



## Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 december 2016, kenmerk 1053561-158641-Z, houdende wijziging van het Regeling zorgverzekering in verband met het Zvw-pgb

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 2.15b en 2.15c, tweede lid, onderdeel d, en vierde lid, van het Besluit zorgverzekering;

BESLUIT:

### ARTIKEL I

In de Regeling zorgverzekering wordt na paragraaf 1.4 een paragraaf ingevoegd, luidende:

#### *§ 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 23 euro 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.

##### **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.

## **ARTIKEL II**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2017.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn*



## TOELICHTING

### Algemeen

Per 2017 is het persoonsgebonden budget wettelijk verankerd in de Zorgverzekeringswet (Zvw). In artikel 13a van de Zvw is vastgelegd dat zorgverzekeraars in hun modelovereenkomsten moeten opnemen onder welke voorwaarden de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Over de invulling van deze verplichting zijn bestuurlijke afspraken gemaakt tussen Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zo is de doelgroep van het Zvw-pgb afgebakend door de voorwaarde dat sprake dient te zijn van een langdurige zorgvraag of van palliatief terminale zorg. Artikel 13a van de Zvw bevat ook twee grondslagen om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen over het Zvw-pgb. De ene grondslag heeft betrekking op de voorwaarden ten aanzien van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger. De andere grondslag gaat kortweg over de zorg waarvoor een Zvw-pgb kan worden verstrekt en de hoogte van het budget. Van die grondslagen is gebruik gemaakt door in het Besluit zorgverzekering (Bzv) een paragraaf op te nemen over het Zvw-pgb. In paragraaf 1a van het Bzv wordt benoemd welke zorg onder een Zvw-pgb valt, aan welke eisen de verzekerde moet voldoen en welke verzekerden een Zvw-pgb worden geweigerd. Op onderdelen kunnen bij ministeriële regeling nadere regels worden gesteld. Dat is met de onderhavige wijziging van de Regeling zorgverzekering (Rzv) gedaan. Het gaat om de uitwerking van de vergoeding van informele zorg en de voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

### Artikelsgewijs

#### Artikel I

##### Artikel 2.29a

Voor zorg die onder de werking van de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) valt, worden de prestaties en tarieven door die wet gereguleerd. Dit geldt voor zorgverleners die zorgaanbieder zijn in de zin van de Wmg én tarieven in rekening brengen (bijvoorbeeld zzp-ers en reguliere zorginstellingen). Voor zorgverleners die geen zorgaanbieder in de zin van de Wmg zijn (bijvoorbeeld mantelzorgers) of geen tarieven in rekening brengen (bijvoorbeeld werknemers), kan de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten hoogste mag bieden met het Zvw-pgb bij ministeriële regeling vastgesteld worden (artikel 2.15b Bzv). Met deze regeling wordt de maximale vergoeding voor deze zorgverleners binnen het Zvw-pgb gemaximeerd op 23 euro uur per uur. In de nota van toelichting op het invoegen van paragraaf 1a in het Bzv, wordt uitgebreid stilgestaan bij de toepasselijkheid van de Wmg.

Dit bedrag is gebaseerd op het informele tarief van 20 euro dat per 1 januari 2014 onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is geïntroduceerd en per 2015 is overgenomen voor het Zvw-pgb. In 2015 is het informele tarief geëvalueerd. Uit de evaluatie is gebleken dat het bedrag van 20 euro over het algemeen een voldoende bedrag is voor de budgethouders om de zorg in te kunnen kopen. In een drietal gevallen kan het zijn dat 20 euro onvoldoende is: wanneer er werkgeverslasten moeten worden afgedragen, wanneer de zorgverlener reiskosten heeft en wanneer er sprake is van hoog intensieve en complexe zorg. Binnen de Zvw, en daarmee ook bij het Zvw-pgb, worden integrale tarieven gebruikt. Uitvoeringstechnisch is het niet mogelijk om een gedifferentieerd tarief te hanteren. Om tegemoet te komen aan bovenstaande knelpunten uit de evaluatie, is het informele tarief voor het Zvw-pgb integraal verhoogd naar 23 euro. Zorgverzekeraars hebben eind 2015 naar aanleiding van de evaluatie besloten om, vooruitlopend op voorgenomen wet- en regelgeving, voor 2016 het informele tarief met enkele euro's te verhogen. In de praktijk hanteren vrijwel alle zorgverzekeraars in 2016 al een vergoeding van 23 euro.

