

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202501098

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, 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. Verzoeker 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 verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker 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. Verzoeker 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 Uitgebreed (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 2.2. Verzoeker heeft op 29 maart 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 9 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 4 uren en 30 minuten Verpleging per week, voor de periode van 18 juni 2024 tot en met 18 juni 2026.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 april 2024 aan verzoeker meegedeeld dat één uur per week minder is toegekend voor Persoonlijke Verzorging. Voor het overige is de aanvraag akkoord bevonden.

- 2.4. Verzoeker 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 19 april 2024. Met de brief van 7 augustus 2024 heeft hij aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden volgens de aanvraag van 29 maart 2024 voor Persoonlijke Verzorging aan hem een PGB vv op basis van 9 uren en 35 minuten per week voor de periode van 18 juni 2024 tot en met 18 juni 2026 toe te kennen. Ook verzoekt hij om vergoeding van de proceskosten, gemaakt in de klachtprocedure bij de ziektekostenverzekeraar en de procedure bij de commissie.
- 3.2. Verzoeker heeft bij brieven van 14 juni 2024 en 25 juli 2024, en in een ongedateerde brief, verklaard dat de indicierend verpleegkundige in samenwerking met zijn zoon de indicatie heeft gesteld. Uit het medisch dossier volgt welke aandoeningen verzoeker heeft en welke zorg nodig is. Volgens verzoeker is het uit den boze dat de ziektekostenverzekeraar contact met de indicierend verpleegkundige opneemt om het aantal uren bij te stellen. De ziektekostenverzekeraar kent zijn medische situatie niet. Er is beoordeeld op basis van de informatie van de indicierend verpleegkundige, terwijl haar informatie niet volledig en juist is. Volgens verzoeker heeft de indicierend verpleegkundige alles overgenomen van een eerdere aanvraag. Hierdoor was zij sneller klaar. Een aanvraag moet echter werkelijk secuur per onderdeel goed worden beschreven. Verzoeker heeft gesteld dat hij achteraf gezien een andere indicierend verpleegkundige had moeten vragen voor een nieuwe indicatie. De gezondheidssituatie van verzoeker is namelijk verslechterd, zodat er meer uren nodig zijn dan nu zijn toegekend.

Nachtzorg rondom toiletgang

- 3.3. De nieren van verzoeker werken nog maar voor 50%, en hierdoor heeft hij weinig energie. Zijn loopvermogen is dan ook beperkt. Hij verliest zijn balans bij het lopen, waardoor hij traag en afwijkend loopt. Ook heeft verzoeker diabetes en artrose. Als gevolg daarvan heeft hij veel pijn, last van stijfheid en moeite met bewegen. Verder is er sprake van degeneratieve verschijnselen in zijn heupen, knieën, enkels en schouders. In verband met de nierproblemen moet verzoeker in de nacht verschillende keren naar het toilet. Het toilet is niet op dezelfde verdieping, zodat hij in de nacht de trap moet gebruiken. Volgens verzoeker loopt hij door zijn gezondheidssituatie dagelijks het risico dat hij ten val komt, wat bij ouderen de dood tot gevolg kan hebben. Zijn zoon en schoondochter helpen hem daarom bij de transfers naar en van het toilet. Verzoeker heeft een overzicht meegestuurd waarop zijn gezondheidsklachten en aandoeningen zijn beschreven.
- 3.4. Het toegekende uur nacht zorg per week is niet voldoende. Dit betekent dat gemiddeld maar 8 minuten per nacht beschikbaar zijn. Verzoeker moet gemiddeld drie keer per nacht naar het toilet, waarbij hij moet worden begeleid. De toegekende tijd is daarvoor niet toereikend. Verzoeker is 82 jaar, alle spieren en gewrichten zijn stijf en deze mogen niet worden overbelast. Hij moet op zijn tempo worden begeleid naar het toilet op een andere verdieping. Deze begeleiding vergt meer dan 10 minuten per nacht. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar hem hiervoor 210 minuten per week (3 x 10 minuten per nacht x 7 dagen per week) dient toe te kennen. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de indicierend verpleegkundige opgemerkt dat verzoeker gemiddeld vier keer per week hulp nodig heeft bij verschoning vanwege incontinentie. Verzoeker leest dit evenwel niet terug in de aanvraag. Bij 'doelstellingen en interventies' in de aanvraag staat alleen dat er hulp nodig is bij de toiletgang in de nacht (4 x per week x 15 minuten per keer) en hulp bij transfers in de nacht (4 keer per week x 15 minuten per keer). De

ziektekostenverzekeraar heeft uiteindelijk – in overleg met de indicierend verpleegkundige – één van deze verrichtingen geschrapt.

Ongeplande nachtzorg

- 3.5. Verzoeker heeft ook meer nachtzorg nodig dan alleen de aangevraagde toiletzorg. Als hij zich niet goed voelt door een te lage bloedsuikerspiegel moet er controle plaatsvinden en zorg worden verleend. Dit zijn zorgtaken, bij calamiteiten, die naast de toiletzorg moeten worden uitgevoerd. Deze zorgtaken zijn niet meegenomen in de aanvraag.
- 3.6. Volgens verzoeker heeft de indicierend verpleegkundige geen idee wat hij aan nachtzorg nodig heeft. Zij heeft vanuit haar eigen gedachte de indicatie opgesteld en deze vervolgens op verzoek van de ziektekostenverzekeraar naar beneden bijgesteld. Dit is niet zorgvuldig gedaan. Verder merkt verzoeker op dat hij een herindicatie, of second opinion wil. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat de indicierend verpleegkundige de indicatie mag bijstellen, zonder daarover met hem in gesprek te gaan.
- 3.7. In zijn brief van 25 juni 2025, gericht aan de commissie, heeft verzoeker herhaald dat de toegekende nachtzorg onvoldoende is. Hij betwist dat hij slechts 4 maal per week hulp nodig heeft bij verschoning en incontinentie. Daarnaast heeft de indicierend verpleegkundige verzuimd aan te geven dat er ook hulp in de nacht nodig is als verzoeker zich beroerd voelt door een lage bloedsuikerspiegel. Aanvullend heeft verzoeker gesteld dat in de aanvraag tijd mist voor het druppelen van de ogen viermaal per dag. Dit is wel meegedeeld aan de indicierend verpleegkundige, maar niet opgenomen in de indicatie en de aanvraag. Verder heeft verzoeker gesteld dat dient te worden uitgegaan van de laatste indicatie. De indicierend verpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging en deze is in beginsel leidend. De ziektekostenverzekeraar mag hiervan niet afwijken als aan de voorwaarden van aanspraak is voldaan. De gezondheidssituatie van verzoeker is verslechterd, zodat het verlagen van het aantal uren niet in de rede ligt. Volgens een eerder bindend advies van de commissie (SKGZ20230174) dient het contact tussen de ziektekostenverzekeraar en indicierend verpleegkundige schriftelijk te worden vastgelegd. Dat is niet gebeurd. De aanpassing is onvoldoende gemotiveerd en daarom onzorgvuldig gedaan.
- 3.8. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat de indicatie van 29 maart 2024 onzorgvuldig tot stand is gekomen. Als naar aanleiding van de aanvraag reden is voor nader overleg, dan dient de ziektekostenverzekeraar met de indicierend verpleegkundige contact op te nemen. Verzoeker 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 verzoeker 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 verzoeker op het feit dat er vervolgens – zonder hem daarbij te betrekken – nader overleg heeft plaatsgevonden en de indicierend verpleegkundige de indicatie naar beneden heeft aangepast. Daarvoor heeft verzoeker niet getekend. Verzoeker 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 verzoeker 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. Daarnaast gevraagd door de commissie licht verzoeker toe dat hij zich niet kan herinneren dat bij het verzoek om heroverweging niet specifiek is gevraagd om een herindicatie. Dat was volgens hem wel de strekking van het verzoek tot heroverweging. Verzoeker merkt verder op dat het niet klopt dat hij zelf moet vragen om een herindicatie of second opinion. Gelet op het geschil – dat de indicierend

verpleegkundige een onjuiste indicatie heeft gesteld – had een second opinion voor de hand gelegen. Uit de second opinion volgt dat deze veel uitgebreider is opgesteld en voor het zorgplan is een heel ander formulier gebruikt. Bij de aanvraag van 29 maart 2024 waren heel veel stukken niet bijgevoegd. Hieruit blijkt volgens verzoeker dat de indicierend verpleegkundige niet zorgvuldig en volgens de regels heeft geïndiceerd. Hij vraagt zich af waar in de voorwaarden van de zorgverzekering of het reglement PGB vv staat dat het niet verplicht is met hem contact op te nemen als de indicatie wordt aangepast.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. Bij brief van 9 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar uiteengezet dat in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering het recht op verpleging en verzorging is beschreven. In dit artikel is ook de mogelijkheid om een PGB vv hiervoor aan te vragen opgenomen. Een indicatie moet worden gesteld conform het V&VN normenkader. De gestelde indicatie vormt de basis voor een PGB vv, maar de ziektekostenverzekeraar dient deze te controleren op navolgbaarheid. Er wordt gekeken of:
- de geïndiceerde zorg naar haar aard wijkverpleging onder de zorgverzekering kan zijn;
 - duidelijk is dat en waarom iemand op deze zorg (en 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 indicatie niet navolgbaar is, er contact wordt opgenomen met de indicierend verpleegkundige. In het geval van verzoeker heeft de indicierend verpleegkundige de eerder door haar gestelde indicatie aangepast. Volgens bestendige jurisprudentie van de commissie is dit een zorgvuldige beoordeling en is de aangepaste indicatie de geldende indicatie.
- 4.3. Verzoeker heeft op 29 maart 2024 een indicatie laten stellen door een indicierend verpleegkundige voor de periode van 18 juni 2024 tot en met 18 juni 2026. De initiële indicatie betrof:

4 uren en 30 minuten Verpleging

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------|----------------------|
| • Dagcurve prikken | 2x per week/3x per dag 10 min | 60 minuten per week |
| • Insuline injecteren | 3 x 10 min per dag | 210 minuten per week |

9 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------|----------------------|
| • ADL ochtend (met douchen) | 50 minuten per dag | 350 minuten per week |
| • ADL avond (omkleden) | 15 minuten per dag | 105 minuten per week |
| • Nachtzorg, transfers | 4 x 15 minuten per week | 60 minuten per week |
| • Nachtzorg, hulp bij toiletgang | 4 x 15 minuten per week | 60 minuten per week |

- 4.4. De gestelde indicatie was volgens de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar, zodat hierover aan de indicierend verpleegkundige vragen zijn gesteld. De indicierend verpleegkundige heeft met haar antwoord de indicatie naar beneden bijgesteld door de transfers in de nacht eraf te halen en de tijd voor Persoonlijke Verzorging daarmee terug te brengen naar 8 uren en 35 minuten per week. De aangepaste indicatie is door de ziektekostenverzekeraar volledig toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft het e-mailverkeer van 16 april 2024 tussen hem en de indicierend verpleegkundige overgelegd.

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar licht verder ten overvloede toe dat het begeleiden op de trap geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, het is namelijk niet aan een verpleegkundige om een traptransfer veilig te maken door een cliënt te begeleiden. Daarvoor zijn hulpmiddelen en woonaanpassing op basis van de Wmo voorliggend. Daarnaast is trapbegeleiding niet veilig te achten voor de verzekerde en de verpleegkundige. Het gebruik van een postoeel op de bovenverdieping als hulpmiddel ligt in deze situatie in de rede. Het is niet navolgbaar om in plaats van deze reële optie een risicovolle nachtelijke traptransfer te maken. De persoonlijke wensen van verzoeker zijn volgens de ziektekostenverzekeraar weliswaar invoelbaar, maar deze maken dit niet anders.

Herindicatie 16 juli 2025

- 4.6. Voor de volledigheid merkt de ziektekostenverzekeraar op dat na de akkoordverklaring van 2024 een herindicatie van 16 juli 2025 is ontvangen. Deze is gesteld door een andere indicierend verpleegkundige. 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 Reglement Zvw-PGB in het kader van Verpleging en Verzorging, de mogelijkheid tot een second opinion. Dit wordt echter 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 herindicatie betrof 14 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 4 uren en 40 minuten Verpleging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 oktober 2025 een machtiging verstrekt voor 8 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 4 uren en 40 minuten Verpleging per week. Deze is per 13 augustus 2025 ingegaan. De ziektekostenverzekeraar heeft de nachtzorg zelf gemotiveerd van de indicatie gehaald. Ondanks dat de indicierend verpleegkundige de nachtzorg – na vragen – liet staan, zag de ziektekostenverzekeraar geen grond voor traptransfers en geen duidelijke geneeskundige context voor ondersteuning voor toiletbezoek. Daarnaast was de machtiging beperkt in duur tot een half jaar, in plaats van één jaar. De indicerende verpleegkundige heeft namelijk geschreven dat er onderzoek naar cognitie – mogelijke dementie – moet worden gedaan. Dit is een duidelijk signaal dat mogelijk een Wlz-indicatie voorliggend zou zijn. Er is in november 2025 een klacht ingediend door de zoon van verzoeker, maar die is ingetrokken. De zoon merkte op dat het hem te veel energie kostte gelet op de korte looptijd. Hij wilde inzetten op een nieuwe indicatie. Deze indicatie en machtiging vormen daarom geen juridisch discussiepunt.

