Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202501554

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden,
hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoeker heeft op 29 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij e-mailberichten van 10 en 12 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Kopieën hiervan zijn op 18 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.

1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 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 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

2.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag van 28 december 2024 ingediend voor een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 20 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week, voor de periode van 27 januari 2025 tot en met 26 januari 2026.

2.3. De indicerend wijkverpleegkundige en de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar hebben in de periode van 20 januari 2025 tot en met 20 februari 2025 via e-mail informatie uitgewisseld. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens een herbeoordeling van de aanvraag door een onafhankelijk verpleegkundige voorgesteld.

2.4. Verzoeker heeft het ‘Toestemmingsformulier herbeoordeling’ op 21 februari 2025 ondertekend en teruggestuurd naar de ziektekostenverzekeraar.

2.5. Naar aanleiding van de hierna plaatsgevonden herbeoordeling heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 maart 2025 aan verzoeker meegedeeld dat een PGB vv op basis van 14 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 27 januari 2025 tot en met 6 maart 2025 is toegekend. Voor de periode van 7 maart 2025 tot en met 6 maart 2026 is een PGB vv op basis van 7 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week toegekend.

2.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 4 juni 2025 en 8 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 de aanvraag voor een PGB vv van 28 december 2024, op basis van 20 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 27 januari 2025 tot en met 26 januari 2026, goed te keuren.

3.2. In zijn brieven van 22 april 2025 en 13 augustus 2025 licht verzoeker toe dat een aanvraag voor een PGB vv, met een zorgplan van 11 december 2024, bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend. Deze aanvraag en het zorgplan waren volgens de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar onnavolgbaar. Er waren 2 uren en 20 minuten te veel geïndiceerd. De adviserend verpleegkundige heeft daarom contact opgenomen met de indicerend wijkverpleegkundige. Deze ging niet akkoord met de voorgestelde verlaging van de indicatie. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 20 februari 2025 meegedeeld dat de aanvraag onduidelijkheden bevat en dat die niet zijn weggenomen na contact tussen zijn adviserend verpleegkundige en de indicerend wijkverpleegkundige. Voor verzoeker is echter onbekend welke onduidelijkheden er in de aanvraag zijn. Dit volgt ook niet uit de brief van 20 februari 2025. Verder werd meegedeeld dat er een herbeoordeling zou moeten plaatsvinden door een onafhankelijk verpleegkundige. Deze herbeoordelaar is bij verzoeker op huisbezoek geweest. Het eerder opgestelde zorgplan had zij reeds ingezien. Op basis van dit bezoek is door de herbeoordelaar een nieuw zorgplan opgesteld. Hieruit volgde een indicatie voor 9 uren en 55 minuten, waarvan 2 uren en 20 minuten uit het PGB vv zijn gehaald, die door een gecontracteerde zorgaanbieder moeten worden geleverd. Dit zorgplan is door de herbeoordelaar – zonder dat verzoeker het heeft gezien en ondertekend – vervolgens ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Ook is het zorgplan niet besproken met de indicerend wijkverpleegkundige. Verzoeker heeft verklaard dat uit het zorgplan blijkt dat de herbeoordelaar veel onderdelen niet met hem heeft besproken, maar heeft overgenomen uit het eerdere zorgplan. Verder is het doorspekt met aannames en meningen van de herbeoordelaar. Uiteindelijk heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen de indicerend wijkverpleegkundige en de herbeoordelaar. Die laatste bleek bepaalde onderdelen niet goed te hebben begrepen, waardoor deze niet zijn meegenomen in het nieuwe zorgplan. Verzoeker heeft een verklaring van de indicerend wijkverpleegkundige overgelegd, waaruit volgens hem blijkt dat de afwijzing en de herbeoordeling onzorgvuldig zijn geweest. De indicerend wijkverpleegkundige heeft verklaard dat zij geen uitgebreide gesprekken met de ziektekostenverzekeraar heeft gevoerd en niet is uitgenodigd om het zorgplan te bespreken. Ook heeft zij meermaals uitgelegd waarom het noodzakelijk was de 2 uren en 20 minuten in de indicatie voor het PGB vv te laten. Verder heeft zij gesteld dat het proces van de herbeoordeling niet zorgvuldig is geweest. Uit de verklaring van de indicerend wijkverpleegkundige volgt dat de herbeoordelaar neutraal moet zijn ten tijde van het huisbezoek; de indicerend wijkverpleegkundige en de herbeoordelaar dienen de bevindingen na de herbeoordeling te bespreken en samen tot een besluit te komen en de oorspronkelijke indicatie mag niet zomaar

worden aangepast. Daarbij merkt zij op dat verzoeker het nieuwe zorgplan niet heeft gezien en ondertekend.
Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat door de indicerend wijkverpleegkundige eerst een indicatie voor 20 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week werd gesteld, dat de ziektekostenverzekeraar daar 2 uren en 20 minuten vanaf wilde halen, en dat de herbeoordeling nu nog veel lager uitvalt. Dit is volgens verzoeker niet navolgbaar.

3.3. Verder heeft verzoeker verwezen naar uitspraken van de rechtbank Gelderland en Noord-Nederland (ECLI:NL:RBGEL:2022:214 en ECLI:NL:RBNNE:2021:3342). Hieruit volgt volgens hem dat de herbeoordelaar contact met de indicerend verpleegkundige had moeten opnemen. Dat is in dit geval pas gebeurd na het indienen van het nieuwe zorgplan.

3.4. Verzoeker verwijst ook naar artikel 5.8 van het Reglement 2025 Persoonsgebonden budget Verpleging en verzorging (hierna: Reglement PGB vv). Volgens hem is de motivering van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende. Het is niet duidelijk hoe de herbeoordelaar tot haar conclusies is gekomen. Er is geen rekening gehouden met de fysieke en mentale omstandigheden, het medicijngebruik en de pijn van verzoeker.

3.5. Verzoeker heeft voorts gesteld dat de ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van een onjuist en onvolledig juridisch kader. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat op grond van artikel 5.8 van het Reglement PGB vv bij twijfel over een indicatie contact kan worden opgenomen met de indicerend verpleegkundige. Als de door deze gegeven toelichting onvoldoende duidelijkheid biedt, kan de ziektekostenverzekeraar een herbeoordeling laten uitvoeren en op basis daarvan beslissen over de aanvraag en van de indicatie afwijken, mits dit gemotiveerd gebeurt. Volgens verzoeker ontbreken de voorwaarden en richtlijnen in het juridisch kader dat de ziektekostenverzekeraar schetst.

3.6. De manier waarop de ziektekostenverzekeraar de herbeoordeling heeft ingericht kan niet uitsluitend zijn gebaseerd op artikel 5.8 van het Reglement PGB vv. Hij dient zich hierbij ook te houden aan de rechtsregels, normen en richtlijnen uit de rechtspraak en de publicaties van het Zorginstituut. Verzoeker verwijst hiervoor naar andere rechtbankuitspraken. Ook verwijst hij naar de ‘Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb, 1 januari 2024 t/m 31 december 2026’ (hierna: Bestuurlijke Afspraken). In artikel 5.1. van de Bestuurlijke Afspraken is bepaald dat de herbeoordeling dient te voldoen aan de ‘Toetsingscriteria herbeoordeling indicaties niet-gecontracteerde zorg en persoonsgebonden budget’. Hierin is beschreven welke toetsingscriteria gelden als een zorgverzekeraar een herbeoordeling van de indicatie verzoekt. Dit vormt het juridisch kader, aldus verzoeker. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar met de herbeoordeling verschillende normen, afspraken en richtlijnen geschonden. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar niet gemotiveerd, niet objectief en niet toetsbaar van de indicatie is afgeweken.