In het tweede lid is bepaald dat het maximumbedrag van 23 euro niet geldt, als 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 (BIG), voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Bzv. Deze keuze is in overleg met Per Saldo en ZN en in lijn met de Regeling langdurige zorg gemaakt, omdat situaties denkbaar zijn dat deze zorgverleners niet onder de werking van de artikelen 50 tot en met 56 van de Wmg vallen, maar in het geval van een zorgverlener met een BIG-registratie evident sprake is van een zorgverlener die bevoegd is om de betreffende zorg ook vanuit een formeel kader te bieden. Het vierde lid bepaalt dat de vergoeding nooit hoger is dan het tarief dat door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op grond van de Wmg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.



In het derde lid van artikel 2.29a is vastgelegd dat wanneer de zorg wordt geleverd door een bloed- of aanverwante van de verzekerde in de eerste of tweede graad dan wel de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel, er altijd het informele tarief van maximaal 23 euro per uur geldt. In die situatie gaat de sociale context van waaruit de zorgverlener de zorg biedt voor op de inschrijving in het BIG-register. Dit geldt ook wanneer de zorgverlener een zzp-er is. Deze valt op grond van het eerste lid al onder het informele tarief. Als zorg wordt geboden aan een naaste, gaat de sociale context voor en kan niet gesproken worden van beroeps- of bedrijfsmatig zorg verlenen, zoals bedoeld in de Wmg.

Van belang is bovendien dat niet op alle informele zorgverleners het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is. Zorgverzekeraars hebben daarom in hun reglementen een maximum van het aantal te declareren uren per zorgverlener opgenomen, in lijn met artikel 5.18, onder d, van de Rlz. Voor zorgverleners op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, wordt daarmee enige bescherming van het maximum te werken uren geboden. Daarnaast draagt dit bij aan de borging van verantwoorde zorg voor de verzekerde.

#### *Artikel 2.29b*

De in artikel 2.29b opgenomen weigeringsgronden zijn een uitwerking van artikel 2.15c, eerste lid, onder b, van het Bzv waarin is bepaald dat slechts een Zvw-pgb wordt verstrekt indien 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. Conform de wens van de Tweede Kamer worden de voorwaarden aan de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger in lijn gebracht met hetgeen is geregeld onder de Wlz. In de Regeling langdurige zorg (Rlz) zijn twee voorwaarden aan de persoon van de verzekerde gesteld die daarom ook in de Rzv worden overgenomen. In deze twee situaties wordt de verzekerde in ieder geval niet in staat geacht het Zvw-pgb te kunnen beheren. Deze weigeringsgronden laten onverlet dat er ook andere redenen kunnen zijn die de zorgverzekeraar tot het oordeel brengen dat de verzekerde niet 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.

#### *Artikel 2.29c*

In het eerste lid van artikel 2.29c is vastgelegd wie tot de kring van vertegenwoordigers kunnen behoren die ter ondersteuning van de verzekerde kunnen worden ingezet. Indien de verzekerde zelf niet in staat is te voldoen aan de voorwaarden die in artikel 2.15c, eerste lid, van het Bzv worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb, dan kan hij gebruik maken van een vertegenwoordiger. Van belang is dat deze vertegenwoordiger in staat is de belangen van de verzekerde te beschermen en de noodzakelijke hulp bij de uitvoering van het Zvw-pgb te waarborgen. Om te voorkomen dat misbruik wordt gemaakt van kwetsbare verzekerden, wordt de kring van vertegenwoordigers met deze bepaling ingeperkt. Indien een vertegenwoordiger wordt ingeschakeld die niet aan deze eisen voldoet, kan uiteraard gewezen worden op de mogelijkheid alsnog een geschikte vertegenwoordiger in te schakelen.

