

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202401230

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

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

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch gevraagd een uitspraak te doen. De commissie heeft dit verzoek op 9 oktober 2024 schriftelijk aan hem bevestigd. Op 15 oktober 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 22 november 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 november 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker heeft bij brief van 18 december 2024 aanvullend gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 2 januari 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus en Tandarts (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 2.2. Ten behoeve van verzoeker is op 1 maart 2024 een aanvraag voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna PGB-vv) ingediend. De indicierend wijkverpleegkundige heeft hiervoor bij verzoeker een indicatie gesteld van 9 uren en 55 minuten Verpleging en 2 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 20 februari 2024 tot en met 19 februari 2025.

- 2.3. Bij brief van 14 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor een PGB-vv is afgewezen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 13 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

### 3. **Standpunt verzoeker**

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis 9 uren en 55 minuten Verpleging en 2 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode 20 februari 2024 tot en met 19 februari 2025.
- 3.2. Hij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in zijn brief van 14 juni 2024, dat hij in februari 2024 een hartinfarct heeft gehad en het sindsdien niet goed gaat met zijn gezondheid. In februari 2024 is de wijkverpleegkundige bij hem thuis geweest en deze heeft de indicatie gesteld. De aanvraag op basis daarvan is tot op heden niet goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar. Inmiddels heeft verzoeker begrepen dat de wijkverpleegkundige de indicatie heeft ingetrokken. De reden van intrekking is bij hem niet bekend. Als de aanvraag onduidelijk is, ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar om meer informatie op te vragen bij de indicierend wijkverpleegkundige, de huisarts of het ziekenhuis. Verzoeker heeft geprobeerd een nieuwe indicatie te laten stellen, maar dit is tot op heden niet gelukt. Hij maakt nu maandelijks veel kosten die niet worden vergoed. Verzoeker heeft aan de commissie toegelicht welke zorg hij van wie ontvangt.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en verder aangevoerd dat hij meerdere klachten bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend. Hij krijgt het gevoel dat hij door de ziektekostenverzekeraar wordt afgescheept. Verzoeker benadrukt dat de indicatie juist is gesteld en de wijkverpleegkundige hem heeft laten weten dat ze onder druk wordt gezet door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker is erg teleurgesteld dat de ziektekostenverzekeraar de situatie nu heeft omgedraaid.

### 4. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag voor een PGB-vv terecht is afgewezen. Hij heeft hiertoe in zijn brief van 22 november 2024 aangevoerd dat de indicierend wijkverpleegkundige telefonisch met hem contact heeft opgenomen, omdat zij achteraf van mening was dat zij de gestelde indicatie niet kon onderbouwen. Daarom heeft zij deze indicatie telefonisch ingetrokken. Dit is per e-mailbericht van 13 maart 2024 aan haar bevestigd. In het e-mailbericht van 7 augustus 2024 heeft de indicierend wijkverpleegkundige de intrekking zelf nogmaals schriftelijk bevestigd.
- 4.2. Een verzekerde komt in aanmerking voor verpleging en verzorging als sprake is van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij de zorg verband moet houden met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico op die zorg. De zorg kan worden geleverd als Zorg in Natura (ZIN) of in de vorm van een PGB vv. Om in aanmerking te komen voor een PGB vv dient een verzekerde te voldoen aan de voorwaarden van de artikelen 2 en 3 van het Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging van de ziektekostenverzekeraar en dient geen sprake te zijn van een van de in artikel 4 van dit reglement genoemde weigeringsgronden. De voorwaarden voor de indicatie en nadere criteria voor het aanvragen van een PGB vv staan beschreven in artikel 5 van dit reglement. De afwijzingsgrond in de brief van 14 maart 2024 is niet juist. In deze brief had moeten staan dat de wijkverpleegkundige de gestelde indicatie heeft ingetrokken. Omdat de wijkverpleegkundige de indicatie heeft ingetrokken, beschikt verzoeker niet over een geldige indicatie conform artikel 3.1 van het reglement.

- 4.3. Het staat verzoeker vrij om een nieuwe indicatie te laten stellen en de ziektekostenverzekeraar zal de in te dienen aanvraag op basis daarvan dan beoordelen.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de door verzoeker ingediende klachten zorgvuldig beoordeelt en behandelt. Vanuit de ziektekostenverzekeraar wordt vaker contact opgenomen met indicerend wijkverpleegkundigen om een toelichting te vragen op de aanvraag PGB-vv. Er worden in dergelijke gesprekken open vragen gesteld en geen druk uitgeoefend. In de situatie van verzoeker heeft de wijkverpleegkundige zelf contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Recentelijk heeft verzoeker contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om actief mee te zoeken naar een organisatie voor een herindicatie. Als een nieuwe aanvraag PGB-vv wordt ingediend zal de ziektekostenverzekeraar deze beoordelen. Wel wordt opgemerkt dat een indicerend wijkverpleegkundige contact moet opnemen met de vorige indicerend wijkverpleegkundige voordat een nieuwe indicatie wordt gesteld.

## 5. **Bevoegdheid van de commissie**

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

## 6. **Beoordeling**

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

### *Zorgverzekering*

- 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 van de ziektekostenverzekeraar. In het onderhavige geval is de versie 1 januari 2024 - 1 januari 2025 van toepassing (hierna: het reglement). 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 wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. Volgens artikel 3.1 van het reglement is een van de voorwaarden voor toegang tot een PGB-vv dat de verzekerde beschikt over een indicatie zoals bedoeld in artikel 2.1 van het reglement. Uit deze indicatie volgt hoeveel uren per zorgactiviteit door de wijkverpleegkundige zijn geïndiceerd. Uit het dossier blijkt dat de aanvraag voor een PGB-vv ten behoeve van verzoeker op 1 maart 2024 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen. De indicerend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 9 uren en 55 minuten Verpleging en 2 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Op 13 maart 2024 heeft de indicerend wijkverpleegkundige op eigen initiatief telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Uit het door de ziektekostenverzekeraar opgestelde gespreksverslag, dat nadien is gedeeld met de indicerend wijkverpleegkundige, blijkt dat zij bij die gelegenheid telefonisch de gestelde indicatie heeft ingetrokken. In het e-mailbericht van 7 augustus 2024 heeft de indicerend wijkverpleegkundige de intrekking schriftelijk bevestigd. Uit het dossier is

niet gebleken dat de indicierend wijkverpleegkundige op enige manier onder druk is gezet door de ziektekostenverzekeraar. De commissie concludeert dat verzoeker sinds het intrekken van de indicatie niet meer beschikt over een indicatie voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 3.1 van het reglement en dat de ziektekostenverzekeraar om die reden mocht overgaan tot afwijzing van de aanvraag. De in de brief van 14 maart 2024 genoemde afwijsggrond is weliswaar niet juist, maar dit gegeven kan geen aanleiding zijn om het bestaan van de vereiste indicatie aan te nemen. Bovendien is verzoeker inmiddels ervan op de hoogte dat het intrekken, door de indicierend wijkverpleegkundige, van de gestelde indicatie de reden vormt van de afwijzing van de aanvraag voor een PGB vv.

- 6.4. Verzoeker heeft aan de commissie uitgelegd welke beperkingen hij heeft en op welke momenten hij van wie zorg ontvangt. Als verzoeker van mening is dat hij onder de gegeven omstandigheden in aanmerking komt voor verpleging en verzorging - hetzij in natura of in de vorm van een PGB-vv - dan staat het hem vrij om een andere indicierend wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie te laten stellen. Ter zitting is gebleken dat verzoeker voor het stellen van een nieuwe indicatie contact heeft gezocht met de ziektekostenverzekeraar en inmiddels in afwachting is van een afspraak van een indicierend wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat als een nieuwe aanvraag PGB vv wordt ingediend, deze door hem zal worden beoordeeld.

*Slotsom*

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. **Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 januari 2025

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 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.