3.7. Verzoeker heeft daarnaast aangevoerd dat de stelling van de ziektekostenverzekeraar – dat het gebruikelijk is dat de herbeoordelaar voorafgaand aan de herbeoordeling documentatie ontvangt – onjuist is. Hij verwijst hiervoor naar pagina 2, sub 5, van de ‘Toetsingscriteria herbeoordeling indicatie’. Daar is bepaald dat een herbeoordelaar dient te weten dat het om een herbeoordeling gaat, maar in het belang van ‘onafhankelijk, onbevooroordeeld en onderbouwd indiceren’, bij voorkeur niet inhoudelijk op de hoogte is van de reeds gestelde indicatie. In het geval van verzoeker heeft de herbeoordelaar voorafgaand aan de herbeoordeling het zorgplan ontvangen en deze was daarmee volledig op de hoogte van de eerder gestelde indicatie. Dit is in strijd met de regelgeving en onderstreept volgens verzoeker zijn twijfel over de objectiviteit van de herbeoordeling. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar zijn stelling dat de herbeoordelaar heeft gehandeld binnen de professionele normen en autonomie van het vakgebied niet onderbouwd en toegelicht. Verzoeker heeft gesteld dat van een zorgvuldige herbeoordeling geen sprake is, omdat

na het gesprek tussen hem en de herbeoordelaar om aanvullende informatie is gevraagd. Hieruit blijkt dat de herbeoordelaar sommige onderdelen niet juist heeft begrepen, zoals ook is verklaard door de indicerend wijkverpleegkundige. Voorts is, als gezegd, het zorgplan ingediend zonder dat verzoeker dit heeft gezien en ondertekend.

3.8. Verzoeker heeft verder naar voren gebracht dat de herbeoordeling niet voldoet aan het gestelde op de pagina's 1, 3 en 4 en artikel 3.9 van de Toetsingscriteria. De ziektekostenverzekeraar heeft volgens verzoeker in ieder geval de indicerend wijkverpleegkundige niet in de gelegenheid gesteld om de indicatie aan te passen. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar niet onderbouwd en toegelicht waarom een herbeoordeling nodig was. Daarnaast is er onvoldoende aan intercollegiale toetsing gedaan, waarbij verzoeker verwijst naar artikel 3.9 van de Bestuurlijke Afspraken. Verzoeker concludeert dat de indicatie van de indicerend wijkverpleegkundige uitgangspunt dient te zijn, en dat bij onduidelijkheden de indicerend wijkverpleegkundige in de gelegenheid had moeten worden gesteld deze aan te passen. Als de indicatiestelling nog steeds niet duidelijk was geweest, dan had de ziektekostenverzekeraar de aanvraag moeten afwijzen.

3.9. Verzoeker heeft verklaard dat hij vanaf 7 maart 2025 een PGB vv op basis van 7 uren en 35 minuten per week ontvangt. Dit is te weinig en hij lijdt hier erg onder. Hij ondervindt heel veel pijn en heeft de verzorging nodig. De zorg die niet vanuit het PGB vv wordt vergoed, heeft verzoeker zelf betaald. Hij kan dat echter niet veel langer volhouden.

3.10. Verzoeker heeft voorts gesteld dat de door hem bij de ziektekostenverzekeraar ingediende klacht onvolledig is beoordeeld. Verschillende onderdelen uit zijn klacht zijn door de ziektekostenverzekeraar niet meegenomen in de beoordeling. Op 22 april 2025 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar in gebreke gesteld en vergoeding van vertragingsschade en buitengerechtelijke incassokosten gevorderd.

3.11. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop verklaard dat er verschillende redenen zijn dat hij het niet eens is met de toegekende uren. De zorgplannen en de daarbij geïndiceerde uren van beide verpleegkundigen verschillen erg veel van elkaar. De verpleegkundigen hebben hierover geen contact met elkaar gehad. Volgens verzoeker had het op de weg van de herbeoordelaar gelegen om bij een dergelijk groot verschil dit op te nemen met de indicerend verpleegkundige. Volgens verzoeker werd de herbeoordeling vluchtig gedaan. Hij had ook geen goede klik met de herbeoordelaar, want deze leek vooringenomen. Verzoeker heeft de indicatie naar aanleiding van de herbeoordeling niet gezien. Pas na de toekenning hebben de verpleegkundigen contact met elkaar gehad. Verzoeker begrijpt niet hoe dit allemaal zo heeft kunnen gaan. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar zich er met deze herbeoordeling makkelijk vanaf maakt. De eerste aanvraag had verzoeker vergeten te ondertekenen. Deze werd toen door de ziektekostenverzekeraar niet in behandeling genomen. De herbeoordeling heeft hij niet ondertekend en het zorgplan heeft hij niet gezien. Dit wordt echter wel direct door de ziektekostenverzekeraar geaccepteerd. Verder heeft verzoeker opgemerkt dat de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar bij de eerste indicatiestelling alleen twijfelde over 2 uren en 20 minuten; de overige uren wilde hij toewijzen.

3.12. Het is allemaal heel stressvol voor verzoeker. Hij heeft ingestemd met de herbeoordeling, omdat anders de aanvraag niet verder in behandeling zou worden genomen. De uitkomst was een schok. Daarnaar gevraagd door de commissie heeft verzoeker verklaard dat hij veel is afgevallen en een huidcorrectie heeft gehad. Er is nog steeds huidoverschot. Na het douchen moeten de wonden aan de lucht drogen en worden deze verzorgd met lotion en zalf. De wonden kunnen nu niet worden verzorgd, hij moet meerdere keren per dag douchen en dan moet hij worden geholpen met de transfers en met het aan- en uitkleden. Zijn gezondheid gaat achteruit en daar wordt hij neerslachtig van. Verzoeker wenst geen zorg in natura te ontvangen, omdat het douchen en het aan- en uitkleden een intieme aangelegenheid is en hij dit liever binnen het gezin houdt.

3.13. Verzoeker heeft gesteld dat een verschil tussen de indicaties mogelijk is, maar in zijn situatie is het verschil wel heel erg groot. Er wordt gesproken over het wel of niet schenden van een beroepsnorm, maar een overleg tussen de professionals om een toelichting te vragen naar het grote verschil tussen de indicaties, was wel zorgvuldig geweest.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 februari 2025, gericht aan verzoeker, meegedeeld dat naar aanleiding van de aanvraag voor een PGB vv er contact is geweest met de indicerend wijkverpleegkundige om vragen te stellen over het zorgplan. De bestaande onduidelijkheden werden hierbij niet weggenomen, waarna de aanvraag niet verder in behandeling werd genomen. Om deze wel verder te behandelen, zou een herbeoordeling kunnen worden gedaan door een onafhankelijk verpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar artikel 5.8 van het Reglement PGB vv. Zonder deze herbeoordeling kon geen PGB vv worden toegekend. Ook zou in dat geval het huidige PGB vv worden stopgezet. Nadat de herbeoordeling had plaatsgevonden, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 18 maart 2025 een machtiging verstrekt. Aan verzoeker werden 14 uren en 35 minuten per week Persoonlijke Verzorging voor de periode van 27 januari 2025 tot en met 6 maart 2025 toegekend en 7 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 7 maart 2025 tot en met 6 maart 2026.