De in het eerste lid genoemde desbetreffende vertegenwoordigers zijn omschreven in duidelijke termen. Alleen het begrip levensgezel is minder scherp omlind. Een levensgezel is iemand waarmee een nauwe persoonlijke betrekking wordt onderhouden, die qua hechting vergelijkbaar is met de relatie tussen echtgenoten of geregistreerde partners. Het (duurzaam) voeren van een gemeenschappelijke huishouding is daarvoor een belangrijke indicatie, maar niet noodzakelijk. Van de aangewezen vertegenwoordigers wordt verwacht dat zij hiervoor, ofwel gelet op de wettelijk geregelde verhouding ofwel vanuit hun persoonlijke relatie tot de budgethouder, zorg kunnen dragen.

Het tweede lid bevat, in lijn met de voorwaarden die in de Rlz worden gesteld aan de gewaarborgde hulp, weigeringsgronden met betrekking tot de persoon van de vertegenwoordiger. Het gaat hier niet alleen om vertegenwoordigers die noodzakelijk zijn, omdat de verzekerde zelf niet in staat is de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren of de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen zodat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg. Het gaat ook om de situatie dat verzekerden daartoe wel in staat zijn, maar een vertegenwoordiger inzetten om hen daarbij te helpen. Overigens blijft de verzekerde in beide gevallen zelf de verantwoordelijkheid dragen. De vertegenwoordiger neemt immers niet de plaats in van de verzekerde, maar treedt op ten behoeve van de verzekerde.

Die hulp van de vertegenwoordiger moet dan wel adequaat zijn. Daarvan is sprake indien de vertegenwoordiger ervoor instaat dat de verplichtingen (die formeel gelden en blijven gelden voor de verzekerde als budgethouder) worden nagekomen. Onder de in het tweede lid, onder a tot en met met f, genoemde omstandigheden is er in ieder geval géén verantwoorde hulp. Wanneer er voor de zorgverzekeraar een gefundeerde aanleiding is aan te nemen dat zo'n omstandigheid zich voordoet,



---

kan hij het Zvw-pgb weigeren. Ten opzichte van de Rlz is een weigeringsgrond toegevoegd voor het geval de vertegenwoordiger tegen betaling wordt ingeschakeld. Deze categorie is uitgesloten van de kring van vertegenwoordigers, omdat bij een betaalde vertegenwoordiger niet louter het beschermen van de belangen van de verzekerde het motief bij vertegenwoordiging hoeft te zijn, maar tevens het eigen financieel belang. Dat is een ongewenste situatie die op grond van deze weigeringsgrond kan worden voorkomen.

Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat de weigeringsgronden van artikel 2.29c niets afdoen aan de mogelijkheid een Zvw-pgb te weigeren op basis van paragraaf 1.4a van het Bzv of aan de hand van de voorwaarden die de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst heeft opgenomen. Bij voorbeeld: dat in artikel 2.29c, tweede lid, onder a, als weigeringsgrond is opgenomen dat de vertegenwoordiger bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij hij als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen, laat onverlet de mogelijkheid het Zvw-pgb op grond van artikel 2.15c, eerste lid, onder b, van het Bzv te weigeren als een vertegenwoordiger bij de verstrekking van een pgb in een ander domein niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen. De zorgverzekeraar kan daaraan immers de conclusie verbinden dat de vertegenwoordiger met de hulp van de vertegenwoordiger niet in staat geacht kan worden de aan de Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn*