# Bindend advies

**Geschillencommissie Zorgverzekeringen**
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501128

**Partijen**

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D,

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid te Leiden,
hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

1.1. Bij brief van 13 juni 2026 heeft verzoeker zich gewend tot SKGZ. Tijdens een telefonisch overleg met een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen op 10 november 2026 heeft verzoeker gevraagd om een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Een bevestiging van ontvangst van het verzoek is hem op 12 november 2026 gestuurd. Op 1 december 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Verzoeker heeft aan de commissie een veelvoud van aanvragen en toekenningen voor een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) overgelegd. Om die reden heeft de commissie hem een toelichting gevraagd in het kader van zijn verzoek.
Bij e-mailbericht van 23 februari 2026 heeft verzoeker aan de commissie een nadere toelichting gestuurd.

1.3. Bij brief van 17 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 17 maart 2026, aan verzoeker gezonden.

1.4. Bij e-mailbericht van 5 juni 2026 heeft verzoeker aanvullende stukken gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 10 juni 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

1.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 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 2024 en 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Top + Delen (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

2.2. Bij brief van 2 juli 2024 was door de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van een aanvraag van 28 maart 2024, aan verzoeker toegekend een PGB vv op basis van 12 uren en 50 minuten

Persoonlijk Verzorging voor de periode 16 mei 2024 tot en met 15 mei 2026. Verzoeker heeft op 26 september 2024 bij de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag ingediend, nu voor een PGB vv op basis van 30 minuten Verpleging en 18 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging voor de periode van 26 september 2024 tot en met 26 september 2026.

2.3. Bij brief van 26 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een PGB vv toegekend op basis van 30 minuten Verpleging en 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 15 oktober 2024 tot en met 14 oktober 2026.

2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 15 januari 2025 en brief van 16 januari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker laten weten een herbeoordeling te laten uitvoeren. Verzoeker heeft hier op 24 januari 2025 mee ingestemd door het invullen en ondertekenen van het toestemmingsformulier.

2.5. Op 3 februari 2025 heeft een herbeoordeling door een onafhankelijk indicerend verpleegkundige plaatsgevonden.

2.6. Bij e-mailbericht van 5 februari 2025 heeft verzoeker over de herbeoordeling een klacht ingediend en verzocht om heroverweging.

2.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 februari 2025 meegedeeld dat hij zijn beslissing, zoals beschreven in zijn brief van 26 november 2024, handhaaft en uitvoering geeft aan de nieuwe indicatie met ingang van 3 februari 2025.

2.8. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 februari 2025 aan verzoeker een PGB vv toegekend op basis van 15 minuten Verpleging en 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 3 februari 2025 tot en met 2 februari 2027.

## 3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft ter zitting uiteengezet dat het verzoek aan de commissie is te bepalen dat de toekenning van 26 februari 2025, naar aanleiding van de herbeoordeling op 3 februari 2025, voor de periode van 3 februari 2025 tot en met 2 februari 2027 te laag is.

3.2. Verzoeker heeft bij brief van 13 juni 2025, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, verklaard dat hij een eigen onderneming had. Op 1 september 2016 stond hij in de file en werd hij van achteren aangereden. Sindsdien heeft verzoeker hoofdpijn, lage rugklachten, nek-, heup- en bilklachten. Daarnaast piekert hij veel en kampt hij met een slaapstoornis. Na het ongeval is verzoeker een tijd bedlegerig geweest en is hij afhankelijk geworden van zorg, met name voor de ADL-taken, zoals wassen, aan- en uitkleden, hygiëne na toiletgang, en het eten klaarmaken. De gezondheidstoestand van verzoeker is chronisch van aard en met het ouder worden zijn de klachten en beperkingen alleen maar toegenomen.

3.3. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar hem met de toekenningen van 2 juli 2024, 26 november 2024 en 26 februari 2025 meerdere factoren aanrekent. Zo oordeelt de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake zou zijn van toename van de zorgvraag. Dit is echter onjuist. De indicerend verpleegkundige heeft onomstotelijk te kennen gegeven dat bij verzoeker sprake is van een toename van de zorgvraag. Ook zou verzoeker niet hebben onderbouwd waarom de verlaging van de indicatie onjuist zou zijn. Het ligt op de weg van de ziektekostenverzekeraar om bij een afwijkende toekenning alle feiten en omstandigheden te verzamelen die een verlaging van de uren rechtvaardigen. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar geen enkele keer deugdelijk gemotiveerd waarom er minder uren dan

volgens de gestelde indicatie zijn toegekend. Dit geldt ook voor het verkorten van de looptijd van de gestelde indicatie. In plaats van de geïndiceerde drie jaren is het PGB vv telkens maar voor twee jaren toegekend.

3.4. Verzoeker verwijst verder naar de door hem gestuurde brief van 5 februari 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar. De indicerend verpleegkundige, die door de ziektekostenverzekeraar was gevraagd om een herbeoordeling, was erg onbeleefd en niet respectvol. Zij sprak steeds door verzoeker heen, geloofde niet dat hij meer dan 10 operaties had gehad, en deelde hem mee dat zij een lage indicatie zou stellen. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat twee verpleegkundigen tot indicaties komen waartussen een dergelijk groot verschil zit. Hij merkt hierbij op dat het zorgplan niet door hem is ondertekend.

*Toiletgang, katheter en blaascarcinoom*

3.5. Verzoeker heeft verklaard dat de dunne ontlasting het gevolg is van de bijwerkingen van het medicatiegebruik, stress en voeding. Het toekennen van minder uren voor de toiletgang is voor verzoeker niet te begrijpen. Voornamelijk ook omdat de indicerend verpleegkundige aandacht heeft gevraagd voor de urethrastrictuur en het langer op het toilet moeten zitten. Er is weliswaar geen toezicht nodig bij de toiletgang, maar het langer op het toilet moeten zitten is een factor die de zorgstructuur en benodigde zorgmomenten verlengt.

3.6. Volgens verzoeker trekt de ziektekostenverzekeraar het gebruik van katheters in twijfel. Hij heeft daarom de pakbonnen hiervan aan de ziektekostenverzekeraar overgelegd. Dat er dagelijks gebruik van wordt gemaakt blijkt ook uit de ‘Anamnese van 28 maart 2024’.

3.7. Het is verzoeker verder opgevallen dat de indicerend verpleegkundige heeft beschreven dat verzoeker bekend is met een blaascarcinoom, waarvoor verschillende operaties hebben plaatsgevonden. Onder ‘beperkingen in het dagelijks functioneren’ wordt zeer summier beschreven dat verzoeker hulp nodig heeft. Opvallend is dat er ook staat dat verzoeker dagelijks ‘ondersteuning’ behoeft. In werkelijkheid worden de meeste taken van verzoeker volledig overgenomen, omdat hij deze eenvoudigweg niet meer zelf kan uitvoeren. Verzoeker verwijst hiervoor eveneens naar de ‘Anamnese van 28 maart 2024’.

*Visus*

3.8. De ogen en het gezichtsvermogen verdienen volgens verzoeker ook de nodige aandacht. Aan beide ogen heeft verzoeker een staaroperatie gehad. Het netvlies van het linkeroog is losgeraakt en hiervoor moest hij een grote operatie ondergaan. Daarnaast heeft hij in zijn linkeroog een gat en een kras. Aan het rechteroog is hij tweemaal geopereerd, ook vanwege het losraken van het netvlies. Vanwege de ernst van de aandoeningen en de moeilijke operaties moet verzoeker op exacte tijdstippen de ogen druppelen. Het is van wezenlijk belang dat de voorgeschreven medicatie regelmatig wordt toegediend om de conditie van beide ogen goed te houden. Verzoeker moet elke drie tot zes maanden op controle komen bij de oogarts.

*Oefentherapie Mensendieck*

3.9. In het verslag van 14 mei 2025 is beschreven welke klachten en beperkingen verzoeker heeft. Er is sprake van functioneringsproblemen door pijn, stijfheid, concentratie- en mobiliteitsbeperkingen. Ook kampt verzoeker met psychische klachten.
De therapeute beschrijft dat verzoeker wekelijks wordt behandeld en therapietrouw is.

*Eten en drinken*

3.10. Dit onderwerp wordt rooskleuriger aangeduid in het verslag van de Omaha-verpleegkundige van 12 februari 2025. Uit de 'Anamnese van 28 maart 2024' blijkt dat als zijn echtgenote hem het eten en drinken niet aanreikt, en hem niet stimuleert te eten en drinken, verzoeker dit uit zichzelf niet doet. Dit heeft een groot effect op de zorgbehoefte en de zorgintensiteit.

*Mobiliteit*

3.11. Uit het verslag van de Omaha-verpleegkundige van 12 februari 2025 volgt dat verzoeker prima kan lopen en staan, als hij maar hulpmiddelen gebruikt. Heel bewust lijkt hier te worden weggelaten dat verzoeker slechts 20 meter kan lopen en dan noodgedwongen moet rusten, omdat hij eerst op adem moet komen.

*Huidzorg*

3.12. Volgens de Omaha-verpleegkundige kan het verzorgen van de huid vanwege smetplekken samenvallen met een andere ADL-activiteit. Verzoeker kan dit niet volgen. Het insmeren van de huid neemt de nodige tijd in beslag, los van andere activiteiten.

*Psychisch welzijn*

3.13. In het verslag van Stichting Psychotraumacentrum Azadi van 28 februari 2024 is beschreven dat verzoeker een oorlogsveteraan uit Iran is. Hij heeft een migratieachtergrond en lijdt aan een posttraumatische stressstoornis. Verzoeker huilt veel, slaapt slecht en is prikkelbaar. Hij is angstig en gespannen door herbelevingen. De politieke onrust in Iran zorgt hierbij voor een toename van de klachten en beperkingen.

*Looptijd indicatie*

3.14. Uit het verslag van de Omaha-verpleegkundige van 12 februari 2025 volgt ook dat sprake is van een stabiele situatie, waardoor de looptijd van de indicatie kan worden verkort. Verzoeker vraagt zich af waarom het aantal uren aanzienlijk wordt verlaagd, terwijl de ziektekostenverzekeraar stelt dat de situatie stabiel is en de zorgvraag onveranderd. Daarnaast wordt in elk verslag door een behandelaar beschreven dat de gezondheidssituatie van verzoeker door de jaren heen juist is verslechterd.

*Overig*

3.15. Verzoeker heeft verder opgemerkt dat hij van augustus tot en met december 2024 geen PGB vv heeft ontvangen. Hij kon daardoor zijn zorgverleners niet betalen. De zorg was echter noodzakelijk en hij kon niet zonder. Hij heeft daarom geld van derden geleend. Verzoeker weet niet of hij dit ooit aan hen kan terugbetalen. Omstreeks januari 2025 heeft verzoeker slechts € 1.399,86 per maand aan PGB vv ontvangen. Ook nu nog moet hij geld lenen om de zorg in te kopen. De handelwijze van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker ervaren als een straf, waardoor zijn leven is verslechterd. Zijn zorgbehoefte is toegenomen, terwijl de ziektekostenverzekeraar minder uren dan geïndiceerd heeft toegekend. Dit is ten onrechte gedaan.

3.16. Bij e-mailbericht van 5 juni 2026 heeft verzoeker een aan hem gerichte brief van 29 oktober 2025 van de ziektekostenverzekeraar overgelegd. Uit deze brief blijkt dat de ziektekostenverzekeraar een PGB vv op basis van 15 minuten Verpleging per week en 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week heeft toegekend voor de periode van 1 januari 2026 tot en met 31 december 2026.