4.2. Bij brief van 4 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker op grond van artikel 3.1 van het Reglement PGB vv in aanmerking komt voor een PGB vv als sprake is van een geldige indicatie voor verpleging en verzorging. De ziektekostenverzekeraar dient te beoordelen of de geïndiceerde zorg valt onder de Zorgverzekeringswet, of verzoeker redelijkerwijs op de zorg is aangewezen, en of de zorg doelmatig is. In artikel 5.8 van het Reglement PGB vv is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar, bij twijfel over een indicatie, contact kan opnemen met de indicerend verpleegkundige. Als de door deze gegeven toelichting onvoldoende duidelijkheid biedt, kan de ziektekostenverzekeraar een herbeoordeling laten uitvoeren. Op basis daarvan kan beslist worden over de aanvraag. Het is hierbij mogelijk van de oorspronkelijke indicatie af te wijken, mits dit wordt gemotiveerd.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het binnen het Normenkader van de V&VN gebruikelijk is dat een herbeoordelaar bestaande documentatie voorafgaand aan een gesprek bestudeert. De verslaglegging is tot stand gekomen op basis van dossieranalyse en het huisbezoek. De herbeoordelaar heeft binnen de professionele normen gehandeld. Dat tijdens of na het huisbezoek om een aanvullende toelichting of feedback is gevraagd, doet volgens de ziektekostenverzekeraar geen afbreuk aan de zorgvuldigheid van de herbeoordeling. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de herbeoordelaar niet verplicht om contact op te nemen met de indicerend verpleegkundige. Bovendien bestond na de herbeoordeling geen aanleiding om een nadere toelichting te vragen. De situatie van verzoeker was toen voldoende helder. Dat achteraf een gesprek heeft plaatsgevonden tussen beide verpleegkundigen acht de ziektekostenverzekeraar juist zorgvuldig. De herbeoordeling is uitgevoerd op basis van een integrale beoordeling van de situatie, rekening houdend met de medische gegevens, het zorgplan en het huisbezoek. De uitkomst van de herbeoordeling van 9 uren en 55 minuten – waarvan 7 uren en 35 minuten aan Persoonlijke Verzorging op basis van een PGB vv – is zorgvuldig tot stand gekomen en navolgbaar onderbouwd. De herbeoordeling is gebaseerd op objectieve criteria en past binnen het geldende Reglement PGB vv. Daarnaast geldt dat een nieuwe indicatie de eerder gestelde indicatie vervangt. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar artikel 6.3 van het Reglement PGB vv.

4.4. De verwijzing door verzoeker naar jurisprudentie waarin wordt beschreven dat het oordeel van de indicerend verpleegkundige het uitgangspunt vormt en hoe de processuele zorgvuldigheid wordt nageleefd, onderschrijft de ziektekostenverzekeraar. Bij de beoordeling van de aanvraag van verzoeker is dit ook gebeurd. De ziektekostenverzekeraar erkent dat de uitkomst van de herbeoordeling aanzienlijk afwijkt van de eerder gestelde indicatie. Tegelijk geldt dat de herbeoordeling zorgvuldig is gedaan, objectief, gemotiveerd, en aansluit bij het Normenkader waarnaar verzoeker ook verwijst. De ziektekostenverzekeraar heeft erop gewezen dat in het geval van verzoeker sprake is geweest van voorafgaand overleg met de indicerend wijkverpleegkundige, een navolgbare schriftelijke motivering van de afwijking van de gestelde indicatie, en een onafhankelijke herbeoordeling als sluitstuk van een zorgvuldig proces. De herbeoordeling is conform de beroepsnormen onderbouwd en vormt daarmee een toelaatbare en voldoende gemotiveerde grondslag voor afwijking. Dit komt overeen met de juridische toets zoals beschreven in ro 4.14. van ECLI:NLRBNNE:2021:3342. De ziektekostenverzekeraar acht zijn handelen in overeenstemming met zowel het Reglement PGB vv als de rechtspraak.

4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 8 september 2025 de gevorderde vertragingsschade en buitengerechtelijke kosten afgewezen. Er is in het geval van verzoeker geen sprake van een overeenkomst of andere rechtsregel waarbij de ziektekostenverzekeraar is gehouden binnen een vaste termijn een klacht af te handelen. Aangezien er geen sprake is van een normschending, is er ook geen plek voor eventuele – niet onderbouwde - vertragingsschade en buitengerechtelijke incassokosten. Verder betwist de ziektekostenverzekeraar dat hij een ingebrekestelling van verzoeker heeft ontvangen.

4.6. Bij e-mailbericht van 10 maart 2026, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar zijn brieven van 4 juni 2025 en 8 september 2025. Hij heeft toegelicht dat de geïndiceerde tijd van 2 uren en 20 minuten ziet op wondzorg. Verder heeft hij de verslaglegging van het overleg tussen de indicerend wijkverpleegkundige en zijn adviserend verpleegkundige meegestuurd. Op 12 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar het ‘Toestemmingsformulier herbeoordeling’ in kopie aan de commissie gezonden.

4.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoeker erg leunt op de oorspronkelijk gestelde indicatie, maar volgens de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar bestonden hierover al onduidelijkheden. Toen de betrokken verpleegkundigen er onderling niet uitkwamen is een herbeoordeling uitgevoerd. De herbeoordeling is getoetst aan de geldende wet- en regelgeving. Er was geen twijfel over de herbeoordeling en daarom zijn de geïndiceerde uren toegekend. De gestelde indicatie voldoet aan de beroepsnormen en de Zorgverzekeringswet. Het is niet wat verzoeker verwachtte, maar deze indicatie moet worden gevolgd. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar punt 5 van de ‘Toetsingscriteria herbeoordeling indicatie’. Volgens de ziektekostenverzekeraar gaat het hier niet om een verplichting.

4.8. Daarnaar gevraagd door de commissie vraagt de ziektekostenverzekeraar zich af welke beroepsnorm zou zijn geschonden. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat een overleg tussen de indicerend verpleegkundige en de herbeoordelaar over het verschil in aantal uren niet nodig was, omdat er een huisbezoek had plaatsgevonden waarna een nieuwe indicatie werd gesteld. Aan die indicatie werd niet getwijfeld. Als gezegd, had de adviserend verpleegkundige al twijfels bij de initiële indicatie en wilde deze daarop uren in mindering brengen. Er wordt door verzoeker volgens de ziektekostenverzekeraar steeds gerefereerd aan die initiële indicatie, maar deze was hoe dan ook niet geaccepteerd.

4.9. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de beslissing van 18 maart 2025 voldoende gemotiveerd. De aanvraag is conform de Zorgverzekeringswet toegekend. De herbeoordeling moet voor zichzelf spreken. Daarnaar gevraagd door de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat contact opnemen met de indicerend verpleegkundige en de verzekerde, op grond van onderdeel 8

van de ‘Toetsingscriteria herbeoordeling indicatie’, alleen aan de orde is in de situatie dat de herbeoordeling onnavolgbaar zou zijn. Dat is in het geval van verzoeker echter niet aan de orde.

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 4.6 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 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.

6.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het Reglement PGB vv. Verzoeker 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.

Beoordelingsprocedure

6.3. De indicerend verpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De zorgverzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan de onder 6.2. genoemde 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.

