

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en Menzis
Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te
Wageningen

Zaak : Verpleging en verzorging, declaratie, niet-
gecontracteerde wijkverpleging, ontbreken voorafgaande
machtiging

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10 en
11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende
ziektkostenverzekering 2022

Zaaknummer : 202301119

Zittingsdatum : 11 oktober 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: erflaatster, vertegenwoordigd door C te D, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen,
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 2 mei 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 8 mei 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 27 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld voor de periode van 23 augustus 2022 tot en met 29 november 2022 alsnog een vergoeding te verlenen. Voor de periode van 1 november 2022 tot en met 29 november 2022 kan verzoeker een declaratie indienen. Voor de periode waarin geen machtiging is aangevraagd, namelijk van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022, blijft de ziektekostenverzekeraar bij zijn eerdere, afwijzende standpunt. Een kopie van deze brief is op 1 augustus 2023 aan verzoeker gestuurd, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Bij brief van 2 augustus 2023 heeft verzoeker een tegenvoorstel gedaan, dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 10 augustus 2023 heeft verworpen. Bij brief van 11 augustus 2023 heeft verzoeker op de laatste brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Bij brief van 23 augustus 2023 is de ziektekostenverzekeraar hierop weer ingegaan. Naar aanleiding hiervan is door de commissie besloten de procedure voort te zetten naar de stand van dat moment.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 oktober 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Erflaatster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 500 (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Erflaatster is op 21 november 2021 op 100-jarige leeftijd gevallen, en heeft bij deze val haar been gebroken. Zij was op dat moment reeds zeer slechtziend en slecht ter been. Het was voor haar niet mogelijk zich nog zelfstandig aan te kleden, te douchen en andere handelingen te verrichten. Omdat de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde wijkverpleegkundigen geen thuiszorg

konden leveren, is de ziektekostenverzekeraar gevraagd om hulp. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop diverse niet-gecontracteerde zorgverleners genoemd. Eén ervan kon aan erflaatster zorg leveren. Dit is gebeurd in de periode van 25 november 2021 tot en met 29 november 2022. Op 29 november 2022 is erflaatster overleden.

- 3.3. Verzoeker heeft de nota's van de niet-gecontracteerde zorgverlener ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Een deel van deze nota's is volledig vergoed. Bij brieven van 12 augustus 2022, 26 september 2022 en 28 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie gevraagd. Uiteindelijk is een deel van de declaraties afgewezen, namelijk tot een bedrag van € 8.840,22.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft de commissie aanvankelijk verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het bedrag van € 8.840,22 alsnog te vergoeden. Hij heeft zijn verzoek, naar aanleiding van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 juli 2023, nadien gewijzigd. Bij brief van 2 augustus 2023 heeft hij aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
 - 1) de declaraties over de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022 tot ten minste 50% te vergoeden;
 - 2) de zorg over de periode van 23 augustus 2022 tot en met 29 november 2022 volledig te vergoeden; en
 - 3) het betaalde entreegeld van € 37,- te vergoeden.
 Bij brief van 11 augustus 2023 heeft verzoeker verklaard dat onderdeel 2 niet langer in geschil is.
- 4.2. Verzoeker heeft bij brief van 2 mei 2023 verklaard dat erflaatster en haar familie ervan op de hoogte waren dat er voor het verlenen van de zorg een schriftelijk akkoord moest zijn van de ziektekostenverzekeraar. De niet-gecontracteerde zorgverlener heeft deze aanvragen voor erflaatster verzorgd, omdat erflaatster niet in staat was deze zelf in te dienen en af te handelen. Pas nadat de declaraties van februari en maart 2022 werden afgewezen, zijn erflaatster en haar familie ermee bekend geworden dat een nieuwe aanvraag moest worden ingediend. Zij hadden het namelijk zo begrepen dat de machtiging alleen niet meer geldig is als de medische noodzaak niet meer aanwezig is, en dat deze door zou lopen in het geval de medische noodzaak nog steeds bestaat, zoals op dat moment in de situatie van erflaatster. De vervolgaanvraag is op 21 april 2022 door de zorgverlener ingediend en goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar voor de periode van 21 april 2022 tot en met 22 augustus 2022. Uit deze goedkeuring blijkt tevens de medische noodzaak voor de verleende zorg. Ook in de periode die niet is gemachtigd (van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022), was deze zorg nodig. De ziektekostenverzekeraar was hiermee bekend. Gelet op de omstandigheden acht verzoeker het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat de familie wordt gehouden aan de eis van het indienen van een vervolgaanvraag. De ziektekostenverzekeraar heeft met de afwijzing bovendien niet de benodigde zorgvuldigheid betracht.
- 4.3. Verzoeker is bekend met het toetsingskader van de commissie inzake het PGB vv, waarbij onder andere is bepaald dat de indicatie van de wijkverpleegkundige leidend is, en dat de zorgverzekeraar hiervan alleen mag afwijken als blijkt dat de geïndiceerde zorg niet doelmatig is. Niet in geschil is dat de aan erflaatster verleende zorg rechtmatig en doelmatig was. De ziektekostenverzekeraar heeft telkens nieuwe vragen gesteld over het zorgplan. Dit is volgens verzoeker strijdig met het uitgangspunt dat de indicatie van de wijkverpleegkundige leidend is. Bovendien kreeg de wijkverpleegkundige steeds maar tien werkdagen de tijd om hierop te reageren, in plaats van de vereiste vier weken. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvragen nooit gemotiveerd afgewezen. Het enkele verstrijken van de gestelde termijn van tien werkdagen