3.17. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat het geschil ziet op de toekenning van 26 februari 2025. Hij wil benadrukken dat eerder 30 minuten Verpleging en ruim 24 uren Persoonlijke Verzorging per week werden toegekend, maar dat het steeds minder is geworden. Bij de toekenning van 26 februari 2025 is zelfs maar 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week toegekend. Volgens verzoeker is de toekenning van 24 uren indertijd niet voor niets geweest. Er is geen sprake van verbetering in zijn situatie. De gezondheidssituatie van verzoeker verslechtert alleen maar, vooral ook met de onrustige situatie in Iran. Hierdoor herbeleeft hij zijn trauma's. Volgens uitspraken van de Centrale Raad van Beroep moeten belastende besluiten door een overheidsinstantie worden gemotiveerd. Als de ziektekostenverzekeraar minder uren dan geïndiceerd toekent, dan dient hij dit gemotiveerd te onderbouwen. Daarnaar gevraagd door de commissie merkt verzoeker op dat hij niet akkoord is gegaan met de herbeoordeling. De indicerend verpleegkundige stemde hiermee in. Zij was akkoord met het in mindering brengen van 3 x 15 minuten per week voor het aanreiken van medicatie. Over de katherisatie bestond onduidelijkheid. De indicerend verpleegkundige is akkoord gegaan met verlaging van het aantal uren, zij heeft echter niet ingestemd met een drastische vermindering van de indicatie, zoals is gebeurd bij de toekenning van 26 februari 2025. Verzoeker overweegt een nieuwe indicatie te laten stellen en een nieuwe aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen.
Verzoeker verwijst verder naar een e-mailbericht van 19 november 2024 van de indicerend verpleegkundige waarin zij schrijft: *"(...) het langer op het toilet zitten heeft wel degelijk invloed op de totale zorgbehoefte van de heer, omdat het zijn fysieke toestand en conform beïnvloed."*
Verzoeker licht toe dat dit e-mailbericht niet ziet op de nog in geschil zijnde periode, maar hieruit volgt dat hij zorg nodig heeft en dit belangrijk is voor de gehele omvang van het geschil.

3.18. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat het verzoek aan de commissie is te bepalen dat de toekenning van 26 februari 2025, naar aanleiding van de herbeoordeling op 3 februari 2025, voor de periode van 3 februari 2025 tot en met 2 februari 2027 te laag is en dat hem een hoger PGB vv moet worden toegekend.

## 4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. In zijn brief van 5 september 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat naast artikel 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2024' (hierna: Reglement PGB vv) van toepassing is. Hierin staan de voorwaarden voor het verkrijgen van een PGB vv. Eén van de voorwaarden voor toegang tot het PGB vv is dat de verzekerde een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, zoals beschreven in artikel 3, eerste lid, van het Reglement PGB vv. Het is vervolgens aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of de geïndiceerde zorg valt onder de Zorgverzekeringswet, of de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg, en of de zorg doelmatig is.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij, op grond van pagina 5 van de 'Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb', aan verzoeker een PGB vv voor twee jaren in plaats van drie jaren heeft toegekend. Een verlengde toekenning, voor meer dan twee jaren, is alleen mogelijk bij een stabiele zorgvraag. Na overleg met de indicerend verpleegkundige is vastgesteld dat – door verlaging van de uren en de optie van mogelijk een spoelföhntoilet – bij verzoeker nog geen sprake is van een stabiele zorgvraag. De indicerend verpleegkundige heeft dit per e-mailbericht van 2 september 2024 bevestigd. Er is een toekenning voor een PGB vv op basis van 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week verstrekt, waarop de indicerend verpleegkundige akkoord heeft gegeven.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 februari 2025 aanvullend verklaard dat bij twijfel over de gestelde indicatie, op grond van artikel 5, achtste lid, van het Reglement PGB vv, door hem contact wordt opgenomen met de indicerend verpleegkundige. Hierin is mede bepaald dat de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd van de gestelde indicatie mag afwijken en ook dat een

herbeoordeling kan worden gevraagd. Uit het contact met de indicerend verpleegkundige bleek dat - behalve een wijziging in de gevraagde zorgtijd, de indeling en de hoeveelheid zorg - geen sprake is van een daadwerkelijke toename van de zorgvraag. De indicerend verpleegkundige heeft dit ook niet onderbouwd. Op 13 januari 2025 heeft verzoeker verzocht om een herbeoordeling. Bij e-mailbericht van 4 februari 2025 heeft verzoeker meegedeeld het bezoek van de herbeoordelaar als onprettig te hebben ervaren en twijfels te hebben over de onafhankelijkheid van de herbeoordelaar. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover verklaard dat verpleegkundigen moeten indiceren vanuit hun professionele autonomie, ongeacht door wie zij worden aangewezen. Dit betekent dat zij verantwoordelijk zijn voor het indiceren van wijkverpleging op basis van objectieve criteria, professionele richtlijnen en de geldende beroepsnormen, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging V&VN. De indicatiestelling moet transparant en navolgbaar zijn. Dit houdt in dat de onderbouwing van de benodigde zorg inzichtelijk moet zijn en dat duidelijk moet zijn welke zorgresultaten worden beoogd. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief beschreven wat aan verzoeker aan uren Verpleging en Persoonlijke Verzorging is toegekend, maar heeft dit bij brief van 26 februari 2025 gerectificeerd.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 maart 2026, gericht aan de commissie, verwezen naar zijn brieven van 5 september 2024, 24 februari 2025 en de rectificatie van 26 februari 2025. Volgens de ziektekostenverzekeraar komt het erop neer dat de indicerend verpleegkundige op 1 juli 2024 heeft ingestemd met verlaging van de gestelde indicatie. Daarnaast wordt de herbeoordeling gevolgd. De herbeoordeling van 3 februari 2025 is uitgevoerd als een integrale herbeoordeling. Dit houdt verband met het feit dat een zorgindicatie niet los kan worden gezien van de onderliggende medische en functionele context van de patiënt. Een zorgvuldige en professionele beoordeling vereist dat het totale zorgbeeld opnieuw wordt gewogen, mede in het licht van de geldende richtlijnen en standaarden binnen de beroepsgroep. Dit brengt met zich dat niet uitsluitend de onderdelen waarover geen overeenstemming bestond kunnen worden herbeoordeeld, maar dat de indicatie in zijn geheel opnieuw dient te worden vastgesteld. Een gedeeltelijke herbeoordeling zou immers het risico met zich brengen dat de samenhang tussen de verschillende zorgcomponenten onvoldoende wordt meegewogen, hetgeen kan leiden tot een onvolledig of onjuiste indicatie. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat het zorgplan van de herbeoordeling niet is ondertekend door verzoeker. Een ondertekening van het zorgplan is echter geen wettelijk vereiste voor de geldigheid daarvan. Voor de vaststelling van de indicatie geldt dat de indicerend verpleegkundige een zelfstandige professionele verantwoordelijkheid heeft en op basis van eigen deskundigheid en richtlijnen tot een oordeel komt. Instemming van de patiënt met de inhoud van de indicatie is daarbij geen vereiste. Wel is van belang dat verzoeker toestemming heeft gegeven voor het uitvoeren van de herbeoordeling. Aanvullend heeft de ziektekostenverzekeraar stukken overgelegd.

4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de indicerend verpleegkundige akkoord is gegaan met verlaging van de gestelde indicatie naar 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging. Vervolgens heeft er een herbeoordeling plaatsgevonden en de bij die gelegenheid gestelde indicatie heeft de ziektekostenverzekeraar toegekend. Volgens hem is de procedure zorgvuldig gevolgd en de beslissing duidelijk gemotiveerd. Dat er bij de herbeoordeling minder uren zijn geïndiceerd is spijtig, maar dat maakt de beoordeling niet anders. Hij merkt verder op dat er veel stukken in het dossier zitten en het onduidelijk is waarover het nu precies gaat. Daarnaar gevraagd door de commissie verklaart ziektekostenverzekeraar dat hij in het systeem niets kan vinden over een Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG). Een BKG dient voornamelijk om na te gaan of een verzekerde het beheer van een PGB vv kan voeren en om declaraties te controleren. Niet om de zorgbehoefte te bespreken. Het verlagen van het aantal uren is een medische beoordeling en dit wordt bij een BKG niet besproken.

4.6. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat altijd een nieuwe aanvraag kan worden ingediend, maar in het kader van kostenbeheersing wordt dit niet geadviseerd. In principe is het de bedoeling een nieuwe indicatie te laten stellen als de zorgvraag verandert.

## 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 5.6 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 verpleging en verzorging, waaronder ook de financieringsvorm 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 B.27 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in 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 indicerend 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. Zoals verzoeker ter zitting duidelijk heeft gemaakt, ziet het onderhavige geschil op de aanvraag van 26 september 2024, waarop een herbeoordeling van 3 februari 2025 met een indicatie op basis van 15 minuten Verpleging en 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 3 februari 2025 tot en met 2 februari 2027 volgde, en de toekenning daarvan door de ziektekostenverzekeraar op 26 februari 2025. De commissie overweegt hierover als volgt.

*Aanvraag 26 september 2024*

6.6. De bij de ziektekostenverzekeraar ingediende aanvraag van 26 september 2024 ziet op een PGB vv op basis van 30 minuten Verpleging en 18 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 26 september 2024 tot en met 26 september 2026. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen beslist dat een nieuwe indicatie in de plaats komt van de vorige. Dit blijkt ook uit artikel 6, derde lid, 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. De ziektekostenverzekeraar heeft onbetwist gesteld dat hij de aanvraag – gedateerd 26 september 2024 – eerst op 15 oktober 2024 heeft ontvangen. Hieruit volgt dat een PGB vv op basis van deze aanvraag op laatstgenoemde datum ingaat.

6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 17 maart 2026 de schriftelijke verslaglegging van het overleg tussen de adviserend en indicerend verpleegkundigen aangeleverd. Uit het e-mailbericht van 12 november 2024 volgt dat de adviserend verpleegkundige meedeelt dat 30 minuten Verpleging en 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week worden toegekend omdat, gelet op de vorige toekenning en de voorgaande e-mailberichten in het kader van de zorgvraag, geen reden bestaat voor een hoger aantal zorguren. De indicerend verpleegkundige heeft bij e-mailbericht van 19 november 2024 meegedeeld hiermee niet akkoord te gaan. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 26 november 2024 aan verzoeker toegekend een PGB vv op basis van 30 minuten Verpleging en 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 15 oktober 2024 tot en met 14 oktober 2026. Met deze toekenning is de looptijd van het op basis van de eerdere aanvraag van 28 maart 2024 verstrekte PGB vv geëindigd met ingang van 15 oktober 2024.
Wat betreft de afwijking ten opzichte van de in de indicatie opgenomen uren overweegt de commissie als volgt.

6.8. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar de geïndiceerde tijd voor Persoonlijke Verzorging heeft verlaagd, terwijl de indicerend verpleegkundige hiermee niet akkoord was. In de toekenning van 26 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat buiten een verandering van de gevraagde tijd, de indeling van de zorg en de hoeveelheid, er geen toename is in de daadwerkelijke zorgvraag. Hiermee is naar het oordeel van de commissie voldoende onderbouwd waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt en heeft hij de benodigde zorgvuldigheid betracht.