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.

Aanvraag 28 december 2024

6.4. Bij e-mailbericht van 10 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar de schriftelijke verslaglegging van het overleg tussen de indicerend wijkverpleegkundige en zijn adviserend verpleegkundige overgelegd. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar vragen heeft gesteld over de tijd die was geïndiceerd voor transfers en wondzorg, en de indicerend wijkverpleegkundige daarop heeft gereageerd. De verpleegkundigen bereikten geen akkoord over de toe te kennen tijd. In zijn brief van 20 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag niet verder in behandeling kon worden genomen, omdat

het contact met de indicerend wijkverpleegkundige niet tot verduidelijking had geleid. Hij stelde voor een herbeoordeling door een onafhankelijk indicerend verpleegkundige te laten uitvoeren.

6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 maart 2025 aan verzoeker alsnog een PGB vv op basis van 14 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week toegekend voor de periode van 27 januari 2025 tot en met 6 maart 2025. Hiermee week hij af van de gestelde indicatie van 20 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week, zonder dat de indicerend wijkverpleegkundige had ingestemd. Een motivering voor de afwijking ontbreekt in de brief van 18 maart 2025. De commissie overweegt daarom dat de ziektekostenverzekeraar bij deze beoordeling niet de benodigde zorgvuldigheid heeft betracht. De gevolgtrekking daarvan is dat aan verzoeker een PGB vv op basis van 20 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week moet worden toegekend, conform de aanvraag van 28 december 2024, tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Van dit laatste is in het onderhavige geval geen sprake.
De ingediende aanvraag ziet op de periode van 27 januari 2025 tot en met 6 maart 2025. Met betrekking tot laatstgenoemde datum overweegt de commissie dat in eerdere bindende adviezen is beslist dat een nieuwe indicatie in de plaats komt van de vorige. Dit blijkt ook uit artikel 6.3 van het Reglement PGB vv, waarin is bepaald dat een nieuwe aanvraag voor een PGB vv op zijn vroegst ingaat op de datum waarop de volledig ingevulde aanvraag is ontvangen. In de situatie van verzoeker is met de herbeoordeling feitelijk sprake van een nieuwe aanvraag, waarop in het navolgende zal worden ingegaan. Voor de initiële aanvraag – van 28 december 2024 – geldt daarom als einddatum 6 maart 2025.

Herbeoordeling 7 maart 2025

6.6. Aan verzoeker is de mogelijkheid geboden een herbeoordeling door een onafhankelijk verpleegkundige te laten uitvoeren. Een herbeoordeling is op grond van artikel 5.8 van het Reglement PGB vv mogelijk als na contact met de indicerend verpleegkundige naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar nog onduidelijkheid bestaat over de indicatie. De commissie stelt vast dat verzoeker het 'Toestemmingsformulier herbeoordeling' van 21 februari 2025 heeft ondertekend en teruggestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Op 7 maart 2025 heeft de herbeoordeling plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van deze herbeoordeling bij brief van 18 maart 2025 aan verzoeker een PGB vv toegekend op basis van 7 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 7 maart 2025 tot en met 26 januari 2026. De commissie overweegt hierover als volgt.

6.7. In de 'Toetsingscriteria herbeoordeling indicatie' (hierna: "Toetsingscriteria") is onder punt 5 vermeld: "*De verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, dient te weten dat het om een herbeoordeling gaat, maar in het belang van 'onafhankelijk, onbevooroordeeld en onderbouwd indiceren', bij voorkeur niet inhoudelijk op de hoogte te zijn van de reeds gestelde indicatie. Na het huisbezoek is het mogelijk om af te stemmen met de verpleegkundige van de eerste indicatie.*"

6.8. Onder punt 6 van voornoemd stuk is beschreven dat: "*de zorgverzekeraar de herbeoordeling van de indicatie toetst conform de beroepsnormen. De toetsing wordt door de medisch adviseur van de verzekeraar uitgevoerd. Ook hier geeft de verpleegkundige een aanvulling/verheldering indien de verzekeraar hierom vraagt. Bij gezamenlijke overeenstemming volgt een schriftelijke aanpassing door de verpleegkundige*."

6.9. De eerder ingediende aanvraag betrof een PGB vv op basis van 20 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Uit de toekenning voor de periode van 27 januari 2025 tot en met 6 maart 2025 maakt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar wél akkoord was met een PGB vv op basis van 14 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Dit is

aanzienlijk meer dan de uitkomst van de herbeoordeling, te weten 7 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week, met daarbij 2 uur en 20 minuten verpleging in natura door een gecontracteerde zorgaanbieder. Een zodanig significant verschil had naar het oordeel van de commissie voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding moeten zijn contact te zoeken met de herbeoordelaar alsook de indicerend verpleegkundige om dit verschil te bespreken en daarover duidelijkheid te verkrijgen. Dat is niet gebeurd. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar desgevraagd ter zitting ook geen overtuigende toelichting heeft kunnen geven bij de vraag waarom is afgeweken van de voorkeursaanpak die voortvloeit uit het Toetsingscriteria herbeoordeling indicatie', te weten dat door de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert geen kennis wordt genomen van de reeds gestelde indicatie. In het onderhavige geval heeft de herbeoordelaar, in afwijking van de voorkeursaanpak als beschreven in de Toetsingscriteria, voorafgaand aan de herbeoordeling het zorgplan ontvangen en zij was daarmee wél inhoudelijk op de hoogte van de reeds gestelde indicatie. Vervolgens heeft de herbeoordelaar geen contact gezocht met de verpleegkundige van de eerste indicatie, een mogelijkheid die wel uitdrukkelijk in de Toetsingscriteria wordt genoemd. De 'zorginhoudelijk medewerker' van de ziektekostenverzekeraar heeft hierover in een e-mail van 17 maart 2025 aan de indicerend verpleegkundige van de eerste indicatie geschreven "*de onafhankelijk indicerend wijkverpleegkundige bleek door onze organisatie onvoldoende geïnformeerd dat zij contact op moest nemen met u, waardoor sprake was van een misverstand. [..] Ik heb de onafhankelijk indicerend wijkverpleegkundige gevraagd om alsnog contact met u op te nemen ter toelichting van de indicatiestelling.*" Naar het oordeel van de commissie had het in dit geval op de weg gelegen van de herbeoordelaar om vóór het finaliseren van de herbeoordeling, contact op te nemen met de indicerend wijkverpleegkundige die de eerste indicatie had gesteld. Gelet op al het voorgaande overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar in het proces van herbeoordeling onvoldoende zorgvuldig heeft gehandeld.

6.10. Vervolgens is dan de vraag welke gevolgen hieraan moeten worden verbonden. Hoewel verzoeker anders betoogt, kan aan het bestaan van een aanzienlijk verschil in uren niet automatisch de conclusie worden verbonden dat de herbeoordelaar niet correct heeft geïndiceerd. De commissie merkt in dit verband op dat de herbeoordelaar ook een professional is waarvoor beoordelingskaders gelden. Anderzijds heeft hetzelfde te gelden voor de indicerend wijkverpleegkundige die bij de initiële aanvraag was betrokken. Daarbij is deze aanvraag door de herbeoordeling van 7 maart 2026 komen te vervallen.
Alles overwegende stelt de commissie het aantal uren Persoonlijke Verzorging voor de periode van 7 maart 2025 tot en met 6 maart 2026 in goede justitie vast op 17. Verzoeker heeft voor deze uren aanspraak op een PGB vv. Daarnaast kan hij voor Verpleging gebruikmaken van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Hiervoor staan 2 uren en 20 minuten per week, eveneens voor de periode van 7 maart 2025 tot en met 6 maart 2026.