kwalificeert niet als een zodanige afwijzing. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar op geen enkel moment verzocht om een herbeoordeling door een andere indicierend wijkverpleegkundige, terwijl dit wel voor de hand had gelegen.

- 4.4. Verzoeker merkt verder op dat de familie van erflaatster per aangetekende brieven van 18 oktober 2022 en 15 december 2022 aan de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht de openstaande bedragen te vergoeden dan wel een schriftelijke onderbouwing te geven van de afwijzing. Voorts is gevraagd om de benodigde thuiszorg dan wel wijkverpleging voor de toekomstige perioden, waarbij wel een vergoeding zou plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen reactie gegeven op deze brieven. Erflaatster was op het moment van de val op 21 november 2021 100 jaar oud en zeer slechtziend en slecht ter been. Ook heeft de val ervoor gezorgd dat zij zelf niet in staat was alle benodigde zaken met betrekking tot de administratieve formaliteiten voor het verlenen van de zorg door de zorgverlener zelf te monitoren en te begrijpen. Gelet hierop doet verzoeker subsidiair een beroep op artikel 6:248, tweede lid, BW. Het niet tijdig of niet volledig indienen van een aanvraag kan erflaatster naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet worden tegengeworpen. Niet in geschil is dat de verleende zorg rechtmatig en doelmatig was. Deze zorg zou ook zijn vergoed als aan de administratieve formaliteiten op een juiste wijze invulling zou zijn gegeven.
- 4.5. Bij brief van 2 augustus 2023 heeft verzoeker, in reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 juli 2023, aangevoerd dat hij van mening is recht te hebben op een vergoeding van ten minste 50% van de kosten voor zover het de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022 betreft. Uit de eerder verstrekte machtiging hebben erflaatster en haar familie, als gezegd, opgemaakt dat deze een doorlopend karakter had. Dit dient ook in de context te worden gezien. Erflaatster woonde alleen, was 100 jaar oud, had haar been gebroken en was in praktische zin voor het dagelijks functioneren visueel gehandicapt. Dit alles was ten tijde van het verlenen van de eerste machtiging (november 2021-februari 2022) reeds bekend bij de ziektekostenverzekeraar. Als compromis stelt verzoeker een vergoeding van 50% over deze periode voor. Dit omdat er te laat een machtiging is aangevraagd, zodat aan de argumenten van beide kanten recht wordt gedaan. Verder vordert verzoeker in zijn brief het betaalde entreegeld van € 37,- van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Verzoeker heeft in zijn brief van 11 augustus 2023 aanvullend opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 27 juli 2023 ingaat op punten die niet overeenkomen met het verzoek. Dit wordt veroorzaakt door het gegeven dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag over de periode van 1 november 2022 tot en met 29 november 2022 niet heeft overgenomen. Verzoeker heeft de bijbehorende declaratie nogmaals bij zijn brief gevoegd, en vraagt de commissie dit te vermelden in het bindend advies, zodat hierover geen misverstanden meer bestaan. Verzoeker merkt verder op dat met betrekking tot de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022, anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, wel een machtiging is aangevraagd. Hij verwijst naar hetgeen hij hierover heeft geschreven in zijn brief van 2 mei 2023. Niet in geschil is dat er zorg is verleend in deze periode en dat deze zowel rechtmatig als doelmatig was. Door de ziektekostenverzekeraar is bevestigd dat sprake was van een medische noodzaak voor deze zorg. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het gebruikelijk dat aan het einde van de lopende machtiging een evaluatie wordt gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft hierom echter niet eerder gevraagd, en in de voorwaarden is niet geregeld dat tijdig een nieuwe aanvraag moet worden ingediend. De familie van erflaatster heeft direct actie ondernomen nadat de declaraties over februari en maart 2022 werden afgewezen. Onder andere heeft telefonisch contact plaatsgevonden. Op 19 april 2022 is door de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven, en op 21 april 2022 is een aanvraag ingediend voor de periode vanaf 25 februari 2022 tot en met 25 februari 2023. Daarmee is door de familie de nodige zorgvuldigheid betracht. Dit is anders waar het de ziektekostenverzekeraar betreft, die geen rekening heeft gehouden met de omstandigheden waarin erflaatster toen verkeerde.

- 4.7. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat op 21 april 2022 een machtiging is aangevraagd voor de periode van 25 februari 2022 tot en met 25 februari 2023. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat er geen machtiging is aangevraagd voor de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022 is daarom onjuist. Er was geen gecontracteerde zorgorganisatie beschikbaar voor het verlenen van de benodigde zorg. Op telefonisch advies van de ziektekostenverzekeraar is de zorgverlener Veertienrond op 25 november 2021 benaderd en bereid gevonden de wijkverpleging te verlenen. Dat de verleende zorg in de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022 recht- en doelmatig is geweest, is niet in geschil. Andere redenen voor het aanvragen van een machtiging zijn niet door de ziektekostenverzekeraar gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft het zorgplan (inclusief indicatie kwalificerende wijkverpleegkundige) en de aanvraag voor de periode 21 april 2022 tot en met 22 augustus 2022 beoordeeld en goedgekeurd. Aan deze aanvraag ligt echter exact hetzelfde zorgplan ten grondslag als voor de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022. In de op 10 december 2021 afgegeven machtiging staat: *"de machtiging is niet meer geldig als de medische noodzaak niet meer aanwezig is of bij wijziging van wet- en regelgeving en/of verzekeringsvoorwaarden"*. Hier staat niet bij dat de machtiging per definitie vervalft als de genoemde periode is verstreken. De thans voorliggende discussie komt derhalve voort uit de onduidelijke communicatie vanuit de ziektekostenverzekeraar.
- De ziektekostenverzekeraar verzendt op geen enkele wijze correspondentie met betrekking tot het verlopen van machtigingen aan de verzekerde dan wel de zorgverlener. Tevens verstrekt de ziektekostenverzekeraar geen informatie over de verzekerde aan de familie en/of de zorgverlener zonder dat daarvoor een machtiging is verleend. Het is voor derden daarmee niet mogelijk om bij deze problematiek met de ziektekostenverzekeraar tijdig te overleggen voordat een dergelijke machtiging is afgegeven. De ziektekostenverzekeraar hanteert bij niet-gecontracteerde zorg een terugwerkende kracht van maximaal 10 werkdagen na het ontvangen van de aanvraag. De relevante aanvraag is op 21 april 2022 ingediend. Vanwege goede vrijdag en Pasen zou dit in ieder geval al moeten leiden tot een aanpassing van de ingangsdatum van de machtiging naar 5 april 2022 in plaats van 21 april 2022.
- 4.8. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een hogere vergoeding. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 16 februari 2023 en in het nader commentaar van 27 juli 2023 aangevoerd dat de zorgverlener die erflaatster de zorg heeft verleend niet door hem is gecontracteerd. Deze zorgverlener is ervan op de hoogte dat vóór de aanvang van de zorg een machtiging moet worden aangevraagd. Hoewel voorafgaande toestemming de regel is, heeft de ziektekostenverzekeraar er begrip voor dat dit niet altijd mogelijk is. Het beleid van de ziektekostenverzekeraar is daarom dat de aanvraag uiterlijk binnen tien werkdagen na de start van de zorg moet zijn ontvangen. Het veel te laat indienen van de aanvraag leidt ertoe dat deze niet meer in behandeling kan worden genomen. Een tijdige aanvraag is nodig om een goede beoordeling te kunnen uitvoeren op basis van de aanspraak vanuit de Zvw, de polisvoorwaarden en het normenkader van de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Voor die beoordeling is ook een zorgplan nodig.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar ontving op 26 november 2021 de eerste aanvraag van de zorgverlener. Deze werd goedgekeurd voor de periode van 25 november 2021 tot en met 25 februari 2022. Het is gebruikelijk dat als langer zorg nodig is, er voor het einde van de lopende machtiging een evaluatie wordt gedaan en dat dan een nieuwe aanvraag wordt ingediend. De ziektekostenverzekeraar ontving echter pas op 21 april 2022 een vervolgaanvraag. Deze is beoordeeld en goedgekeurd voor de periode van 21 april 2022 tot en met 22 augustus 2022. De

toestemming voor de zorg gaat in op de datum van ontvangst van de aanvraag en werkt in dit geval daarom niet terug tot 26 februari 2022. De reden hiervan is dat de aanvraag niet tijdig is gedaan.

- 5.3. In het nader commentaar van 27 juli 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij gezien het overlijden van erflaatster, de eventuele overgang naar de Wlz en de vragen die daaromtrent zijn gesteld, van mening is dat erflaatster wel was aangewezen op zorg. De ziektekostenverzekeraar is daarom bereid de zorg in de periode van 23 augustus 2022 tot en met 29 november 2022 door middel van een af te geven machtiging alsnog te vergoeden. Voor de periode van 1 november 2022 tot en met 29 november 2022 vraagt de ziektekostenverzekeraar verzoeker een declaratie in te dienen, zodat die in behandeling kan worden genomen. Voor de periode waarin geen machtiging is aangevraagd, namelijk van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022, blijft de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt dat deze declaraties terecht niet in behandeling zijn genomen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 augustus 2023 verklaard niet in te stemmen met het door verzoeker gedane voorstel. Voor de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022 geldt dat er geen machtiging is aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar ziet geen reden 50% van de gedeclareerde kosten uit deze periode alsnog te vergoeden. In de toestemmingsbeschikking van 10 december 2021 is opgenomen dat de periode van de machtiging 25 november 2021 tot en met 25 februari 2022 betreft. Dit sluit aan bij de aangevraagde periode uit de aanvraag van erflaatster van 26 november 2021. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar begrip voor de omstandigheden, maar dat er een medische noodzaak bestond neemt niet weg dat de verdere inhoud van de toestemmingsbeschikking dan niet meer geldt. Erflaatster had ondersteuning van de zorgverlener, die haar (of haar vertegenwoordigers) kon informeren. Bij twijfel bestond daarnaast de mogelijkheid om nadere informatie te vragen bij de ziektekostenverzekeraar.
- 5.5. Bij brief van 23 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat voorafgaande toestemming nodig is voor niet-gecontracteerde wijkverpleging, en dat zorgaanbieders hiervan op de hoogte zijn. Door het ontbreken van een machtigingsaanvraag voor de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022 en de daarbij behorende onderbouwing van de indicierend wijkverpleegkundige kan de recht- en doelmatigheid niet worden beoordeeld. Als na een lopende machtiging langer zorg nodig is, blijven de voorwaarden voor vergoeding onverminderd gelden. Een evaluatie is hier inherent aan. Op die manier kan een nieuw zorgplan worden opgesteld met daarin de op dat moment bepaalde aard, omvang en duur van de zorg en de (bijgestelde) doelen. In de goedkeuringsbrief is een duidelijke termijn vermeld, die aansluit bij de machtigingsaanvraag. Ook staat erin voor welke periode de machtiging geldt. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar de nodige zorgvuldigheid betracht.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat een aanvraag is gedaan vanaf 21 april 2022, en niet vanaf februari 2022. Na het verlenen van de machtiging vanaf 21 april 2022 is er geen bezwaar van de zijde van erflaatster gekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft niet alleen de periode vanaf 21 april 2022 toegekend, maar ook de totale periode ingekort. Pas nadat de facturen zijn ingediend, is er aan de bel getrokken dat een deel van de facturen niet is vergoed. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar was in eerste instantie dat de facturen vanaf augustus 2022 niet zouden worden vergoed, mede vanwege de Wlz-indicatie. Daarna is bekend geworden dat erflaatster in november 2022 is overleden. Daarom is alsnog voor deze periode een machtiging toegekend. Het geschil gaat nog over de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hiervoor geen voorafgaande aanvraag is ingediend. Het gaat om een niet-gecontracteerde aanbieder. Overigens is erflaatster ook overgegaan naar een restitutieverzekering, waarmee de verantwoordelijkheid ligt bij de verzekerde naar welke zorgaanbieder hij of zij gaat. De ziektekostenverzekeraar ziet geen mogelijkheid zien voor een regeling in der minne. Als er op het moment van het afgeven van de

machtiging het signaal was gekomen dat men het hiermee oneens was, had er nog geschakeld kunnen worden.

- 5.7. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

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 A17 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 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.
- 7.2. Het geschil spitst zich toe op de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker alsnog een vergoeding te verlenen voor de zorg die aan erflaatster is verleend in de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022. Hiertoe geldt het volgende. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld op pagina 54 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit artikel vormt een uitwerking van artikel 2.10 Bzv. In het artikel is bepaald dat indien wordt gekozen voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met de ziektekostenverzekeraar, voorafgaande toestemming moet worden gevraagd. Vast staat dat de zorgverlener op 26 november 2021 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft ingediend voor verpleging en verzorging. Deze aanvraag betrof de periode van 25 november 2021 tot en met 25 februari 2022. Bij beslissing van 10 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor de gevraagde periode, eindigend op 25 februari 2022, goedgekeurd. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker is niet bestreden, dat de aanvraag voor de periode ná 25 februari 2022 pas op 21 april 2022 werd ontvangen. Dit betreft geen tijdige (vervolg)aanvraag voor de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022, zodat op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de in die periode verleende zorg. De stelling van verzoeker dat wél een machtiging werd aangevraagd - die de commissie aldus begrijpt dat hiermee wordt bedoeld op de aanvraag van 26 november 2021, waarvan erflaatster en haar familie aannamen dat deze heeft geleid tot afgifte van een doorlopende machtiging bij ongewijzigde omstandigheden - kan niet overtuigen, nu deze aanvraag werd gedaan voor een bepaalde periode en de op basis hiervan afgegeven machtiging duidelijk een einddatum (25 februari 2022) vermeldde.
- 7.3. Verzoeker heeft subsidiair aangevoerd dat toepassing van voornoemde voorwaarde onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat erflaatster destijds 100 jaar oud was, zeer slechtiend en slecht ter been. De val heeft ervoor gezorgd dat zij niet in staat was alle benodigde zaken rondom de administratie met de zorgverlener te monitoren en begrijpen. De afwijzing heeft voor de erven grote financiële gevolgen. Als de zorg tijdig was aangevraagd, was de ziektekostenverzekeraar wél overgegaan tot vergoeding, aangezien, aldus verzoeker, de zorg daadwerkelijk is verleend en deze rechtmatig en doelmatig was. Daarom stelt hij voor dat de ziektekostenverzekeraar ten minste 50% van de kosten met betrekking tot deze periode vergoedt. De ziektekostenverzekeraar heeft dit voorstel afgewezen. Hij heeft hiertoe onder andere aangevoerd dat erflaatster zich had kunnen laten bijstaan door de zorgverlener of familieleden dan wel zich door hem had kunnen laten informeren. De eis van voorafgaande toestemming is volgens de ziektekostenverzekeraar

geen onredelijke eis, aangezien hierdoor vooraf kan worden beoordeeld of de zorg rechtmatig en doelmatig is.

- 7.4. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel 14 Zvw, de eis van een voorafgaande machtiging mocht stellen. Deze eis is ook redelijk, met het oog op zijn belangen. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat bij een geringe termijnoverschrijding - dat wil zeggen van minder dan tien dagen - aan een te laat ingediende aanvraag door hem nog terugwerkende kracht wordt toegekend. In dit geval werd deze termijn van tien dagen echter ruimschoots overschreden en de door verzoekster bepleite terugwerkende kracht tot 5 april 2021 is daarom niet aan de orde. Deze stelling berust op een verkeerde lezing van de desbetreffende toelichting zoals opgenomen op de achterzijde van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 9 mei 2022. Onder de gegeven omstandigheden, en rekening houdend met het gegeven dat de zorgverlener blijkens de op 26 november 2021 ingediende aanvraag bekend was met de toepasselijke machtigingsprocedure, leidt onverkorte toepassing van de voorwaarde niet tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Dat achteraf kan worden bepaald of de zorg rechtmatig en doelmatig was, brengt hierin geen verandering en zou feitelijk het failliet van het machtigingssysteem betekenen. Ook hetgeen overigens door verzoeker naar voren is gebracht, zoals de verwijzing naar eerdere bindende adviezen van de commissie, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de aan erflaatster verleende zorg in de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022. Omdat de ziektekostenverzekeraar lopende de onderhavige procedure deels is tegemoetgekomen aan het oorspronkelijke verzoek, acht de commissie wel gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- aan hem te vergoeden.

Slotom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is aan verzoeker een vergoeding te verlenen voor de aan erflaatster verleende zorg in de periode van 26 februari 2022 tot en met 20 april 2022;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 8 november 2023,

A.I.M. van Mierlo

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Vervoer per ambulance

Er zijn 2 soorten ambulancevervoer: spoedvervoer (meestal aangemeld via 112) en besteld vervoer. De ambulancezorg wordt gedaan door verpleegkundigen en chauffeurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid.

Welke zorg

U heeft recht op :

- vervoer naar een zorgaanbieder of instelling om zorg te krijgen. Deze zorg moet geheel of gedeeltelijk verzekerd zijn in de Basisverzekering,
- vervoer naar een instelling waar u geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz zal gaan verblijven,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor onderzoek of behandeling dat geheel of gedeeltelijk ten laste komt van de Wlz,
- vervoer vanuit een Wlz-instelling naar een zorgaanbieder of instelling voor het aanmeten, passen en repareren van een prothese, die geheel of gedeeltelijk verzekerd is in de Wlz,
- vervoer naar uw woning of, als u daar niet de nodige verzorging kunt krijgen, naar een andere woning als u komt van een van de zorgaanbieders of instellingen als hierboven bedoeld,
- als u jonger dan 18 jaar bent, vervoer naar een persoon bij wie of een instelling waarin u geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders.

U heeft recht op vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance (bijvoorbeeld een helikopter) als vervoer per ambulance niet mogelijk is.

Welke zorgaanbieder

Ambulancevervoer wordt verleend door een door het ministerie van VWS aangewezen vergunninghouder.

Verwijzing

U heeft alleen recht op vervoer per ambulance als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. U heeft alleen recht op vervoer per helikopter als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de Meldkamer Ambulancezorg of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

i Let op

- Het recht op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Indien Menzis u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- U heeft geen recht op ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een Wlz-instelling.

Verpleging en verzorging (wijkverpleegkundige)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, zelfredzaamheid, geestelijk welzijn

en op uw eigen woon- en leefomgeving.

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en
- c. geen kraamzorg betreft.

U heeft ook recht op verpleegkundige kinderdagopvang en verblijf in kindzorghuizen als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of er vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

i Let op

Toezicht is geen verzekerde zorg. Een uitzondering hierop is, wanneer uw behandelend arts heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. Indien het medisch noodzakelijk is dat er verpleegkundig toezicht aanwezig is, kan dit toezicht voor vergoeding in aanmerking komen. Ook in de palliatief terminale fase is aanwezigheid die voortkomt uit het ontbreken van een mantelzorgnetwerk geen verzekerde zorg.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een hbo-wijkverpleegkundige of verpleegkundig specialist en ondertekend zijn door u en de zorgaanbieder.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt dat de indicatiesteller een hbo-kinderverpleegkundige is. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op.

i Let op

U heeft geen recht op verpleging en verzorging als deze zorg voor u gefinancierd kan worden op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Als er aanwijzingen zijn dat uw zorg op grond van één van deze wetten kan worden gefinancierd, kan Menzis u vragen om een beroep op deze wetten te doen, door een indicatiebesluit aan te vragen bij het CIZ of de gemeente van uw woonplaats. U heeft niet langer recht op verpleging en verzorging als u hieraan geen medewerking verleent of als het CIZ of uw gemeente inderdaad besluit dat u een beroep kunt doen op de Wlz of de Wmo.

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een WTZa-vergunning met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist of verzorgende niveau 3 of hoger.

Ook kunt u naar een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening (zzp'er). De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger die in het bezit is van het KIWA-keurmerk voor zzp-ers in de zorg of het HKZ-NEN Keurmerk zzp-ers in Zorg & Welzijn. Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [menzis.nl/zorgvinder](https://www.menzis.nl/zorgvinder) vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook contact met de klantenservice opnemen. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Toestemming

Als u kiest voor een behandeling bij een zorgaanbieder die geen overeenkomst met Menzis heeft gesloten, heeft u voorafgaande schriftelijke toestemming van Menzis nodig. Om deze toestemming aan te vragen, kunt u het toestemmingsformulier op [menzis.nl](https://www.menzis.nl) invullen.

Een toestemmingsverklaring is maximaal 365 dagen geldig behalve als dit nadrukkelijk anders wordt aangegeven. Een toestemmingsverklaring is niet meer geldig als de toepasselijke wet- of regelgeving wijzigt.

Advies

Heeft u vragen over verpleging en verzorging? Informeer dan bij de klantenservice over de mogelijkheden.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

U vindt de vormen van zorg die voorwaardelijk zijn toegelaten in het Verzekeringsreglement op [menzis.nl](https://www.menzis.nl).

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 Zw-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 Zw-pgb verbonden verplichtingen, of
- f. de hulp tegen betaling verleent.