

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. J.J.M. Linders, en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor)

Zaaknummer: 202302971

### Partijen

1) A, en  
2) C, beiden te B,  
hierna gezamenlijk te noemen: verzoekers

en

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

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekers hebben aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan ieder van hen een PGB vv moet toekennen conform de ingediende aanvragen. Daarbij tekenen zij aan dat eerder geen opmerkingen zijn gemaakt over de door hen gevoerde administratie. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekers niet op de hoogte zijn van de verplichtingen die voortvloeien uit het PGB vv en dat zij niet in staat zijn gebleken om zich aan deze verplichtingen te houden.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekers geen (wettelijk) vertegenwoordiger hebben aangesteld en dat zij hebben verklaard dit ook in de toekomst niet te willen. In dat geval is de vraag aan de orde of verzoekers zelf in staat zijn het PGB vv op verantwoorde wijze te beheren. Het staat vast dat zij geen deugdelijke urenregistraties hebben bijgehouden, hoewel zij daartoe op grond van het reglement verplicht waren. Dat hierover eerder geen opmerkingen zijn gemaakt door de ziektekostenverzekeraar doet aan de bestaande feitelijke situatie niet af. Nu verzoekers niet in staat zijn gebleken het PGB vv op verantwoorde wijze te beheren, is de afwijzing van de meest recente aanvragen daarvoor terecht. Verzoekers hebben evenwel onweersproken gesteld dat bij eerdere controles de administratie akkoord werd bevonden, en dat tevens een huisbezoek heeft plaatsgevonden. De commissie neemt, gezien de melding die toen is gedaan bij de afdeling fraude, aan dat bij dit huisbezoek de administratie van het PGB vv is gecontroleerd, en dat hierbij ook constatering is gemaakt ten aanzien van het beheer. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar hierop geen adequate maatregelen heeft getroffen, hetgeen ervoor heeft gezorgd dat de kennelijk ongewenste situatie kon voortduren. Over de reden van afwijzing van de aanvragen - die daarin was gelegen - werden verzoekers pas laat geïnformeerd zodat zij langdurig in onzekerheid hebben verkeerd over de voortzetting van het PGB vv. De commissie ziet daarom aanleiding te bepalen dat, bij wijze van overgangsmaatregel, de vorige toekenning van een PGB vv aan verzoekers met twaalf maanden wordt verlengd. Tevens dient de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekers hebben de commissie op 1 mei 2024 telefonisch gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 2 mei 2024 is dit gesprek door de commissie bevestigd. Op 16 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 26 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 juni 2024 aan verzoekers gestuurd.
- 2.3. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 september 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekers zijn tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering CZ direct (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen CZdirect Fysio 9 Uitgebreid + en CZdirect Tand 500 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 3.2. Ten behoeve van verzoekers zijn op 31 maart 2023 en 24 mei 2023 aanvragen ingediend voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) voor respectievelijk 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging en 9 uren Persoonlijke Verzorging.
- 3.3. Bij brief van 16 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers meegedeeld dat beide aanvragen zijn afgewezen.
- 3.4. Verzoekers hebben de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

## 4. Standpunt verzoekers

- 4.1. Verzoekers hebben aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan ieder van hen een PGB vv moet toekennen conform de ingediende aanvragen.
- 4.2. Verzoekers hebben hiertoe aangevoerd dat zij sinds de coronapandemie zorg aan elkaar verlenen omdat er niemand beschikbaar was om hen te helpen. De ziektekostenverzekeraar was hiervan op de hoogte. De controle van het dossier is altijd goed verlopen. Eind 2022 is een medewerker van de ziektekostenverzekeraar op huisbezoek geweest en deze heeft toen alles gecontroleerd. Verzoekers hebben nooit geweten dat er een urenschema moest worden bijgehouden. Dit is niet eerder onder hun aandacht gebracht, ook niet bij de controle in 2022. Als er iets in de administratie niet juist was, was dat het moment om verzoekers hierover te informeren. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar echter niet gedaan.
- 4.3. Ter zitting hebben verzoekers, in aanvulling hierop, nog aangevoerd dat de beslissingen op de beide aanvragen erg lang hebben geduurd. Na de afwijzing hebben zij direct contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om de reden van afwijzing te achterhalen. Verzoekers hebben

een administratie die 10 jaar teruggaat. Eerder is de wijze van administreren wel akkoord bevonden. Het is vreemd dat er bij de ziektekostenverzekeraar niets is terug te vinden over het afgelegde huisbezoek. De enige terugkoppeling die verzoekers hierop hebben gehad is dat zij eigenlijk meer uren zorg nodig hebben om te voorkomen dat zij overbelast raken. Verzoekers zijn altijd welwillend geweest naar de ziektekostenverzekeraar toe. Mogelijk hebben zij een fout gemaakt, maar dan willen zij hiervan leren. Zorg in natura is voor verzoekers niet beschikbaar. De thuiszorgorganisatie in de regio heeft verklaard dat zij op een wachtlijst kunnen worden geplaatst. Voor de noodzakelijke niet-planbare zorg is zorg in natura sowieso geen oplossing

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de beide aanvragen voor een PGB vv terecht zijn afgewezen. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat uit artikel 4.2 van het reglement volgt dat een PGB vv kan worden geweigerd als blijkt dat iemand niet in staat is om op eigen kracht, of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger, te voldoen aan de taken en verplichtingen die verbonden zijn aan het PGB vv. De afdeling Zorgkostenbeheersing heeft een materiële controle uitgevoerd op de declaraties van verzoekers in de periode van 1 januari 2022 tot en met 3 juni 2023. Uit de notities van het onderzoek blijkt dat verzoekers geen urenregistraties konden aanleveren met de naam van de zorgverlener, het uurloon, de eenheden, het soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg. Hiermee is niet voldaan aan artikel 8.7 van het reglement. De rechtmatigheid van de declaraties kan niet worden vastgesteld. Hieruit volgt dat verzoekers niet in staat zijn gebleken om zelf een PGB vv te beheren. Uit het verzoek om heroverweging blijkt dat verzoekers niet wisten dat er een urenregistratie moest worden bijgehouden. Dit bevestigt voor de ziektekostenverzekeraar dat zij niet op de hoogte zijn van de verplichtingen die voortvloeien uit het PGB vv en niet in staat zijn om zich aan deze verplichtingen te houden. Verzoekers hebben wel recht op zorg in natura of zij kunnen iemand machtigen om voor hen het PGB vv te beheren.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, in aanvulling hierop, nog aangevoerd dat verzoekers vanaf 2009 een PGB vv ontvangen en dat zij toen akkoord zijn gegaan met de verplichtingen en voorwaarden die hiermee samenhangen. Eén van die verplichtingen is het bijhouden van een administratie en deze desgevraagd overleggen aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar moet de declaraties kunnen controleren. Op basis van de indicatie van de wijkverpleegkundige wordt een budget vastgesteld. Dat wil niet zeggen dat de zorg ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Zonder deugdelijke administratie is dit niet te controleren en loopt de ziektekostenverzekeraar een financieel risico. Hij maakt in het reglement geen onderscheid tussen formele en informele zorgverleners. Vanuit de afdeling zorgkostenbeheersing is er een huisbezoek bij verzoekers afgelegd. Er is daarna een interne melding gedaan bij de afdeling fraude en deze afdeling heeft vervolgens geconstateerd dat er geen aanleiding was om verder onderzoek te doen. Als verzoekers na het volgen van een cursus daarvoor weten hoe zij de administratie moeten bijhouden, kan door middel van een Bewust Keuze Gesprek worden bekeken of wederom een PGB vv mogelijk is. Het is overigens niet komen vast te staan dat zorg in natura voor verzoekers niet beschikbaar is. De ziektekostenverzekeraar kan met verzoekers meedenken en meekijken naar geschikte zorgaanbieders. Hij houdt rekening met de menselijke maat door niet over te gaan tot terugvordering. De ziektekostenverzekeraar erkent dat bij hem intern niet alles goed is gegaan, maar hij wil niet het signaal afgeven dat het bijhouden van de administratie en een urenregistratie niet belangrijk is. Daarom is hij niet bereid tot coulance.