6.11. Verzoeker heeft verder vergoeding van vertragingsschade en buitengerechtelijke incassokosten gevorderd. Deze posten zijn door hem niet gespecificeerd of gekwantificeerd zodat aan een inhoudelijke beoordeling ervan niet wordt toegekomen en dit onderdeel van het verzoek wordt afgewezen. Hier komt bij dat de commissie slechts daadwerkelijk gemaakte kosten van de klachtbehandeling - voor zover deze de dubbele redelijkheidstoets kunnen doorstaan - kan toewijzen tot een maximum van € 5.000, -, zoals volgt uit artikel 21 van haar reglement. De post vertragingsschade lijkt daar overigens in ieder geval niet onder te vallen.

6.12. Gelet op de gedeeltelijke toewijzing van het verzoek ziet de commissie aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het klachtgeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

Slotsom

6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden met terugwerkende kracht aan verzoeker een PGB vv op basis van 20 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 27 januari 2025 tot en met 6 maart 2025 toe te kennen;

(ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden met terugwerkende kracht aan verzoeker een PGB vv op basis van 17 uren Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 7 maart 2025 tot en met 6 maart 2026 toe te kennen. Daarnaast heeft verzoeker aanspraak op 2 uren en 20 minuten Verpleging per week, te verlenen door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener, eveneens met betrekking tot de periode van 7 maart 2025 tot en met 6 maart 2026;

(iii) de ziektekostenverzekeraar het klachtgeld van € 37,-- aan verzoeker moet vergoeden;

(iv) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 12 oktober 2026,

J.W. Heringa

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.

21.6 Wijze van declareren ziekenvervoer of logeren

Hoe kan ik de kosten declareren?
Voor het achteraf declareren van de kosten als sprake is van openbaar vervoer, (eigen) auto of logeren, dient u het declaratieformulier 'vervoers- en logeerkosten' in te vullen. Bij dit declaratieformulier dient u de afsprakenkaart, en in het geval van openbaar vervoer, ook de nota's mee te sturen naar Zorg en Zekerheid. Op basis van deze gegevens wordt de aanspraak op ziekenvervoer en/of logeervergoeding getoetst.

Voor inzendtermijnen zie de voorwaarden onder 4.1.1 onder e. Voor vragen over ziekenvervoer of de logeervergoeding kunt u contact opnemen met Zorg en Zekerheid via telefoonnummer 071 - 582 58 25.

Artikel 22 Buitenland

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op (naar keuze):
- zorg verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland;
- vergoeding van de kosten voor zorg in het buitenland verleend door een niet-gecontracteerde buitenlandse of Nederlandse zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding vindt u in Rubriek A onder artikel 1.5. Als u toestemming van ons heeft gekregen voor de behandeling, krijgt u maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief vergoed. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- spoedeisende zorg: dit is medisch noodzakelijke zorg in het buitenland binnen 24 uur na het ontstaan van de klacht, die wordt geleverd door een buitenlandse of Nederlandse zorgaanbieder en redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden tot terugkeer naar het woonland. U krijgt bij spoedeisende zorg in het buitenland een vergoeding van de kosten tot maximaal 100% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief? Dan krijgt u de kosten tot maximaal 100% van het Nederlandse marktconforme tarief vergoed;
- zorg in het buitenland door een buitenlandse of Nederlandse zorgaanbieder waar u recht op heeft op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of een verdrag. De vergoeding van de kosten wordt ook geregeld door de EU-sociale zekerheidsverordening of het verdrag.

Let op: Het is mogelijk dat bijbetalingen van het betreffende land van toepassing zijn, bijvoorbeeld Belgische remgelden. Deze tellen wel mee voor het toepasselijke eigen risico of eigen bijdrage.

Wat zijn de voorwaarden?
- de zorg voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in deze polisvoorwaarden;
- de zorgaanbieder/zorgverlener is bevoegd de zorg te verlenen in het betreffende land;
- de verwijzing naar een zorgaanbieder/zorgverlener buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch specialist in uw woonland;
- voor nota's die niet in het Nederlands, Frans, Duits of Engels zijn opgesteld moet de verzekerde een vertaling, door een beëdigd tolk, bijvoegen. De originele anderstalige nota's moeten op een zodanige wijze zijn opgemaakt en/of vertaald dat zonder verdere navraag kan worden vastgesteld tot welke vergoeding Zorg en Zekerheid is gehouden.

Heb ik toestemming nodig?
Voor intramurale zorg (opname van ten minste één nacht) heeft u voorafgaande toestemming nodig.

Artikel 23 Geestelijke Gezondheidszorg

Waar heb ik recht op?
U heeft recht op Geestelijke Gezondheidszorg zoals psychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Deze zorg is toegankelijk vanaf 18 jaar.

Wat zijn de voorwaarden?
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk of GGZ-instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar ten minste en aantoonbaar voldoet aan de voor de complexiteit van de betreffende problematiek geldende (opleidings-)vereisten en (overige) competenties zoals in het geldende Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ (zie: www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-landelijk-kwaliteitsstatuut) is voorgeschreven;
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk of GGZ-instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar alle aan hem/haar opgelegde taken en verantwoordelijkheden vanuit het geldende Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ aantoonbaar en in zijn volledigheid uitvoert;
- bij een GGZ-instelling kan gebruik worden gemaakt van medebehandelaars. Een medebehandelaar is bevoegd om een gedeelte van de behandeling onder coördinatie van de regiebehandelaar uit te voeren;

- er moet sprake zijn van een GGZ-instelling waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar een aanmerkelijk aandeel in de behandeling en het zorgproces heeft;
- er moet sprake zijn van een vrijgevestigde praktijk waarbij de indicerend en coördinerend regiebehandelaar de behandeling en het zorgproces geheel of voor het grootste gedeelte zelf uitvoert;
- uitsluitend zorgverleners die zijn opgenomen in de lijst consult registrerende beroepen of in de lijst beroepen curatieve GGZ van Zorg en Zekerheid, kunnen taken als medebehandelaar vervullen. Beide lijsten kunt u vinden op **www.zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**;
- de zorg wordt verleend in de praktijk of kliniek van de zorgaanbieder. Voor thuisbehandeling wordt een uitzondering gemaakt wanneer er sprake is van medische noodzaak;
- de zorgaanbieder beschikt over een geldig kwaliteitsstatuut op basis van het geldende 'Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ'. Het 'Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ' is opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van Zorginstituut Nederland. De zorgaanbieders dienen het kwaliteitsstatuut aan te leveren bij www.ggzkwaliteitsstatuut.nl en integraal en aantoonbaar na te leven;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen.

Heb ik een verwijzing nodig?
Voor de Geestelijke Gezondheidszorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg/crisiszorg.
Op de verwijsbrief moeten de volgende gegevens vermeld worden:
- persoonsgegevens van de verwezen patiënt;
- reden van verwijzing (diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn);
- waarnaar wordt verwezen;
- naam, functie en AGB-code verwijzer;
- handtekening verwijzer;
- datering (voorafgaand aan de start van de behandeling).

U moet ten aanzien van de periode waarvoor de verwijzing is verleend, beschikken over een geldige verwijzing, die niet ouder is dan negen maanden ten opzichte van de aanvang van de zorg.

Voor een vervolgbehandeling waarbij sprake is van dezelfde diagnose is geen nieuwe verwijzing nodig, als de vervolgbehandeling binnen negen maanden na einde van de eerdere behandeling aanvangt. Wanneer de behandeling langer dan negen maanden wordt onderbroken, is er voor een vervolgbehandeling een nieuwe verwijzing nodig.

Wij volgen het 'Verwijsafspraken Geestelijke Gezondheidszorg' van het ministerie van VWS dd. 01 januari 2020. U kunt dit document vinden op **www.zorgenzekerheid.nl/ggzdocumenten**.

23.1 Ambulante geestelijke gezondheidszorg vanaf 18 jaar
Waar heb ik recht op?
U heeft recht op ambulante geestelijke gezondheidszorg:
- in een vrije vestiging;
- in een GGZ-instelling;
- verzekerden die gedurende de behandeling (gestart onder de Jeugdwet) de 18-jarige leeftijd bereiken kunnen gebruikmaken van de overgangsregeling indien voortzetting of afronding onder de Zorgverzekeringswet dient plaats te vinden. Als vanwege de opgebouwde behandelrelatie de patiënt/cliënt de zorg bij de bestaande (regie)behandelaar voort wenst te zetten maar dit wordt verhinderd door de verplichting voortvloeiend uit het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ , kan deze patiënt/cliënt gebruikmaken van de overgangsregeling. Daarbij gelden de volgende voorwaarden:
  - de patiënt/cliënt is al in zorg bij de regiebehandelaar voor diens 18e verjaardag;
  - de regiebehandelaar heeft een postmasterregistratie in het register SKJ of BIG-register;
  - de voortzetting van de behandeling is gericht op afsluiting of overdracht;
  - de behandeling kent een maximale termijn van 365 dagen na de dag dat de patiënt/cliënt 18 jaar wordt;
  - voor de voortzetting van deze behandeling gelden dezelfde randvoorwaarden als onder de Jeugdwet en beleidsregels voor de curatieve GGZ.

  U heeft naast bovenstaand ook recht op het 'verkennend gesprek': een gesprek met hulpverleners uit het sociaal domein en geestelijke gezondheidszorg om te bepalen wat de hulpvraag is van mensen met psychische klachten die ook andere problemen hebben, zoals schulden of eenzaamheid. Doel is om mensen snel en op de juiste plek te helpen.

  Aanbieders die alleen op basis van deze overgangsregeling zorg verlenen onder de Zorgverzekeringswet hebben geen verplichting om een Kwaliteitsstatuut op te stellen.

g. u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig;'
h. u bent in staat om de benodigde informatie voor de verschillende procedures volledig en zorgvuldig aan te kunnen leveren;
i. u voldoet aan de tien pgb-vaardigheden zoals beschreven op **www.zorgenzekerheid.nl/zorg-regelen/pgb/pgb-aanvragen**.

4. U bent naar het oordeel van Zorg en Zekerheid in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
5. U bent naar het oordeel van Zorg en Zekerheid in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Artikel 4: Weigeringsgronden

U ontvangt geen Zvw-pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:
1. U voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2, 3 en/of 8.
2. U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen.
3. U beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres.
4. Uw vrijheid is u rechtens ontnomen.
5. U verleent geen medewerking (meer) aan een 'bewuste-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door Zorg en Zekerheid wordt georganiseerd.
6. Uit uw aanvraagformulier of het bewuste-keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee Zorg en Zekerheid een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten.
7. Uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
   a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
   b. beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
   c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
   d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
   e. heeft surseance van betaling aangevraagd, of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
   f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen;
   g. de vertegenwoordiger tegen betaling ondersteuning biedt bij het beheer van de Zvw-pgb.
8. U beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1 dient in één indicatie te zijn verwoord.
9. De zorg al vergoed wordt vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch-specialistische zorg (vanuit DBC), om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige zorg uit te sluiten.

Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb

1. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren inclusief benodigde bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een bewuste-keuzegesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb. U vindt het Zvw-pgb-aanvraagformulier op **www.zorgenzekerheid.nl/brochures**. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

   Een onvolledig of incorrect ingevuld aanvraagformulier inclusief benodigde bijlagen wordt niet in behandeling genomen.
2.
   a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader van V&VN) en in uw aanwezigheid heeft opgesteld.
   b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige, die tevens de verplichte HIK-training heeft gevolgd en dit kan aantonen met een geldig certificaat. De indicatiesteller dient werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de

BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg). De indicatie dient conform het normenkader van V&VN en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).

3. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
4. Indien er sprake is van voorbehouden of risicovolle handelingen moet u kunnen aantonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd.
   a. Bij risicovolle handelingen moet de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt zijn in het zorgplan.
   b. Als het om voorbehouden handelingen door een formele zorgverlener gaat, moet uw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. U moet, als we daarom vragen, een uitvoeringsverzoek kunnen laten zien van een arts voor die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de ‘handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk)verpleging & verzorging’ (Actiz, 2019).
   c. Als het om een voorbehouden handeling door informele zorgverlener gaat moet u, als we daarom vragen, kunnen aantonen dat de arts de zorgverlener voldoende bewust en bekwaam acht om de handeling verantwoord uit te voeren.
5. Indien u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden, dient u zo spoedig mogelijk een nieuwe verklaring van uw behandelend arts te sturen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder dan drie maanden is;
6. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden. De indicatie mag daarom in ieder geval niet gesteld worden door een wijkverpleegkundige die:
   a. uw (wettelijke) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn is, en/of;
   b. zelf zorg aan u gaat leveren, en/of;
   c. in dienst is bij, of een samenwerkingsverband heeft met een zorgverlener die de zorg deels aan u gaat leveren, tenzij het gaat om een zorgverlener die wij voor zorg in natura gecontracteerd hebben.
7. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het ‘Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving’ van V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan en wil oplossen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige onder andere het netwerk van u in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet door het netwerk kan worden verleend. De zorg die het netwerk kan en wil verlenen wordt in de indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan.
   Onder netwerk wordt volgens het begrippenkader van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) verstaan: ‘naasten en mantelzorgers‘ zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de zorgvrager, hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. De wijkverpleegkundige heeft hierbij als uitgangspunt dat de zorgvrager indien mogelijk de interventie zelf uitvoert en neemt daarbij de voorliggende voorzieningen mee. Is dit niet mogelijk of onvoldoende? Dan kijkt zij volgens de ‘Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving’ van V&VN naar:
   - behandeling door andere zorgprofessionals (revalidatie, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, medisch specialist, etc.);
   - inzet van zorgtechnologie, hulpmiddelen of woningaanpassingen waardoor de interventie zelf uitgevoerd kan worden of niet meer nodig is;
   - mogelijkheden vanuit andere domeinen (Wmo, Wlz, e.d.)
   - diens netwerk en inzet van vrijwilligers, voordat een zorgprofessional (vanuit wijkverpleging of eventueel een zorgprofessional vanuit een andere discipline) wordt ingezet.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het kader ‘normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader)’ van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicerend wijkverpleegkundige en vragen wij om een nadere uitleg en onderbouwing. Als na dat contact naar ons oordeel de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie is niet gesteld volgens het normenkader, dan kennen wij voor die zorg geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie. Op basis van de herbeoordeling van een hbo-verpleegkundige, hbo-kinderverpleegkundige en/of verpleegkundig specialist in opleiding tot kinderverpleegkundige zullen wij de ingediende aanvraag afhandelen. Indien u ervoor kiest geen herbeoordeling te laten uitvoeren, kunnen wij uw aanvraag niet verder in behandeling nemen, waardoor wij genoodzaakt zijn de aanvraag af te wijzen.
9. Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) uw in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins. Ook met een vervangende zorgverlener dient u een zorgovereenkomst af te sluiten.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw dan wel in een voorziening voor eerstelijnsverblijf (ELV), kunt u weer gebruikmaken van

uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van kortdurend verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel 27 van de polisvoorwaarden.