Herindicatie 18 december 2025

- 4.7. Op 31 december 2025 is de herindicatie van 18 december 2025 ontvangen. De indicierend verpleegkundige heeft geen nachtzorg geïndiceerd, maar wel huidzorg opgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover contact opgenomen met de indicierend verpleegkundige. Deze merkte op dat de huisarts geen reden zag voor nader cognitief onderzoek, zodat een langere looptijd van de indicatie kon worden gegeven. Ook deelde zij mee dat de indicatie 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week moest zijn in verband met een eerdere verkeerde optelling. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 februari 2026 een akkoordverklaring afgegeven voor 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 4 uren en 40 minuten Verpleging per week.

Deze laatste indicierend verpleegkundige zag in 2025 kennelijk ruimte voor een hogere indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor een machtiging verstrekt. Dit wil niet zeggen dat de machtiging uit 2024 niet klopt. Aanvullend heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de ingangsdatum van een machtiging volgens artikel 6.1 van het Reglement Zvw-PGB in het kader van Verpleging en Verzorging de ontvangstdatum van de aanvraag is. Een nieuwe indicatie geldt dus nooit met terugwerkende kracht. Daarbij is deze herindicatie 1 tot 1,5 jaar later gesteld en is de zorg ook anders geïndiceerd en onderbouwd. Dus naast dat dit inhoudelijk niet vergelijkbaar zou zijn, komt de ziektekostenverzekeraar aan een vergelijking met een eerdere of latere indicatie niet toe. In 2024 is een machtiging verstrekt voor wat er toen is geïndiceerd.

- 4.8. Gelet op het duidelijke kader voor de beoordeling van een aanvraag voor een PGB vv 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 doorlopen. De argumenten van verzoeker en zijn familie waarom de indicatie niet klopt, kunnen niet worden meegenomen in de beoordeling. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat er geen juridische grondslag is voor vergoeding van proceskosten in verband met de heroverwegingsprocedure.
- 4.9. 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 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 verzoeker 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 verzoeker 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 verzoeker. Een verplichte terugkoppeling door de indicierend verpleegkundige aan verzoeker 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. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat met de heroverweging van 7 augustus 2024 is onderbouwd op basis waarvan de indicatie is aangepast. Er is altijd een mogelijkheid tot herindicatie. Dit staat ook in het reglement PGB vv. Als een indicatie, al dan niet na aanpassing, navolgbaar is, dan wordt een herindicatie of second opinion niet voorgesteld. De indicierend verpleegkundige voldoet aan de gestelde kwalificaties voor indiceren. Daarnaast gevraagd door de commissie licht de ziektekostenverzekeraar toe dat de indicierend verpleegkundige niet verplicht is contact op te nemen met verzoeker. Dit staat niet in de voorwaarden van de zorgverzekering of het reglement PGB vv. De werkwijze over het contact van de ziektekostenverzekeraar met de indicierend verpleegkundige naar aanleiding van een aanvraag is de werkwijze zoals deze ook volgt uit de jurisprudentie van de commissie.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

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 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.
- 6.2. 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.
- 6.3. De indicierend verpleegkundige 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 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 zorgverzekeraar en de verpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 6.4. Als de zorgverzekeraar 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.
- 6.5. In geschil is de aanvraag van 29 maart 2024 voor een PGB vv op basis van 4 uren en 30 minuten Verpleging per week en 9 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Over de uren Verpleging zijn partijen niet verdeeld. Verzoeker is het niet eens met de verlaging van de tijd voor Persoonlijke Verzorging van 9 uren en 35 minuten per week naar 8 uren en 35 minuten per week. 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 13 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 18 juni 2024 tot 13 augustus 2025.
- 6.6. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 februari 2026 de schriftelijke verslaglegging van het overleg met de indicierend verpleegkundige heeft aangeleverd. Uit deze e-mailwisseling van 16 april 2024 volgt dat de indicierend verpleegkundige de door haar gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van 9 uren en 35 minuten heeft verlaagd naar 8 uren en 35 minuten, waarbij de transfers tijdens de nacht (4 x 15 minuten per week) zijn geschrapt. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens in die zin de akkoordverklaring van 19 april 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.

- 6.7. Verzoeker heeft gesteld dat hij ten onrechte 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 verzoeker 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.

Voorts heeft verzoeker 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 verzoeker nodig heeft. Zo zou geen rekening zijn gehouden met het frequentere toiletbezoek tijdens de nacht, de overige nachtzorg en het ogen druppelen.

De commissie overweegt dat het de verantwoordelijkheid van verzoeker is alle relevante medische informatie te bespreken met de indicierend verpleegkundige. Waar de indicatie volgens verzoeker niet volledig was, had hij - 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 hem ondertekend, waarmee hij daaraan zijn 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

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juni 2026,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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.

- 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: