



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 februari 2021, kenmerk 1820737-217744-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met het doorbetalen van niet-geleverde zorg indien deze als gevolg van Covid-19 of daarmee samenhangende maatregelen vanaf 1 oktober 2020 niet is verleend en wijziging van de Regeling langdurige zorg in verband met een tweetal technische aanpassingen (Tweede regeling doorbetalen niet-geleverde Zvw-pgb-zorg in verband met Covid-19)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 2.15b van het Besluit zorgverzekering en de artikelen 3.1.1, vierde lid, en 3.6.7, van het Besluit langdurige zorg;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Onder vervanging van de punt aan het slot van artikel 1, eerste lid, onderdeel ff, door een puntkomma wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

gg. Covid-19: de ziekte veroorzaakt door coronavirus-SARS-CoV-2.

B

Aan artikel 2.29a worden drie leden toegevoegd, luidende:

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, of
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege 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.



9. De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.

ARTIKEL II

De Regeling langdurige zorg wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 5.17, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel e dat luidt 'voor kosten die een kleinschalig wooninitiatief, waarvan de zorginkomsten vanwege Covid-19 of daarmee samenhangende sterfte onder verzekerden en leegstand zodanig zijn teruggelopen dat het wooninitiatief in financiële nood is geraakt, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 31 december 2021 heeft gehad om de zorgverlening aan verzekerden te continueren.' vervalt.
2. Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel e, onder 4°, door '; of' wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:
 - f. Voor kosten die een kleinschalig wooninitiatief, waarvan de zorginkomsten vanwege Covid-19 of daarmee samenhangende sterfte onder verzekerden en leegstand zodanig zijn teruggelopen dat het wooninitiatief in financiële nood is geraakt, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 31 december 2021 heeft gehad om de zorgverlening aan verzekerden te continueren.

B

Artikel 5.23, negende lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel c wordt '; en' vervangen door een puntkomma.
2. Onderdeel d komt te luiden:
 - d. ingeval van besmetting met Covid-19 van de budgethouder: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
3. Er worden twee onderdelen toegevoegd, luidende:
 - e. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de budgethouder in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de budgethouder en de zorgverlener overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - f. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de budgethouder en de zorgverlener overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine.

ARTIKEL III

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt, met uitzondering van artikel II, onderdeel B, terug tot en met 1 oktober 2020.

ARTIKEL IV

Deze regeling wordt aangehaald als: Tweede regeling doorbetalen niet-geleverde Zvw-pgb-zorg in verband met Covid-19.

Deze regeling zal (met toelichting) in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge*



TOELICHTING

1. Aanleiding

Bij regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 juni 2020 (hierna: de regeling van 29 juni 2020) is bepaald dat de bedragen die op grond van een Zvw-pgb worden vergoed aan de verzekerde voor geleverde zorg, ook vergoed kunnen worden indien die zorg in periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020 (hierna: het voorjaar van 2020), vanwege de uitbraak van het coronavirus-SARS-CoV-2 (dat de ziekte Covid-19 veroorzaakt), niet is geleverd.¹ Het uitgangspunt bij voornoemde regeling was het borgen van zorgcontinuïteit aan verzekerden die de zorg via een Zvw-pgb betrekken.

Sinds de zomer van 2020 is er opnieuw een toename van het aantal Covid-19 besmettingen en zijn op grond van de Tijdelijke wet maatregelen Covid-19 diverse nieuwe maatregelen getroffen. Vanuit verzekerden die hun zorg via een Zvw-pgb betrekken en (branche)organisaties komen als gevolg daarvan signalen binnen dat zij hier nadelige gevolgen in de continuïteit van de zorgverlening ondervinden. Ten eerste is sprake van zorguitval, doordat zorgverleners besmet zijn met Covid-19 en daarom geen zorg kunnen verlenen aan verzekerden. Ten tweede zijn er verzekerden die besmet zijn met Covid-19 en hun zorgverleners niet kunnen laten komen óf juist meer zorg nodig hebben. Ten derde moeten zowel verzekerden als zorgverleners in quarantaine indien zij klachten hebben die wijzen op een mogelijke besmetting met Covid-19. Ook hierdoor is het mogelijk dat geen zorg wordt verleend.

Naar aanleiding van voornoemde signalen is besloten opnieuw maatregelen te nemen om de continuïteit van de zorgverlening aan verzekerden die de zorg via een Zvw-pgb betrekken, te borgen.² Deze regeling geeft hieraan uitvoering en sluit aan bij de Tweede regeling doorbetalen niet-geleverde pgb-zorg in verband met Covid-19.³ Laatstgenoemde regeling bevat maatregelen om de continuïteit van de zorgverlening aan houders van een persoonsgebonden budget (hierna: pgb) op grond van de Jeugdwet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 of de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz), te borgen.

Anders dan in het voorjaar van 2020 zijn er inmiddels persoonlijke beschermingsmiddelen (hierna: pbm) voor zorgverleners beschikbaar en is de mogelijkheid tot testen bij ziekteverschijnselen verbeterd. Ook is ervaring opgedaan met aanpassingen in de zorgverlening zodat deze, ondanks een aanscherping van de maatregelen, toch doorgang kan vinden. Om die reden is het ten opzichte van het voorjaar van 2020 niet in alle gevallen zo dat de zorg niet, of niet op een andere wijze, kan worden geleverd. Daarom kent deze regeling, ten opzichte van de regeling van 29 juni 2020, aangepaste voorwaarden waaronder niet-geleverde zorg aan de verzekerde mag worden vergoed.

2. Niet-geleverde zorg ten laste brengen van het Zvw-pgb

Voorwaarden

Het Zvw-pgb is een gemaximeerde vergoeding voor de kosten die de verzekerde maakt voor een zorg of dienst in de zin van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).⁴ Met het Zvw-pgb kan – kort gezegd – verpleging en verzorging worden vergoed (artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering). In artikel 2.29a van de Regeling zorgverzekering (hierna: Rzv) zijn de bedragen vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed. Het Zvw-pgb werkt als een restitutie-uitkering: de zorgverzekeraar verstrekt, naar aanleiding van een declaratie van de verzekerde, een vergoeding aan de verzekerde voor de aan hem verleende zorg.

Via artikel I, onderdeel B, van deze regeling, is aan artikel 2.29a van de Rzv een zevende lid toegevoegd. In dit zevende lid is bepaald dat de bedragen die op grond van artikel 2.29a, eerste en tweede lid, van de Rzv, ten hoogste kunnen worden vergoed aan de verzekerde voor geleverde zorg, ook door de zorgverzekeraar aan de verzekerde vergoed kunnen worden indien die zorg niet is geleverd.

¹ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 juni 2020, houdende wijziging van de Regeling Jeugdwet, de Regeling langdurige zorg, de Regeling zorgverzekering en de Uitvoeringsregeling Wmo 2015 in verband met het doorbetalen van niet-geleverde jeugdhulp, zorg of ondersteuning indien deze op grond van de maatregelen als gevolg van Covid-19 niet is verleend en het verhogen van het Wlz-pgb indien naar aanleiding van deze maatregelen de inkoop van extra zorg nodig is (Stcrt. 2020, 35696).

² Kamerstukken II 2020/21, 25 295, nr. 713.

³ Stcrt. 2020, 66473.

⁴ Artikel 1, onderdeel k, van de Zvw.



Daarvoor moet aan onderstaande cumulatieve voorwaarden zijn voldaan.

1. Het gaat om zorg die – in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021 – niet is verleend omdat de verzekerde of de zorgverlener is besmet met Covid-19, of omdat de verzekerde of de zorgverlener in quarantaine moet (bijvoorbeeld omdat een huisgenoot is besmet met Covid-19).
2. De zorgverlener brengt deze niet-geleverde zorg bij de verzekerde in rekening.
3. De zorgverlener wordt niet op een andere wijze reeds gecompenseerd in zijn inkomsten (bijvoorbeeld: de zorgverlener wordt op grond van een arbeidsovereenkomst met de verzekerde doorbetaald bij ziekte).

Ten opzichte van de regeling van 29 juni 2020 is de voorwaarde onder 1 verscherpt: voortaan kan niet-geleverde zorg alleen worden vergoed indien de zorg niet geleverd kan worden vanwege een besmetting met Covid-19 of een noodzakelijke quarantaine. De voorwaarden onder 2 en 3 zijn niet gewijzigd ten opzichte van de regeling van 29 juni 2020. Dit betekent dus ook dat het niet de bedoeling is dat een zorgverlener én gebruik maakt van deze ‘doorbetalingsvoorziening’ én op een andere manier in zijn inkomen voorziet.

Wellicht ten overvloede zij opgemerkt dat het op de weg ligt van de verzekerde en de zorgverlener om – in het geval van een besmetting met Covid-19 of een quarantaine – te bezien of de zorg op een alternatieve manier (bijvoorbeeld met gebruik van pbn) kan worden geleverd.

Overigens is via artikel I, onderdeel A, van deze regeling, een begrip toegevoegd aan de lijst van begripsomschrijvingen in artikel 1, eerste lid, van de Rzv. Hiermee is verduidelijkt dat op grond van de Rzv met Covid-19 wordt bedoeld: de ziekte veroorzaakt door coronavirus-SARS-CoV-2.

Wellicht ten overvloede zij nog het volgende opgemerkt. Ingeval via het Zvw-pgb zowel verleende als niet-verleende zorg wordt vergoed, is het mogelijk dat het toegekende Zvw-pgb ontoereikend is. Is daarvan sprake, dan kan de verzekerde zich tot de zorgverzekeraar wenden.

De zorgverzekeraar kan dan een toereikend Zvw-pgb vaststellen. Met de zorgverzekeraars zijn hierover afspraken gemaakt.

Registratie

De verzekerde met een pgb houdt een administratie bij. In de administratie worden ook gegevens bijgehouden over niet-geleverde zorg. Via artikel I, onderdeel B, is aan artikel 2.29a van de Rzv een achtste lid toegevoegd. In dit achtste lid zijn administratieverplichtingen voor de verzekerde ten aanzien van de niet-geleverde zorg in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021 opgenomen. Deze verplichtingen zijn gewijzigd ten opzichte van de regeling van 29 juni 2020, omdat niet-geleverde zorg in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021 alleen wordt vergoed indien deze niet geleverd kon worden vanwege een besmetting met Covid-19 of een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of de zorgverlener. De verzekerde neemt aanvullende stukken in zijn administratie over niet-geleverde zorg op om, indien de zorgverzekeraar hierom verzoekt (dit is dus geen verplichting van de zorgverzekeraar), achteraf aan te kunnen tonen dat aan de voorwaarden is voldaan.

De administratieverplichtingen zijn als volgt:

- Ingeval van besmetting van de verzekerde met Covid-19, wordt een hiervan een bewijsstuk opgenomen in de administratie. Dit zijn bijvoorbeeld de afspraakbevestiging in combinatie met de uitslag van de test waaruit blijkt dat de verzekerde met Covid-19 is besmet.
- Ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19 (bijvoorbeeld naar aanleiding van de besmetting van een huisgenoot van de verzekerde met Covid-19), wordt hiervan een bewijsstuk of de schriftelijke vastlegging van de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine, opgenomen in de administratie. Kiest de verzekerde ervoor om in zijn administratie een bewijsstuk op te nemen, dan kan als bewijsstuk bijvoorbeeld dienen een afspraak van de verzekerde voor een test op Covid-19 in combinatie met de uitslag van de test waaruit blijkt dat de verzekerde niet met Covid-19 is besmet. De verzekerde zal doorgaans immers in quarantaine gaan omdat hij het vermoeden heeft dat hij met Covid-19 is besmet. Kiest de verzekerde ervoor om in de administratie de schriftelijke vastlegging van de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken op te nemen, dan zal uit de afspraken moeten blijken dat verzekerde en zorgverlener met elkaar zijn overeengekomen dat de zorg niet kon worden geleverd naar aanleiding van de noodzakelijke quarantaine van de verzekerde.
- Ingeval van besmetting van de zorgverlener met Covid-19 of een noodzakelijk quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19, wordt een bewijsstuk of de schriftelijke vastlegging van de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine, opgenomen in de administratie.



Kiest de verzekerde ervoor om in zijn administratie een bewijsstuk op te nemen, dan kan als bewijsstuk bijvoorbeeld dienen een afspraak van de zorgverlener voor een test op Covid-19 in combinatie met de uitslag van de test waaruit blijkt dat de zorgverlener wel of niet met Covid-19 is besmet.

Kiest de verzekerde ervoor om in de administratie de schriftelijke vastlegging van de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken op te nemen, dan zal uit de afspraken moeten blijken dat verzekerde en zorgverlener met elkaar zijn overeengekomen dat de zorg niet kon worden geleverd naar aanleiding van de noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener.

Als gezegd stelt de verzekerde op verzoek van de zorgverzekeraar de administratie ter beschikking. Dit is bepaald de toevoeging van een negende lid aan artikel 2.29a van de Rzv (artikel I, onderdeel B).

De administratieverplichtingen komen overeen met de administratieverplichtingen die gelden voor houders van een pgb op grond van de Wlz (artikel 5.29, negende lid, onderdeel d, van de Regeling langdurige zorg; zie ook onder paragraaf 7).

3. Toezicht en controle

Net zoals in het reguliere pgb-proces is de verzekerde ook bij het proces van niet-geleverde zorg verantwoordelijk voor het goedkeuren van de declaratie, voor de eigen administratie en het aanleveren van de juiste gegevens aan de zorgverzekeraar. Omdat bij de ingediende declaraties geen onderscheid gemaakt kan worden tussen geleverde en niet-geleverde zorg, is voor de verzekerde de verplichting opgenomen een eigen administratie van gedeclareerde niet-geleverde zorg bij te houden.

Verzekeraars zijn alert op frauderisico's bij de uitvoering van de deze regeling. Indien nodig maken verzekeraars gebruik van het hen op grond van de wetgeving en de verzekeringsovereenkomst toekomende instrumentarium. Aangezien de verzekerde ook voor de niet-geleverde vormen van zorg in de aangegeven periode mag declareren, is het extra van belang dat de verzekerde een administratie heeft die op orde en volledig is. Op die manier is inzichtelijk welke declaraties zijn gedaan voor niet-geleverde zorg.

4. Financiële gevolgen

Zoals toegelicht bij de regeling van 29 juni 2020, is het niet mogelijk om de kosten voor niet-geleverde zorg ten laste te doen komen van de risicovereeniging (dan wel catastroferegeling) in de zin van de Zvw. Daarom worden zorgverzekeraars via een compensatieregeling voorzien van aparte middelen om de niet-geleverde zorg te financieren. De verwachte uitgaven ten behoeve van deze compensatie aan zorgverzekeraars is ingeschat op 2 tot 3 miljoen euro.

5. Gevolgen voor de regeldruk

Er zijn ongeveer 19.000 verzekerden die de zorg betrekken via een Zvw-vgb. Naar ruwe schatting zal ongeveer 10% van de deze verzekerden (1.900 personen) in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021 niet-geleverde zorg declareren. De verwachting is dat de situatie van besmetting en quarantaine gemiddeld tweemaal voorkomt in de genoemde periode en dat verzekerden twee uur per keer nodig hebben voor het bijhouden van de administratie en het aanleveren van informatie. Voor particulieren wordt € 15 per uur aan regeldrukkosten gehanteerd. Dit maakt de totale regeldrukkosten: $1.900 * 2 * 2 * € 15 = € 114.000$.

Het Adviescollege toetsing regeldruk heeft deze regeling niet geselecteerd voor een formeel advies over de gevolgen voor de regeldruk, omdat de regeling geen omvangrijke gevolgen voor de regeldruk heeft.

6. Samenloop met NOW- en TOZO-regelingen

Tijdelijke overbruggingsregeling zelfstandig ondernemers (TOZO)

Met de TOZO is beoogd zelfstandig ondernemers door aanvullende inkomensondersteuning en kapitaalverstrekking tegemoet te komen, teneinde hen in staat te stellen de uitbraak van het coronavirus zo goed mogelijk door te komen om uiteindelijk weer volledig zelfstandig in het bestaan te voorzien. Op grond van de TOZO kan aan een zelfstandig ondernemer algemene bijstand worden verleend als deze – kort gezegd – een inkomen verwacht dat lager is dan de bijstandsnorm of bijstand



voor bedrijfskapitaal worden verleend indien liquiditeitsproblemen aan de orde zijn.

Aangezien op grond van voorliggende regeling zelfstandige ondernemers die ten laste van een Zvw-pgb zorg verlenen, ook mogen worden doorbetaald indien die zorg niet is verleend, is het niet waarschijnlijk dat deze ondernemers een succesvol beroep op de TOZO kunnen doen. Door deze doorbetaling is het immers niet waarschijnlijk dat het inkomen lager dan de bijstandsnorm komt te liggen of liquiditeitsproblemen in het bedrijfskapitaal aan de orde zijn en hierop wordt bij die regeling wel getoetst.

Tijdelijke noodmaatregel overbrugging voor behoud van werkgelegenheid (NOW)

Het doel van de NOW (zowel eerste, tweede als derde noodmaatregel) is om werkgevers via een subsidie tegemoet te komen in de betaling van de loonkosten, indien sprake is van een acute terugval in de omzet met ten minste 20% gedurende een periode van drie maanden, vanwege een vermindering in bedrijvigheid door uitbraak van het coronavirus, zodat zij werknemers in dienst kunnen houden voor de uren die zij werkten voordat sprake was van deze terugval.

Aangezien op grond van voorliggende regeling ook zorgverlening mag worden doorbetaald die niet is verleend, zal doorgaans – voor zover het de zorgverlening aan verzekerden met een Zvw-pgb betreft – niet aannemelijk kunnen worden gemaakt dat sprake is van een acute terugval in de omzet met ten minste 20% gedurende een periode van drie maanden en hierop wordt bij die regeling getoetst. Een beroep op de NOW is dan niet succesvol.

7. Wijzigingen in de Regeling langdurige zorg (artikel II)

- a. *Correctie artikel 5.17, eerste lid, van de Regeling langdurige zorg (onderdeel A)*
Met ingang van 9 december 2020 is de Regeling houdende wijziging van de Regeling langdurige zorg in verband met het betalen van een continuïteitsbijdrage uit het pgb aan wooninitiatieven in financiële nood als gevolg van leegstand door overlijden van verzekerden vanwege de uitbraak van het coronavirus (hierna: Regeling wooninitiatieven), in werking getreden.⁵ Met ingang van 22 december 2020 is de Tweede regeling doorbetalen niet-geleverde pgb-zorg in verband met Covid-19, in werking getreden. Abusievelijk hebben beide regelingen een onderdeel e toegevoegd aan artikel 5.17, eerste lid, van de Regeling langdurige zorg (hierna: Rlz). In artikel II, onderdeel A, van voorliggende regeling is daarom bepaald dat het onderdeel e dat is geïntroduceerd in de Regeling wooninitiatieven, is verletterd tot artikel 5.17, eerste lid, onderdeel f, van de Rlz.
- b. *Verduidelijking administratieverplichtingen niet-geleverde zorg Wlz-pgb (onderdeel B)*
In de Rlz zijn via de Tweede regeling doorbetalen niet-geleverde pgb-zorg in verband met Covid-19 reeds de administratieverplichtingen opgenomen voor het doorbetalen van niet-geleverde zorg vanwege een besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine voor houders van een pgb op grond van de Wlz.
Uitgangspunt is dat de regelingen voor doorbetaling van niet-geleverde zorg in het kader van een Wlz- of Zvw-pgb zoveel mogelijk op elkaar aansluiten. In navolging van artikel 2.29a, achtste lid, van de Rzv, zijn de administratieverplichtingen voor budgethouders, zoals uitgewerkt in de Rlz, daarom verduidelijkt. Deze verduidelijking is in lijn met het bepaalde in de Tweede regeling doorbetalen niet-geleverde pgb-zorg in verband met Covid-19. De administratieve verplichtingen zijn toegelicht in paragraaf 2.

8. Inwerkingtreding en citeertitel

In artikel III, onderdeel A, is bepaald dat artikel I (doorbetaling niet-geleverde zorg Zvw-pgb) en artikel II, onderdeel A (correctie artikel 5.17, eerste lid, van de Rlz), in werking treden op de dag na plaatsing in de Staatscourant en terugwerken tot en met 1 oktober 2020.

Artikel I werkt terug tot en met 1 oktober 2020 omdat vanaf die datum de invloed van de opleving van de uitbraak van Covid-19 duidelijk merkbaar werd in de continuïteit van de zorgverlening. Deze inwerkingtreding sluit aan bij de inwerkingtreding van de Tweede regeling doorbetalen niet-geleverde pgb-zorg in verband met Covid-19. In lijn met laatstgenoemde regeling heeft ook deze regeling een looptijd tot en met 31 december 2021. Indien blijkt dat het gewenst is om de looptijd te verkorten of verlengen, dan kan de regeling daartoe worden aangepast.

Artikel II, onderdeel A, werkt terug tot en met 1 oktober 2020 omdat artikel 5.17, eerste lid, van de Rlz, vanaf die datum abusievelijk twee onderdelen e heeft.

⁵ Stcrt 2020, 63858.



Gezien voornoemde spoedeisendheid is afgeweken van de vaste verandermomenten voor inwerking-treding van regelgeving.

Artikel II, onderdeel B (verduidelijking administratieve verplichtingen niet-geleverde zorg Wlz-pgb), treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin voorliggende regeling wordt geplaatst. Hoewel voornoemde bepaling slechts een verduidelijking van de administratieve verplichtingen behelst, zou het met terugwerkende kracht in werking doen treden van de bepaling tot verwarring kunnen leiden.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge*