem is onderbouwd waarom hij met de indicierend wijkverpleegkundige geen overeenstemming heeft bereikt en de aanvraag is afgewezen. Waar het

gaat om de uitkomst van de inhoudelijke beoordeling van de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar, geldt dat uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 15 juli 2026 blijkt dat de geneeskundige context van de hulp bij ADL-zorg in de ochtend en avond voldoende is onderbouwd. De geneeskundige context van de hulp bij verschoning is daarentegen volgens het Zorginstituut onvoldoende onderbouwd. Dit voorlopig advies is bevestigd in het definitief advies van 3 september 2026.

De commissie ziet in de stellingen van partijen geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en neemt dit over. Dit heeft tot gevolg dat verzoekster aanspraak heeft op verstrekking van een PGB vv op basis van de geïndiceerde ADL-zorg in de avond (2 uren en 20 minuten per week) en ochtend (5 uren en 15 minuten per week), en dat zij geen aanspraak heeft op de geïndiceerde hulp bij de verschoning (1 uur en 10 minuten per week).

Aangezien het verzoek hiermee gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het door verzoekster voor de onderhavige procedure betaalde klachtgeld van € 37,-- aan haar te vergoeden.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen op basis van de geïndiceerde uren voor ADL-zorg in de ochtend en avond (totaal 7 uren en 35 minuten per week);
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het klachtgeld van € 37,-- dient te vergoeden;
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 4 september 2026,

A. de Ruijter

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