

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202600136

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 21 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij e-mailbericht van 31 maart 2026 heeft verzoekster een aanvullende reactie gestuurd.
- 1.3. Bij e-mailbericht van 14 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie hiervan is, eveneens op 14 april 2026, aan verzoekster gezonden.
- 1.4. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 14 en 15 april 2026 gereageerd op het standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Kopieën van deze berichten zijn op 15 april 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 15 april 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorgbewustpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Start (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.

- 2.2. Verzoekster heeft op 19 augustus 2025 een aanvraag voor een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (PGB vv) op basis van 8 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging voor de periode van 6 september 2025 tot en met 5 september 2027 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 2.3. Bij brief van 25 september 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag niet in behandeling wordt genomen, omdat een recent verslag van een ergotherapeut ontbreekt.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 21 januari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvraag van 19 augustus 2025 voor een PGB vv op basis van 8 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging voor de periode van 6 september 2025 tot en met 5 september 2027 alsnog goed te keuren. Bij e-mailbericht van 15 april 2026 heeft verzoekster de commissie ook verzocht vast te stellen dat de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld in strijd met het rechtszekerheidsbeginsel, vertrouwensbeginsel, zorgvuldigheidsbeginsel, motiveringsbeginsel en de proportionaliteit.
- 3.2. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van 21 en 23 januari 2026, gericht aan de commissie, verklaard dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv heeft afgewezen, omdat deze onnavolgbaar zou zijn en er geen recent onafhankelijk ergotherapeutisch verslag is bijgevoegd.
- 3.3. In 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat bij een herindicatie een ergotherapeutisch verslag nodig is. Hieraan heeft verzoekster voldaan. De ergotherapeut heeft een uitgebreid en inhoudelijk onderbouwd verslag van 27 augustus 2024 opgesteld. Hieruit blijken de zorgbehoefte, de ADL afhankelijkheid, en het ontbreken van mogelijkheden tot vergroting van de zelfredzaamheid. Dit verslag is destijds door de ziektekostenverzekeraar geaccepteerd en op basis daarvan is een toekenning voor het PGB vv, zonder voorwaarden, verstrekt op 24 december 2024.
- 3.4. Bij de nieuwe indicatie van 19 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar eerst gesteld dat het ergotherapeutisch verslag verouderd is, terwijl dit op het moment van de aanvraag slechts één jaar oud was en de medische situatie ongewijzigd. Vervolgens is het standpunt ingenomen dat een ergotherapeut moet meekijken tijdens de ADL momenten. Deze opeenvolgende en wisselende eisen zijn niet consistent en niet deugdelijk gemotiveerd. De ziektekostenverzekeraar kan volgens verzoekster niet achteraf nieuwe voorwaarden stellen wanneer eerder aangeleverde en geaccepteerde informatie inhoudelijk volledig is.
- 3.5. Het ergotherapeutisch verslag van 27 augustus 2024 beschrijft uitgebreid:
 - een progressief ziektebeeld, Hashimoto in combinatie met polyneuropathie;
 - een volledige ADL afhankelijkheid;
 - het ontbreken van behandelopties of therapieën die de zelfredzaamheid vergroten;
 - dat hulpmiddelen of oefeningen geen verbetering opleveren;
 - dat verdere achteruitgang is te verwachten.

- 3.6. De ergotherapeut heeft tijdens de spreekuurmomenten oefeningen en mogelijkheden onderzocht en expliciet geconcludeerd dat deze niet haalbaar zijn en geen vergroting van de zelfredzaamheid opleveren. Er zijn sindsdien geen medische veranderingen geweest die een nieuwe beoordeling noodzakelijk maken. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 27 november 2024 geschreven: *“Uit het voorstel om de ergotherapeut mee te laten kijken bij de ADL volgt niet dat de zelfredzaamheid kan worden vergroot.”* Het is voor verzoekster onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 21 januari 2026 de zelfredzaamheid weer opvoert om de aanvraag af te wijzen. Dit is speculatie, die haaks staat op het ergotherapeutisch verslag. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar heeft verzuimd te onderbouwen welke fysiotherapeutische interventie bij progressieve polyneuropathie tot een afname van de zorgbehoefte zou leiden.
- 3.7. Volgens verzoekster kan de ziektekostenverzekeraar haar niet dwingen dat intieme ADL momenten worden geobserveerd. Dit te weigeren is een legitieme keuze in het kader van privacy en menselijke waardigheid. De Zorgverzekeringswet kent geen verplichting om dergelijke observaties toe te staan, en zeker niet wanneer reeds een onafhankelijk en inhoudelijk ergotherapeutisch verslag beschikbaar is. Verzoekster heeft verklaard dat voorliggende behandel mogelijkheden zijn benut en uitgeput. Haar ziektebeeld is progressief en zij is medisch uitbehandeld. Ergotherapie is juist als laatste redmiddel ingezet om te beoordelen of vergroting van de zelfredzaamheid mogelijk is. Het traject heeft geleid tot het verslag van 27 augustus 2024. De suggestie dat voorliggende zorg niet is benut is feitelijk onjuist.
- 3.8. Verzoekster vindt het verder tegenstrijdig dat, ondanks de afwijzing, de ziektekostenverzekeraar tijdelijk een PGB vv op basis van 8 uren en 45 minuten heeft toegekend tot en met 31 maart 2026. Dit ondergraaft volgens verzoekster de stelling dat de zorg niet noodzakelijk of niet doelmatig zou zijn. Verder heeft verzoekster gesteld dat zij sinds 19 april 2023 onafgebroken een PGB vv ontvangt. De onderhavige aanvraag betreft daarom geen nieuwe aanvraag voor zorg, maar ziet op voortzetting van eerder rechtmatig toegekende zorg. Bij een ongewijzigde situatie mag de ziektekostenverzekeraar de bestaande aanspraak niet weigeren of beëindigen. Dit is in strijd met het vertrouwensbeginsel en de eisen van zorgvuldige besluitvorming.
- 3.9. Voorts heeft verzoekster verklaard dat de aanvraag voldoet aan de eis van het V & VN Normenkader dat de indicatie moet worden gesteld door een niveau 6 verpleegkundige. Verzoekster vindt het tegenstrijdig dat de ziektekostenverzekeraar enerzijds deze deskundigheid vereist, maar anderzijds het professionele oordeel van betrokkene terzijde schuift. Het is verzoekster niet bekend dat de ziektekostenverzekeraar contact met de indicierend verpleegkundige heeft gehad over de gestelde indicatie. Zij verzoekt de commissie het gespreksverslag hiervan op te vragen.
- 3.10. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 24 januari 2026 een UWV-rapport van juni 2024 gestuurd. Dit rapport bevat medische en juridische feiten die de ziektekostenverzekeraar in de beoordeling buiten beschouwing heeft gelaten.
- 3.11. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 31 maart 2026 de commissie verzocht direct in te grijpen, omdat de tijdelijke overbrugging van het PGB vv per 1 april 2026 eindigt. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft gereageerd binnen de door de commissie gestelde termijn. Hiermee frustreert de ziektekostenverzekeraar de rechtsgang en verzoekster wordt daarvan de dupe. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht geschonden. Verzoekster heeft een IVA-status (Wet Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten) en is 85% hulpbehoevend. Door het PGB vv per 1 april 2026 te beëindigen brengt de ziektekostenverzekeraar haar noodzakelijke zorg direct in gevaar. Verder heeft verzoekster verklaard dat sprake is van onbehoorlijk bestuur. De ziektekostenverzekeraar is in eerdere fasen herhaaldelijk van argument gewisseld. Dit wijst op

doelredeneren en een gebrek aan een deugdelijke motivering, hetgeen in strijd is met de eisen van zorgvuldigheid. Zij verzoekt de commissie de ziektekostenverzekeraar te dwingen dat de huidige overbrugging op basis van 8 uren en 45 minuten per week wordt gecontinueerd, zonder terugvorderingsrecht. De vertraging is volgens verzoekster namelijk volledig te wijten aan de ziektekostenverzekeraar, zodat het onrechtvaardig is haar te belasten met een mogelijk financieel risico.

- 3.12. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 14 april 2026 verklaard dat zij van de ziektekostenverzekeraar inmiddels een tijdelijke toekenning heeft ontvangen op basis van de geïndiceerde tijd van 8 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week tot en met 31 december 2026. De oorspronkelijke indicatie was gesteld tot 5 september 2027. Zij accepteert deze toekenning zodat de zorgverlening kan doorgaan, maar de ziektekostenverzekeraar verkort hiermee eenzijdig de duur van de gestelde indicatie. Verder heeft verzoekster herhaald het onredelijk te vinden dat er een actueel rapport van de ergotherapeut moet worden overgelegd. De ziektekostenverzekeraar beschikt volgens haar al over een actueel rapport en bovendien is haar medisch situatie (IVA-status) duurzaam en ongewijzigd. Het herhaaldelijk eisen van een nieuw onderzoek door de ergotherapeut is een oneigenlijke voorwaarde en deze wordt door haar niet geaccepteerd. De brief van 14 april 2026 van de ziektekostenverzekeraar is volgens verzoekster een strategische zet, bedoeld om de acute druk van de procedure te halen. Het lost echter de kern van het geschil niet op.
- 3.13. Bij e-mailbericht van 15 april 2026 heeft verzoekster verklaard dat zij afziet van deelname aan de hoorzitting en een laatste schriftelijke reactie geeft. Zij heeft aangetekend dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 14 april 2026 stelt dat hij herhaaldelijk heeft gevraagd om een ergotherapeutisch onderzoek in de thuissituatie en dat dit een noodzakelijke voorwaarde was. Dit is volgens verzoekster feitelijk onjuist en tegenstrijdig. Op 27 november 2024 oordeelde de ziektekostenverzekeraar expliciet dat uit het voorstel om een ergotherapeut mee te laten kijken niet volgt dat de zelfredzaamheid kan worden vergroot. Op 24 december 2024 werd een volledige en onvoorwaardelijke toekenning verstrekt op basis van het ergotherapeutisch verslag van 27 augustus 2024. In het kader van die beoordeling heeft de ziektekostenverzekeraar zelf vastgesteld dat de zorgvraag, ondanks het ontbreken van een observatie in de thuissituatie, voldoende onderbouwd en doelmatig was. Het achteraf nog eisen van een ergotherapeutisch verslag – zonder gewijzigde medische feiten – is een schending van het rechtzekerheidsbeginsel en het vertrouwensbeginsel.
- 3.14. Verzoekster heeft daarnaast verklaard dat haar zorgbehoefte onafhankelijk en consistent is vastgesteld door drie verschillende specialisten, namelijk in de eerste plaats door het UWV (in juni 2024). Zij heeft, als gezegd, een IVA-status (volledig en duurzaam arbeidsongeschikt) en een hulpbehoevendheid van 85%. Voorts door de ergotherapeut (in het verslag van 27 augustus 2024) met de expliciete conclusie dat de zelfredzaamheid niet kan worden vergroot door therapie of hulpmiddelen. Tot slot door de indicierend wijkverpleegkundige, die een indicatie heeft gesteld conform het V&VN Normenkader, passend bij de progressieve diagnose Hashimoto en polyneuropathie. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, dat aanvullende observatie door een ergotherapeut noodzakelijk is, miskent deze reeds aanwezige consistente en drievoudig geobjectiveerde onderbouwingen.
- 3.15. Verder heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar in strijd met het motiveringsbeginsel wederom een toekenning heeft verstrekt, te weten die van 14 april 2026. Volgens de Zorgverzekeringswet mag alleen zorg worden vergoed die noodzakelijk en doelmatig is. Door de zorg toe te kennen, erkent de ziektekostenverzekeraar volgens verzoekster dat de aanwezige medische informatie voldoende is.