## 6. Bevoegdheid van de commissie

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

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging en het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

### Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld 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 van de ziektekostenverzekeraar. In het onderhavige geval is de versie 1 januari 2023 - 1 januari 2024 van toepassing (hierna: het reglement).
- 7.3. Op grond van artikel 4.2 van het reglement wordt een aanvraag voor een PGB vv geweigerd als een verzekerde niet in staat is gebleken zich op eigen kracht op met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen. In artikel 8 van het reglement zijn deze verplichtingen opgenomen. In artikel 8.7 staat:  
*"U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:*  
 a. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;  
 b. de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;  
 c. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;  
 d. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);  
 e. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties;  
 f. uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten."
- 7.4. Verzoekers hebben geen (wettelijk) vertegenwoordiger aangesteld en hebben verklaard dat zij dit ook in de toekomst niet willen. In dat geval is de vraag aan de orde of zij zelf in staat zijn het PGB vv op verantwoorde wijze te beheren. Door de ziektekostenverzekeraar is in dat verband aangevoerd, dat geen urenregistraties zijn overgelegd met daarop de naam van de zorgverlener, het uurloon, de eenheden, het soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg, zodat is gehandeld in strijd met het reglement. Verzoekers hebben gesteld dat zij elke dag dezelfde zorg ontvangen en daarom geen urenregistraties bijhouden. Daarnaast waren zij niet ervan op de hoogte dat er een urenregistratie moest worden bijgehouden. De commissie begrijpt dat de afwijzing van de meest recente aanvragen voor een PGB vv voor verzoekers als een verrassing is gekomen. Dit neemt niet weg dat zij bij de eerdere aanvragen hebben verklaard bekend te zijn met de aan het PGB vv verbonden verplichtingen en zich hieraan te zullen houden. Het staat vast dat dit niet is gebeurd. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn conclusie dat verzoekers niet in staat zijn gebleken het PGB vv op verantwoorde wijze te beheren. De afwijzing van de meest recente aanvragen voor een PGB vv is daarom terecht. Gelet op de gestelde indicatie hebben verzoekers wel aanspraak op zorg in natura. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.
- 7.5. De commissie overweegt verder dat verzoekers ter zitting onweersproken hebben gesteld dat in het verleden ieder jaar een controle van de administratie is uitgevoerd en dat deze toen telkens akkoord is bevonden. Daarnaast hebben zij verklaard dat een medewerkster van de afdeling zorgkostenbeheersing van de ziektekostenverzekeraar een huisbezoek heeft afgelegd. Verzoekers

hebben gesteld dat bij die gelegenheid de administratie is ingezien. De ziektekostenverzekeraar heeft bevestigd dat een huisbezoek heeft plaatsgevonden en dat naar aanleiding hiervan een melding is gedaan bij de afdeling fraude, hetgeen echter geen vervolg heeft gekregen. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard geen documentatie te hebben over de aanleiding tot of de bevindingen tijdens het huisbezoek. De commissie neemt, gezien de melding die is gedaan bij de afdeling fraude, aan dat bij het huisbezoek de administratie van het PGB vv is gecontroleerd, en dat hierbij ook constatering is gemaakt ten aanzien van het beheer. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop echter geen adequate maatregelen getroffen, hetgeen ervoor heeft gezorgd dat de kennelijk ongewenste situatie kon voortduren. Over de reden van afwijzing van de aanvragen - die daarin was gelegen - werden verzoekers pas laat geïnformeerd zodat zij langdurig in onzekerheid hebben verkeerd over de voortzetting van het PGB vv. De commissie ziet daarom aanleiding te bepalen dat, bij wijze van overgangsmaatregel, de vorige toekenning van een PGB vv aan verzoekers met twaalf maanden wordt verlengd. Tevens dient de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekers te vergoeden.

*Slotsom*

7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat;
- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het eerder toegekende PGB vv van verzoekers bij wijze van overgangsmaatregel met twaalf maanden te verlengen;
  - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers het entreegeld van € 37,- moet vergoeden;
  - (ii) het meer of andere wordt afgewezen.

Zeist, 21 oktober 2024,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

**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 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 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

# 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.

## 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

---

### 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 € 26,52 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. blijkt 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.