11. In deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieders(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van de Zvw-pgb wenst te contracteren. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen Zorg in Natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de verpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6: Toekenningsverklaring

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.
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 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, tijdig voor het einde van uw huidige toekenningsverklaring ontvangen hebben.
3. Als er is sprake 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 dat wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen. Mocht de indicerend verpleegkundige hebben vastgesteld dat u minder zorg nodig heeft, dan passen wij, waar nodig met terugwerkende kracht, onze machtiging hierop aan vanaf de indicatiedatum. Met de nieuwe indicatie komt namelijk de oude indicatie te vervallen.
4. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast.
    a. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal twee 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 wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.
    b. 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 vijf jaar toe te kennen, overeenkomstig de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb.
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. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
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). Indien u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd en/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). Indien u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.
8. De toekenning, beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
9. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft 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 toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van kortdurend verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel 27 van de polisvoorwaarden.

11. In deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieders(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van de Zvw-pgb wenst te contracteren. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen Zorg in Natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de verpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6: Toekenningsverklaring

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.
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 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, tijdig voor het einde van uw huidige toekenningsverklaring ontvangen hebben.
3. Als er is sprake 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 dat wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen. Mocht de indicerend verpleegkundige hebben vastgesteld dat u minder zorg nodig heeft, dan passen wij, waar nodig met terugwerkende kracht, onze machtiging hierop aan vanaf de indicatiedatum. Met de nieuwe indicatie komt namelijk de oude indicatie te vervallen.
4. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast.
    a. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal twee 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 wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.
    b. 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 vijf jaar toe te kennen, overeenkomstig de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb.
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. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
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). Indien u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd en/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). Indien u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.
8. De toekenning, beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
9. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft 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 toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

Toetsingscriteria herbeoordeling indicatie

voor aanspraak 'verpleging en verzorging in de eigen omgeving' Zvw bij machtigingenbeleid (pgb en niet-gecontracteerde zorgaanbieder)

Inleiding

In het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022 is afgesproken dat de betrokken partijen criteria ontwikkelen voor het doen van een 'second opinion' voor een indicatie voor de aanspraak 'verpleging en verzorging in de eigen omgeving' in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit begrip 'second opinion' wordt tot op heden vooral gebruikt door patiënten/cliënten als zij hun medische/gezondheidssituatie door een tweede zorgprofessional willen laten beoordelen.

Om verwarring te voorkomen zijn partijen overeengekomen dat het begrip 'second opinion' geldt als het op verzoek van de verzekerde is en dat het een herbeoordeling heet als het op verzoek van de zorgverzekeraar is. In het pgb-reglement en de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar staat vermeld wat de criteria zijn wanneer de verzekerde een second opinion kan laten uitvoeren.

Het is aan de verpleegkundige om op basis van de geldende beroepsnormen de zorgvraag/zorgvragen en hulpbehoefte(n) te verhelderen en vast te stellen ten behoeve van de indicatie. Met beroepsnormen worden bedoeld: o.a. kwaliteitstandaarden, richtlijnen en protocollen. De voorgestelde zorginzet in de indicatie dient de verpleegkundige altijd te onderbouwen. Zie ook handreiking normenkader en handreiking verpleegkundig proces.

Bij het beoordelen van een indicatie in het kader van het machtigingenbeleid voert de verzekeraar een toets op rechtmatigheid uit: Is de zorginzet daadwerkelijk verzekerde zorg zoals vastgelegd in de Zvw? Daarnaast toetst de zorgverzekeraar op doelmatigheid: leidt de zorginzet tot de beoogde zorgresultaten?

In dit document hebben V&VN en NWG namens de beroepsgroep beschreven

- wat de processtappen zijn bij de beoordeling van een indicatie waarbij het machtigingenbeleid geldt;
- welke toetsingscriteria gelden als de zorgverzekeraar een herbeoordeling van de indicatie verzoekt.

In het kader van leesbaarheid is gekozen voor de term verpleegkundige. Hiermee wordt bedoeld de hbo- of masteropgeleide verpleegkundige die de indicatie uitvoert zoals is vastgelegd in het Normenkader (V&VN, 2014). In de volwassenzorg is dit de wijkverpleegkundige en in de kindzorg is dit de kinderverpleegkundige. Wie zich hbo- of masteropgeleide verpleegkundige mag noemen staat toegelicht in de nadere duiding norm 2.
Met de term cliënt wordt bedoeld: de persoon voor wie de indicatie wordt gesteld. De ouder(s) / vaste verzorger(s) van het kind maar ook partner/mantelzorger van de volwassene zijn betrokken bij het proces van de indicatiestelling.

Processtappen herbeoordeling

In het kader van het machtigingenbeleid toetst de medisch adviseur[1] van de verzekeraar van de verzekerde de indicatie op recht- en doelmatigheid.

1. De toetsing van de indicatie dient door een medisch adviseur[1] van de zorgverzekeraar gedaan te worden op basis van
    a. de aanspraak verpleging en verzorging in eigen omgeving van de Zvw
    én
    b. de beroepsnormen van de verpleegkundigen (zie website V&VN: handreikingen normenkader en verpleegkundig proces https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/normenkader/).

    De zorgverzekeraar volgt hierbij de interne werkwijzer (ZN, 2020) van het Kenniscentrum Verpleging Zorgverzekeraars Nederland.
2. Indien de verzekeraar van oordeel is dat de indicatie deels of niet aan de beroepsnormen voldoet, dient de verzekeraar om aanvulling/verheldering te vragen bij de verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld. Bij gezamenlijke overeenstemming volgt een schriftelijke aanpassing door de verpleegkundige.
3. Als na de aanvulling en/of schriftelijke aanpassing de indicatie niet voldoet aan de beroepsnormen (zie toetsingscriteria volgende pagina), kan de zorgverzekeraar een herbeoordeling laten uitvoeren. De zorgverzekeraar brengt de verzekerde én (indicerend) verpleegkundige hiervan op de hoogte en onderbouwt waarom dit noodzakelijk is.
4. De herbeoordeling dient uitgevoerd te worden door een verpleegkundige. Deze mag van dezelfde zorgorganisatie zijn, maar niet van hetzelfde wijkteam waar de verpleegkundige die de eerste indicatie heeft opgesteld, deel van uitmaakt. Indien dit niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat het om een zelfstandig werkend verpleegkundige gaat, dient de herbeoordeling door een verpleegkundige van een andere zorgaanbieder te worden uitgevoerd. Zie ook het pgb-reglement en de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar van de verzekerde.
5. De verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, dient te weten dat het om een herbeoordeling gaat, maar in het belang van ‘onafhankelijk, onbevooroordeeld en onderbouwd indiceren’, bij voorkeur niet inhoudelijk op de hoogte te zijn van de reeds gestelde indicatie. Na het huisbezoek is het mogelijk om af te stemmen met de verpleegkundige van de eerste indicatie.
6. De zorgverzekeraar toetst de herbeoordeling van de indicatie conform de beroepsnormen. De toetsing wordt door de medisch adviseur[1] van de verzekeraar uitgevoerd. Ook hier geeft de verpleegkundige een aanvulling/verheldering indien de verzekeraar hierom vraagt. Bij gezamenlijke overeenstemming volgt een schriftelijke aanpassing door de verpleegkundige.
7. De zorgverzekeraar neemt besluit:
    a. Voldoet de herbeoordeling dan wordt de machtiging verstrekt aan de eerste aanvrager, tenzij de verzekerde een andere keuze maakt
    b. Voldoet de herbeoordeling niet aan
        i. rechtmatigheid: aanspraak verpleging en verzorging in eigen omgeving volgens de Zvw
        ii. doelmatigheid: de beroepsnormen

    dan wordt de indicatie deels of geheel niet in behandeling genomen.
8. De zorgverzekeraar brengt de verzekerde én de beide verpleegkundigen op de hoogte en onderbouwt het deels of geheel niet in behandeling nemen van de indicatie.

[1] Dit is een functietitel. De medisch adviseur voor de beoordeling van indicaties voor wijkverpleging is een verpleegkundige.

Criteria herbeoordeling indicatie machtigingenbeleid

(Zvw-pgb en niet-gecontracteerde zorgaanbieder)

1. *De verpleegkundige die de indicatie indient, heeft de cliënt zelf in de eigen omgeving gezien en gesproken.*

Wat betekent dit?

- De verpleegkundige heeft de benodigde expertise (kennis en ervaring) om alle relevante informatie over de gezondheidssituatie helder te krijgen en op de juiste wijze én holistisch te interpreteren.
- De verpleegkundige gebruikt hierbij tevens alle informatie (verkregen door observatie en eventuele overdracht) en beoordeelt de gezondheidssituatie van de cliënt in zijn eigen omgeving omdat de context (cliëntsysteem én woon-/leefomgeving) invloed hebben op de gezondheid (preventie, behoud, herstel of 'gecontroleerde achteruitgang').
- De indicatie is maatwerk en komt tot stand op basis van een heteroanamnese en 'samen beslissen' m.b.t. wensen en mogelijkheden van de cliënt én diens mantelzorg (cliëntsysteem / netwerk).
- Een indicatie stellen zonder de cliënt gezien te hebben en zonder informatie over de context, mist fundamenteel de voorwaarden voor het verpleegkundig proces.
- Zie ook de handreiking Normenkader.

Hoe maak je dit inzichtelijk?

- Bij twijfel kan de vraag gesteld worden of je de cliënt zelf gezien en gesproken hebt in de eigen omgeving, waarbij ervan uit gegaan mag worden dat er een antwoord naar waarheid volgt.

2. *De eerste vier stappen van het verpleegkundig proces zijn aantoonbaar beschreven in de indicatie.*

Wat betekent dit?

- Het verpleegkundig proces bestaat uit de anamnese, de verpleegkundige diagnoses, de zorgdoelen (beoogde resultaten), de verpleegkundige (EBP) interventies, de uitvoering / monitoring en de evaluatie. Het is een continu cyclisch proces.
- De beoordeling van de gezondheidssituatie van de cliënt, de verpleegkundige diagnoses en zorgproblemen zijn gebaseerd op de anamnese.
- De zorgvraag/zorgvragen en hulpbehoefte(n) zijn verhelderd.
- Een indicatie is onderbouwd, dat betekent dat de interventies passend zijn bij de verpleegkundige diagnoses en de SMART geformuleerde zorgdoelen.
- Zie ook de handreiking Verpleegkundig Proces.

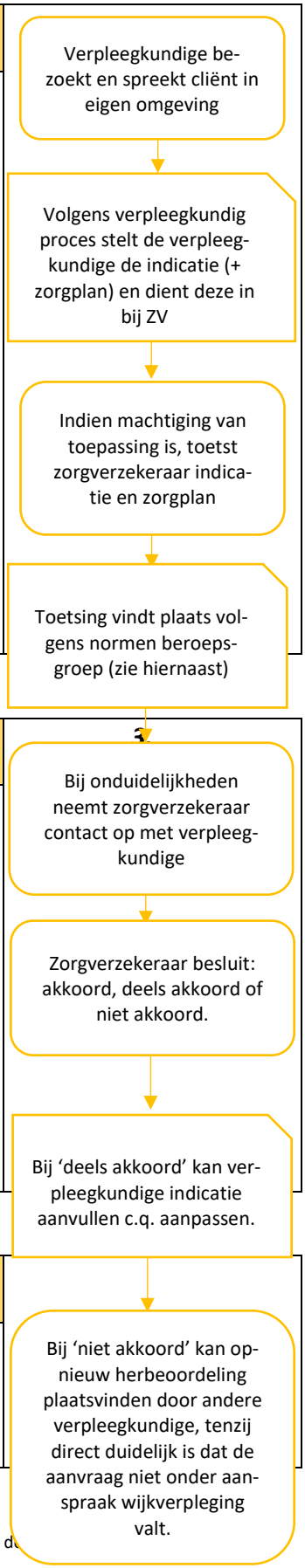
Hoe maak je dit inzichtelijk?

- De anamnese, verpleegkundige diagnoses, beoogde zorgresultaten, interventies en datum van evaluatie zijn beschreven in de indicatie.

3. *De verpleegkundige die de indicatie stelt, voert de evaluatie uit (en doet indien nodig op basis hiervan een herindicatie).*

Wat betekent dit?

- Het evalueren van de zorg is een continu onderdeel van de zorgverlening: Zorg die ingezet wordt vanuit andere domeinen valt onder de interventies die je inzet om de beoogde zorgresultaten te behalen. Je evalueert of de geleverde zorg bijdraagt aan het beoogde zorgresultaat (c.q. de beoogde zorgresultaten).



Samengesteld door wijkverpleegkundigen van de vakgroep V&VN Maatschappij & Gezondheid en d
versie juli 2020 – Verbetersuggesties? E-mail naar wijk.mgz@venvn.nl

• Het tussentijds evalueren van zorgresultaten en interventies vindt plaats volgens afspraak in het zorgplan. Dit wordt vastgelegd in het zorgplan en de indicatie, ook bij leveringsvorm PGB. • Bij een herindicatie (ook voor leveringsvorm PGB) evalueert de verpleegkundige de geleverde zorg in relatie tot de beoogde zorgresultaten. Hebben de interventies geleid tot de gewenste/beoogde resultaten? Het evaluatiegesprek vindt plaats in de eigen omgeving van de cliënt. • Zie ook handreiking Verpleegkundig Proces. **Hoe maak je dit inzichtelijk?** • Indien door overmacht het niet mogelijk is dat dezelfde verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld de evaluatie doet, is in het zorgdossier en indicatie vermeld wat de reden is dat een andere verpleegkundige de evaluatie voor de herindicatie doet. • In het zorgdossier (rapportage) is vastgelegd waar en met wie de evaluatie is uitgevoerd, of beoogde zorgresultaten behaald zijn inclusief een samenvatting van de bevindingen.	