- 3.16. Verzoekster heeft tot slot herhaald dat zij de eis van een observatie in de thuissituatie disproportioneel vindt. Het vormt een inbreuk op haar persoonlijke levenssfeer, is medisch niet noodzakelijk en strijdig met het proportionaliteitsbeginsel.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 27 november 2024, gericht aan verzoekster, geschreven dat na herbeoordeling van de stukken, de indicierend verpleegkundige heeft aangegeven dat er is voorgesteld een ergotherapeut te laten kijken naar de ADL. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat bij een nieuwe aanvraag mogelijk opnieuw wordt gecontroleerd of de zelfredzaamheid kan worden vergroot en of de indicierend verpleegkundige dit voldoende kan objectiveren. De ziektekostenverzekeraar heeft destijds een PGB vv toegekend voor Persoonlijke Verzorging op basis van 8 uren en 45 minuten voor de periode van 1 januari 2025 tot en met 5 september 2025.
- 4.2. Naar aanleiding van de aanvraag van 19 augustus 2025 voor een PGB vv op basis van 8 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging voor de periode van 6 september 2025 tot en met 5 september 2027 heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 25 september 2025 verzocht om een recent rapport van de ergotherapeut. Het verslag van 27 augustus 2024 was volgens hem verouderd. Na ontvangst van een actueel rapport zou de aanvraag in behandeling worden genomen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 januari 2026 meegedeeld dat een tijdelijke overbrugging wordt toegekend, zodat er voldoende tijd is om het verzoek tot heroverweging te beoordelen. Deze toekenning was geldig van 6 september 2025 tot en met 31 maart 2026.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 januari 2026 verklaard dat in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering het recht op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden is bepaald. In dit artikel is ook de mogelijkheid opgenomen om voor deze zorg een PGB vv aan te vragen. De hiervoor geldende voorwaarden staan in het Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging. In een eerdere fase is, als gezegd, ervoor gekozen een tijdelijke overbrugging toe te kennen met als doel om via de inzet van ergotherapie vast te stellen in welke mate verzoekster zelfredzaam is, in hoeverre de zelfredzaamheid kan worden vergroot, en welke zorg doelmatig en passend is binnen de Zorgverzekeringswet. Deze beoordeling is volgens de ziektekostenverzekeraar essentieel om de zorgvraag te objectiveren en vast te stellen welke zorg daadwerkelijk noodzakelijk is. Bij de aanvraag ontbreekt een onafhankelijke ADL- of functionele beoordeling door een ergotherapeut of een indicierend verpleegkundige. Ook bestaan er diverse voorliggende voorzieningen en behandelmogelijkheden, zoals ergotherapie, aangepaste fysiotherapie, revalidatie of hulpmiddelen, waarvan niet is vastgesteld dat deze volledig zijn benut. Ook is niet onderbouwd waarom deze niet (meer) zouden kunnen bijdragen aan verbetering van de zelfredzaamheid van verzoekster. Zolang deze beïnvloedbare factoren niet zijn onderzocht of uitgesloten, kan niet worden geconcludeerd dat Persoonlijke Verzorging de meest doelmatige zorg is. Op basis hiervan kan niet worden vastgesteld dat het aangevraagde PGB vv voldoet aan het criterium van doelmatigheid binnen de Zorgverzekeringswet. Een aanspraak op grond van de Zorgverzekeringswet ontbreekt daardoor.
- 4.4. Wat betreft het verslag van 27 augustus 2024, dat bij de aanvraag van 19 augustus 2025 was gevoegd, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat dit verouderd is en niet – zoals verzoekster heeft gesteld – is genegeerd. In de brief van 27 november 2024 is uitdrukkelijk meegedeeld dat bij een herindicatie opnieuw kan worden gevraagd naar de zelfredzaamheid. Op 12 januari 2025 heeft telefonisch overleg plaatsgevonden met de indicierend verpleegkundige. Uit het gespreksverslag volgt dat verzoekster geen toestemming heeft gegeven om mee te kijken in de zorg. Verder lijkt de inzet van een ergotherapeut door haar te worden afgehouden. Daarnaast is gevraagd om nieuwe medische verslaglegging van de situatie van verzoekster, maar deze

informatie is niet verstrekt. Ten aanzien van hulpmiddelen lijkt het standpunt van verzoekster te zijn dat inzet hiervan geen vergroting van de zelfredzaamheid oplevert. Welke hulpmiddelen al daadwerkelijk zijn ingezet en op basis waarvan deze conclusie door haar wordt getrokken is niet duidelijk. Uit de indicatiestelling blijkt slechts dat op dit moment een rolstoel wordt gebruikt. Ook is onduidelijk of fysiotherapie een mogelijk voorliggende voorziening vormt en wat hiervan de meerwaarde zou kunnen zijn.

Door het ontbreken van objectieve medische verslaglegging waarop de indicatiestelling is gebaseerd, is het onduidelijk hoe deze tot stand is gekomen. De indicatiestelling is daarom niet navolgbaar.

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 april 2026, gericht aan de commissie, verklaard dat aan verzoekster vanaf 19 april 2023 machtigingen zijn verstrekt voor een PGB vv. Na een heroverwegingsverzoek is alsnog een machtiging van 24 december 2024 verstrekt voor een PGB vv met betrekking tot de periode van 1 januari 2025 tot en met 5 september 2025.
- 4.6. In het onderhavige geschil gaat het om de indicatie die is gesteld voor de periode van 6 september 2025 tot en met 5 september 2027. Op 8 januari 2026 is – in verband met de heroverwegingstermijn tot 21 januari 2026 – een tijdelijke machtiging verstrekt voor de periode van 6 september 2025 tot en met 31 maart 2026.
- 4.7. Volgens de ziektekostenverzekeraar is er een juridische context voor ergotherapeutisch onderzoek en de vergroting van de zelfredzaamheid. Vanuit de zorgverzekering mag alleen die zorg worden vergoed waarop een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar artikel A.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarbij is dit ook een onderdeel van het Normenkader indicatieproces. Tevens moet de indicatie zijn gesteld volgens het V&VN Normenkader (artikel B.26 voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 5.2 en 5.8 van het Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging).
- 4.8. De indicierend verpleegkundige heeft meegedeeld dat verzoekster geen nader ergotherapeutisch onderzoek wil laten doen. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar het zorgplan dat was gevoegd bij de aanvraag van 2025. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de indicierend verpleegkundige in haar verklaring van 7 oktober 2024 heeft vermeld:
“Ik heb ergotherapeut gesproken en zij gaf aan dat ze mw alleen gezien heeft en haar niet op haar zelfredzaamheid heeft getoetst. Ze is eveneens uitgegaan van het medisch dossier. Ik heb aan echtgenoot voorgesteld om de ergotherapeut mee te laten kijken tijdens de ADL zorg. Echtgenoot geeft echter aan dat hij dat niet ziet zitten. “Dit lijkt op aapjes kijken”, aldus de echtgenoot. Indien de indicatie niet wordt afgegeven of f) maar voor korte tijd dan wil ik de volgende herindicatie alleen uitvoeren als ergotherapeut de ADL zorg daadwerkelijk heeft geobjectiveerd.”.
- 4.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de reactie van zijn medisch adviseur meegestuurd. Daaruit volgt dat zonder een actuele, praktijkgerichte ergotherapeutische beoordeling in de thuissituatie niet kan worden vastgesteld of verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor aanspraak op Persoonlijke Verzorging in de vorm van een PGB vv ten laste van de zorgverzekering. Deze beoordeling is medisch-inhoudelijk noodzakelijk om te kunnen toetsen of de aangevraagde zorg noodzakelijk en doelmatig is, of deze niet (deels) kan worden vervangen door voorliggende voorzieningen, en of daarmee wordt voldaan aan de voorwaarden zoals gesteld in het Besluit zorgverzekering en het Normenkader indicatieproces van V&VN. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals erop gewezen dat in de vorige machtigingen al werd meegedeeld dat ergotherapeutische inzet belangrijk was. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stukken meegestuurd.

- 4.10. Verzoekster beroept zich nu op een zin in de brief van 27 november 2024 van de ziektekostenverzekeraar, namelijk: “Hieruit volgt niet dat de zelfredzaamheid mogelijk kan worden vergroot”. Het klopt dat uit de verklaring van de ergotherapeut niet volgt dat de zelfredzaamheid kan worden vergroot. Andersom was het op dat moment (en tot op heden) voor de ziektekostenverzekeraar onduidelijk dat de zelfredzaamheid niet kan worden vergroot, omdat de verklaring en het onderzoek te minimaal zijn. Een paar zinnen verderop in de tekst staat ook dat bij een nieuwe aanvraag de zelfredzaamheid mogelijk opnieuw wordt bekeken. Gelet op de bevindingen van de adviserend verpleegkundige, had de brief van 27 november 2024 tekstueel duidelijker gekund. Verzoekster mocht echter niet ervan uitgaan dat de ziektekostenverzekeraar in het vervolg geen vragen meer had over de zelfredzaamheid en de inzet van ergotherapie. De noodzaak van een ergotherapeutisch onderzoek voorafgaand aan de herindicatie stond duidelijk vermeld in de brief van 27 november 2024 en de machtiging van 24 december 2024. Er zijn die dag twee machtigingen verstrekt, omdat bij de eerste juist deze belangrijke tekst per abuis niet goed was opgeslagen.
- 4.11. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat het PGB vv werd toegekend tot en met 31 maart 2026. In verband met de verwarring over de brief van 27 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog een machtiging verstrekt tot en met 31 december 2026. Indien de commissie de ziektekostenverzekeraar in het gelijk stelt, dan heeft verzoekster aldus nog ruimschoots de tijd om een ergotherapeut in te schakelen en tijdig een herindicatie te laten stellen. Mocht daarentegen verzoekster in het gelijk worden gesteld, dan kan de machtiging conform de gestelde indicatie tot 5 september 2027 worden verlengd. De ziektekostenverzekeraar heeft met zijn reactie kopieën van verschillende machtigingen, aanvragen en overige stukken overgelegd.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging, het PGB vv, en het ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ 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.26. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging (hierna: Reglement PGB vv). Een verzekerde heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.
- 6.3. De indicierend verpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De zorgverzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige

procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:

- a) de zorgverzekeraar neemt contact op met de verpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
- b) de verpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
- c) bereiken de zorgverzekeraar en de verpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.

- 6.4. Als de zorgverzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de verpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv, tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 6.5. Verzoekster heeft een aanvraag van 19 augustus 2025 voor een PGB vv op basis van 8 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging voor de periode van 6 september 2025 tot en met 5 september 2027 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat een recent ergotherapeutisch verslag over de zelfredzaamheid van verzoekster ontbreekt. Op de noodzaak hiervan had hij verzoekster bij brieven van 27 november 2024 en 24 december 2024 (in het kader van een eerdere aanvraag) reeds geattendeerd.
- 6.6. De commissie constateert dat er naar aanleiding van de aanvraag van 19 augustus 2025 geen contact is geweest tussen de ziektekostenverzekeraar en de indicierend verpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 april 2026 de schriftelijke verslaglegging tussen zijn adviserend en de indicierend verpleegkundige overgelegd, maar deze ziet op de aanvraag uit 2024. Nu de ziektekostenverzekeraar na de aanvraag van 19 augustus 2025 geen contact heeft gehad met de indicierend verpleegkundige over de gestelde indicatie, is de procedure voor een zorgvuldige beoordeling zoals hiervoor beschreven niet gevolgd. Dit betekent dat de indicatie van de indicierend verpleegkundige als uitgangspunt moet worden genomen, tenzij dit leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De commissie overweegt daartoe als volgt.
- 6.7. Uit de door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 14 april 2026 overgelegde schriftelijke verslaglegging volgt dat tussen de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar en de indicierend verpleegkundige in het kader van de voorgaande aanvraag uitvoerig overleg heeft plaatsgevonden. In het e-mailbericht van 5 maart 2024 stemt de indicierend verpleegkundige in met de gespreksnotitie waarin staat dat bij een herindicatie een verslag van een ergotherapeut moet worden gevoegd. Bij e-mailbericht van 7 oktober 2024 heeft de indicierend verpleegkundige verklaard dat zij de ergotherapeut heeft gesproken en dat deze heeft opgemerkt dat verzoekster is gezien, maar de zelfredzaamheid niet is getoetst. Tevens heeft de indicierend verpleegkundige destijds gesteld dat zij een volgende herindicatie alleen uitvoert als een ergotherapeut de ADL zorg daadwerkelijk heeft geobjectiveerd. De commissie begrijpt hieruit dat de indicierend verpleegkundige de noodzaak van een recent ergotherapeutisch verslag op dat moment onderschreef.
- 6.8. Bij de aanvraag van 19 augustus 2025 was echter geen recent verslag van een ergotherapeut gevoegd. Door de indicierend verpleegkundige is niet toegelicht waarom dit volgens haar niet langer noodzakelijk zou zijn. Ook blijkt van dit laatste niet uit de overgelegde stukken. Dit maakt de gestelde indicatie naar het oordeel van de commissie onnavolgbaar.

- 6.9. Verzoekster heeft betoogd dat de ziektekostenverzekeraar reeds in het bezit is van een verslag van 27 augustus 2024. Haar medische situatie - die is bevestigd door drie deskundigen - is sindsdien niet gewijzigd aldus verzoekster, de aandoeningen zijn progressief, en uit het feit dat een PGB vv is toegekend blijkt dat de ziektekostenverzekeraar ook van mening is dat aan de gestelde voorwaarden is voldaan, aldus verzoekster. Zou dit anders zijn, dan zou hij handelen in strijd met het bepaalde in de Zvw.
- De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 27 november 2024 (de heroverweging voorafgaand aan de eerdere toekenning) heeft toegelicht waarom hij alsnog een PGB vv verstrekt, maar dat bij een nieuwe aanvraag opnieuw kan worden gecontroleerd of ruimte bestaat voor het vergroten van de zelfredzaamheid en of de indicierend verpleegkundige dit voldoende kan objectiveren. Hiervoor is overwogen wat de achtergrond van de door de ziektekostenverzekeraar gestelde eis van een recent ergotherapeutisch rapport is. Verzoekster was met deze eis bekend. Ook was voor haar duidelijk dat het verslag van 27 augustus 2024 in dat verband niet volstond.
- 6.10. De ziektekostenverzekeraar is verzoekster tegemoetgekomen door alsnog een machtiging te verstrekken tot en met 31 december 2026, om haar de gelegenheid te geven alsnog een ergotherapeutisch verslag in te dienen. Anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen, kan uit deze toekenning niet worden afgeleid dat het ergotherapeutisch verslag van 27 augustus 2024 door de ziektekostenverzekeraar wél als toereikend werd beoordeeld.
- 6.11. Ook hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd maakt het voorgaande niet anders. Hetzelfde geldt voor de bezwaren die zij en haar echtgenoot stellen te hebben met het oog op de privacy. Het stellen van een zorgindicatie vraagt nu eenmaal om onderzoek door een zorgprofessional. Het meekijken van een ergotherapeut ten behoeve van het objectiveren van de noodzakelijke ADL-zorg kan naar het oordeel van de commissie niet als onredelijk bezwarend worden aangemerkt.
- Bij e-mailbericht van 15 april 2026 heeft verzoekster de commissie aanvullend verzocht vast te stellen dat de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld in strijd met enkele, door haar genoemde beginselen. De commissie merkt hierover op dat het gaat om beginselen uit het bestuursrecht, die in de hier bestaande rechtsverhouding tussen privaatrechtelijke partijen geen toepassing vinden en daarom geen verdere bespreking behoeven.
- 6.12. De commissie concludeert dat, nu de door de indicierend verpleegkundige gestelde indicatie onnavolgbaar is en de argumenten van verzoekster geen doel treffen, het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is deze indicatie als uitgangspunt te nemen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv. Dit betekent dat de aanvraag hiervoor terecht door de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen.

Slotson

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 juli 2026,

J.J.M. Linders

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 rehtens 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 € 30,84 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.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Wijkverpleging en PGB

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Wijkverpleging (artikel B.26.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor wijkverpleging.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

- Het zorgplan en de indicatiestelling moeten inhoudelijk voldoen aan het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
Bij de indicatie wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.
De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, legt dit vast in een zorgplan. Deze zorgverlener is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan (dus de ingezette zorg), nog passen bij de zorgvraag. Als u een PGB heeft, kan deze betrokkenheid en bewaking anders zijn. De voorwaarden hiervoor vindt u in het Reglement Zvw-pgb.
Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgbaar is.
Wilt u kiezen voor een PGB dan kijken wij aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor een pgb-verpleging en verzorging (vv). Zie hiervoor ook het Reglement Zvw-pgb in de bijlage.
- De verpleegkundige of verpleegkundig specialist die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, is aangesloten bij het netwerk dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert
Dit is bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis.
- De zorgverlener of zorgverlenende instantie moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel
De zorgverlener die de zorg verleent en declareert heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code 'Verpleegkundige niveau 6' of hoger die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 6 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen
Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- Advies om bij zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd (integrale zorg) contact met ons op te nemen
Bijvoorbeeld zorg vanuit de Zorgverzekeringswet, Jeugd-wet, WMO en Wlz.
Voor integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in deze verzekeringsvoorwaarden.
- Als u kiest voor een PGB, moet u zelf de taken en verplichtingen rond het PGB uit kunnen voeren
 - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn, op verantwoorde manier uit te voeren.
De aspecten die meewegen in onze beoordeling daarbij staan in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
 - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de zorgverleners die u heeft gekozen op zodanig aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of wordt van verantwoorde zorg;
 - U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.
Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan al deze voorwaarden te voldoen, dan verlenen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb, of we stellen aanvullende eisen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb;
 - Alle specifieke voorwaarden en informatie over het aanvragen van PGB vindt u in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
- Voor zorg vanuit een PGB moet het gaan om zorg die u langer dan 1 jaar nodig heeft of het moet gaan om palliatieve terminale zorg (PTZ)
PTZ betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- De indicatiestelling voor volwassenen vanaf 18 jaar wordt gedaan door minimaal een HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger)
 - De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, voldoet aantoonbaar aan vigerende voorwaarden voor (vakbekwaam) indiceren van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
 - De indicatie is opgesteld in uw eigen omgeving waarbij u zelf aanwezig bent.
- De indicatiestelling voor kinderen onder de 18 jaar wordt gedaan door een HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger)
 - De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, voldoet aantoonbaar aan vigerende voorwaarden voor (vakbekwaam) indiceren van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
 - De verpleegkundig specialist moet een opleiding tot kinderverpleegkundige hebben en moet werkzaam zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg).
 - De indicatie is opgesteld in de eigen omgeving van het kind waarbij het kind zelf aanwezig is met de ouder(s) of andere wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld mentor of curator).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

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

Waar vindt de behandeling plaats?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kraamzorg
Deze zorg vergoeden wij uit het artikel 'Zorg na de bevalling'.
- Wijkverpleging in combinatie met verblijf in een instelling, behalve als het om Intensieve Kindzorg gaat
- U kunt geen zorg met PGB inkopen ingeval van Intensieve Kindzorg in combinatie met verblijf in een instelling.
- Zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)
Deze zorg valt onder de Jeugdwet omdat de zorg dan niet in geneeskundige context plaatsvindt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg voor de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie (artikel B.5.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie
Het gaat hierbij om al deze zorg:
 - Het inbrengen van een spiraaltje (IUD) / implanteren of verwijderen implanonstaafje;
 - Preconceptieconsult: advies en informatie op verzoek van de verzekerde, om zo gezond mogelijk te beginnen aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs, gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (zoals arbeidsomstandigheden), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties, medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten en vaccinaties;
 - Verloskundige en preventieve zorg tijdens de zwangerschap ter bevordering van een goede gezondheid voor moeder en kind.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 70% van uw rekening tot maximaal 70% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor spiraaltje (IUD) of implanonstaafje zelf (voor het inbrengen of verwijderen geldt geen eigen risico)