*Herbeoordeling*

6.9. Verzoeker was het niet eens met de toekenning van 26 november 2024. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar laten weten een herbeoordeling te laten uitvoeren. Anders dan verzoeker ter zitting heeft beweerd, blijkt uit de stukken dat hij heeft ingestemd met een herbeoordeling als bedoeld in artikel 5, achtste lid, van het Reglement PGB vv. Hij heeft hiervoor namelijk het ‘Toestemmingsformulier herbeoordeling’ van 24 januari 2025 ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

6.10. Op 3 februari 2025 heeft een herbeoordeling plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 24 en 26 februari 2025 aan verzoeker meegedeeld dat hij, overeenkomstig de uitkomst van de herbeoordeling, een PGB vv op basis van 15 minuten Verpleging en 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week heeft toegekend voor de periode van 3 februari 2025 tot en met 2 februari 2027, en voorts bevestigd dat voor de periode van 15 oktober 2024 tot en met 2 februari 2025, 30 minuten Verpleging en 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week waren toegekend.

6.11. Eerder is overwogen dat de ontvangstdatum van de volledig ingevulde aanvraag de ingangsdatum van het PGB vv is. De ziektekostenverzekeraar heeft onbetwist gesteld dat de ingangsdatum van de herbeoordeling 3 februari 2025 is. Dit betekent dat verzoeker met betrekking tot de periode van

15 oktober 2024 tot en met 2 februari 2025 aanspraak heeft op 30 minuten Verpleging en 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week, zoals door de ziektekostenverzekeraar is bevestigd in de hiervoor onder 6.10 bedoelde correspondentie. Waar het de periode vanaf 3 februari 2025 betreft overweegt de commissie als volgt.

6.12. In de 'Toetsingscriteria herbeoordeling indicatie' (hierna; "Toetsingscriteria") is, voor zover hier van belang, onder punt 6 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*."

6.13. De initieel ingediende aanvraag van 26 september 2024, ziet op een PGB vv op basis van 30 minuten Verpleging en 18 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De door de herbeoordelaar gestelde indicatie van 15 minuten Verpleging en 9 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week wijkt zo'n 50 % af van de oorspronkelijke indicatie, en overigens ook zo'n 25 % van de toekenning door de ziektekostenverzekeraar van 30 minuten Verpleging en 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De commissie is van oordeel dat het in dit geval bij een zodanig significant verschil op de weg van de ziektekostenverzekeraar had gelegen om in navolging van het hiervoor genoemde punt 6 van de Toetsingscriteria in het kader van een zorgvuldige beoordeling contact op te nemen met de herbeoordelaar om dit verschil te bespreken en daarover verheldering te verkrijgen. Door dit in het onderhavige geval achterwege te laten heeft de ziektekostenverzekeraar in het proces van herbeoordeling onvoldoende zorgvuldig gehandeld.

6.14. De volgende vraag is welke gevolgen hieraan moeten worden verbonden. Aan het bestaan van een aanzienlijk verschil in uren kan niet automatisch de conclusie worden verbonden dat de herbeoordelaar niet correct heeft geïndiceerd. De commissie merkt in dit verband op dat de herbeoordelaar een professional is waarvoor de beroepsnormen gelden. Anderzijds heeft hetzelfde te gelden voor de indicerend verpleegkundige die bij de initiële aanvraag was betrokken. De commissie stelt het PGB vv, alles overwegende, in goede justitie vast op 30 minuten Verpleging en 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week, voor de periode van 3 februari 2025 tot en met 2 februari 2027.

6.15. De stelling van verzoeker dat hij het zorgplan van 3 februari 2025 niet heeft ondertekend verandert het voorgaande niet. De indicerend verpleegkundige, in dit geval de herbeoordelaar, stelt als gezegd de indicatie in het kader van de herbeoordeling. Een handtekening van verzoeker voor instemming met de door de herbeoordelaar gestelde indicatie is niet vereist. Zoals ter zitting besproken, staat het verzoeker vrij een nieuwe indicatie te laten stellen door een verpleegkundige en een nieuwe aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar te doen.

6.16. Gelet op de uitkomst ziet de commissie aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten het klachtgeld aan verzoeker te vergoeden.

6.17.
*Slotsom*

6.18. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

**7. Bindend advies**

7.1. De commissie beslist dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker voor de periode van 15 oktober 2024 tot en met 2 februari 2025, alsook voor de periode van 3 februari 2025 tot en met 2 februari 2027 een

PGB vv moet toekennen op basis van 30 minuten Verpleging en 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

(ii) de ziektekostenverzekeraar het klachtgeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden;

(iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 30 oktober 2026,

A. de Ruijter

**Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*
*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE – Relevante bepalingen**

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

# 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.

*Welke kosten worden niet vergoed?*
U heeft geen recht op:
- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prelinguaal doven.

*Heb ik een verwijzing nodig?*
U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:
- Auditieve of communicatieve beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS).
  - u moet zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
  - bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.
- Visuele beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking.
  - voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
  - bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

## Artikel 27 Verpleging en verzorging

### 27.1 Wijkverpleging

*Waar heb ik recht op?*
U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Wijkverpleging betreft zorg in de eigen omgeving, dus thuis, maar bijvoorbeeld ook op werk of dagbesteding. De zorg gaat niet gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 Besluit zorgverzekeringen betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering.

*Wat zijn de voorwaarden?*
- een BIG-geregistreerde bachelor of master opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van ‘Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving’ van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde bachelor of master opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende niveau 3. Zorg kan alleen geleverd worden door een helpende niveau 2 indien Zorg en Zekerheid en de betreffende zorgaanbieder contractueel aanvullende voorwaarden en kwaliteitseisen hebben afgesproken met betrekking tot de inzet van helpende niveau 2;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- 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;
- bij een restitutienota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

*Waar heb ik geen recht op?*
U heeft geen recht op:
- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de medische kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;

- wanneer er alleen verzorging nodig is en er is geen sprake van een geneeskundige context waar binnen deze verzorging gegeven wordt, valt dit onder de Wmo. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) wanneer u niet voldoende zelfredzaam bent. Bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap.

*Heb ik een verwijzing nodig?*
Om in aanmerking te komen voor verpleging en verzorging heeft u geen verwijzing nodig.

*Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?*
U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:
- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2024, maar geen contract had in 2023. Op **www.zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker** kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.
  Het aanvraagformulier voor toestemming kunt u vinden op **www.zorgenzekerheid.nl/brochures**.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

### 27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)
U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op **www.zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden**.

### 27.3 Eerstelijns verblijf
*Waar heb ik recht op?*
U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:
- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- psychologische hulp, niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, door een gedragskundige aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek op verzoek van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

*Wat zijn de voorwaarden?*
- de indicatie wordt gesteld door de huisarts of medisch specialist, SEH-arts of specialist ouderengeneeskunde en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4;
- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTza);
- bij het indienen van een restitutienota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

*Waar heb ik geen recht op?*
U heeft geen recht op ELV als:
- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

g. U heeft of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
h. U valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
i. U heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.

4. U bent naar het oordeel van Zorg en Zekerheidin 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 Zekerheidin 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-keuze gesprek” en/of huisbezoek dat eventueel door Zorg en Zekerheid wordt georganiseerd.
6. Uit uw aanvraagformulier of het Bewuste-keuze gesprek 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 surséance 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. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die al vergoed wordt vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit een DBC). Om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige vergoeding van 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-keuze gesprek 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. 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 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 in 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 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 door het netwerk wordt verleend mag in de indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. 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 de wijkverpleegkundige 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.
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 gebruik maken 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 gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel 27 van de polisvoorwaardenvoorwaarden.

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 waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen.
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 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe indicatie aanvragen bij uw 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 5 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 hebt 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 hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.
8. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
9. Indien u een aanvraag voor Zvw-pgb indient voor zorg waarvoor u al zorg in natura ontvangt, of u al recht heeft op vergoeding van de kosten van de aangevraagde zorg, 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.

## Artikel 7: Declareren van zorg

### 7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons standaard declaratieformulier te gebruiken. U kunt deze vinden op onze website op **www.zorgenzekerheid.nl/brochures** (declaratieformulier Pgb Zvw). U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.