



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB),
zelfstandig beheer
Zaaknummer : 201600919
Zittingsdatum : 18 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 500 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 23 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 20 september 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 december 2016 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 december 2016 medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 januari 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. In het Zorgleefplan is ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: "*[Verzoekster] heeft in 2007 een herseninfarct (CVA) gehad, waaraan zij afasie van Wernecke en Hemianopsie als restverschijnselen overgehouden heeft; zelfstandig functioneren is hierdoor afgenomen. Een bijkomend problematisch kenmerk van de afasie bij cliënt is dat een evenwichtsstoornis is ontstaan. Naast deze handicap heeft mevrouw last van angstaanvallen en pijnklachten door hernia abdominalis en syndroom cervicale in wervelkolom. Bovendien is cliënt cognitief eveneens sterk achteruit gegaan, zij is vergeetachtig, soms verward en kan zich niet altijd goed oriënteren, ook wat betreft de tijd; haar structuur- en regiefunctie is blijvend ontregeld. Cliënt wordt dagelijks geholpen met het op gang komen door haar medicijnen te laten innemen. Eerdergenoemde aandoeningen aan het centrale zenuwstelsel hebben naast en deels ook als direct geleid tot wisselende stemmingen richting haar omgeving, met name als zij zich niet begrepen voelt.*"
- 
- 4.2. Verzoekster heeft al geruime tijd een budget waarmee zij haar zorg inkoopt. Op dit moment wordt haar zorg verleend door Ambulante Zorg Reiph waar verzoekster een vaste zorgverlener krijgt. Deze zorgverlener weet hoe verzoekster moet worden behandeld ingeval van noodsituaties. Verzoekster heeft namelijk niet alleen hulp nodig bij het wassen, kleden en de inname van medicatie, maar vooral voor de speciale medische zorg die nodig is bij pijnaanvallen, migraine en uitvallen. Omdat verzoekster een onregelmatig ziektebeeld heeft, is vaak sprake van zorg op afroep. De zorg is derhalve moeilijk vooraf in te plannen. De zorgverlener is in staat op ongebruikelijke tijdstippen te komen, ook als verzoekster zich op een andere locatie bevindt. De zorgverlener kent het volledige ziektebeeld van verzoekster en samen hebben zij een vertrouwensband opgebouwd. Op de hulp van haar echtgenoot hoeft verzoekster niet te rekenen, aangezien hij zelf hulpbehoevend is.
- 
- 4.3. Zonder een PGB vv kan verzoekster haar zorg niet meer zelf regelen. Dit zorgt voor enorme stress omdat verzoekster bang is dat zij opnieuw een vertrouwensband moet opbouwen met haar zorgverleners. Dit vertrouwen is erg belangrijk voor haar zorg en voor de structuur die zij nodig heeft. Daarnaast ervaart verzoekster dat de regie over haar leven wordt overgenomen, waardoor zij haar gevoel van eigenwaarde kwijtraakt.

- 
- 4.4. Verzoekster begrijpt niet waarom haar aanvraag voor een PGB vv is afgewezen, aangezien zij aan alle voorwaarden voldoet die worden genoemd in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 4.5. Verzoekster heeft het gevoel dat de ziektekostenverzekeraar niet naar haar luistert. Door haar ziekte kan verzoekster zich moeilijk focussen tijdens een gesprek. Dit heeft zij ook meerdere malen in het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) aangegeven, maar de ziektekostenverzekeraar lijkt hier geen rekening mee te houden. Kennelijk heeft verzoekster in het BKG gezegd dat haar administratie wordt verricht door de thuiszorgorganisatie, waar ook haar zorgverlener aan is verbonden. Dit is echter niet juist. Wat de doorligplekken betreft heeft de ziektekostenverzekeraar een terechte opmerking gemaakt. Dit punt is inderdaad niet meer actueel.
- 
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster de standpunten herhaald.
- 
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 
- 5.1. Verzoekster heeft op 28 juni 2016 een BKG gehad. De informatie die de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen in dit gesprek komt niet overeen met het indicatiebesluit. De indicatie is vastgesteld door Ambulante Zorg Reiph, de organisatie die op dit moment de zorg verleent aan verzoekster. Deze indicatie voldoet echter niet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een medische verklaring ontbreekt voor de ophoging van het aantal uren zorg van 6,9 uren per week tot en met 31 december 2015 naar 20,25 uren per week per 1 januari 2016. In de huidige indicatie zijn namelijk uren Verpleging geïndiceerd voor het verzorgen van doorligplekken, hetgeen niet wordt onderbouwd door de medische informatie die van de huisarts is ontvangen.
- 
- 5.2. Uit de indicatiestelling, het BKG en de informatie van de huisarts is wel gebleken dat sprake is van zorg op wisselende tijden vanwege de chronische pijnen die verzoekster lijdt. De noodzaak voor een vaste zorgverlener is daarentegen niet komen vast te staan.
- 
- 5.3. Tijdens het BKG heeft verzoekster verklaard dat zij niet in staat is de administratie zelf uit te voeren vanwege de CVA die zij heeft gehad. De administratie wordt verricht door Ambulante Zorg Reiph, die ook de zorg levert aan verzoekster. Het is niet wenselijk dat de zorgverlener die de zorg levert tevens de administratie bijhoudt van de geleverde zorg. Artikel 2 van het toepasselijke 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' bepaalt dat men in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren. Bij verzoekster is daarvan geen sprake.
- 
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar adviseert verzoekster te zorgen voor een (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Tevens wordt verzoekster geadviseerd een nieuwe indicatie te laten stellen door een onafhankelijke thuiszorgorganisatie en niet door haar huidige zorgverlener.
- 
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster tevens niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

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.*

(...)

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 onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie). Menzis

heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/ zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. 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.

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 (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder."

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt: (...)

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb vv horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger is een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld: contracten afsluiten met een zorgaanbieder, controleren van zorgaanbieders, taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 6;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

- 8.5. In artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar worden de begrippen wettelijk vertegenwoordiger en vertegenwoordiger gedefinieerd en deze definities luiden als volgt:

"Wettelijk vertegenwoordiger

Een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld."

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand

1. die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
2. die niet beschikt over een geldig woonadres;
3. wiens vrijheid is ontnomen;

4. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
5. die surséance van betaling heeft aangevraagd, in staat van faillissement verkeert of (ooit) failliet is verklaard;
6. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het pgb verbonden verplichtingen.

Ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw pgb beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger; (...)"

- 8.6. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. *U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.*
2. *U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).*
3. *U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.*
4. *Uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:*
 - *u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
 - *u zorg nodig hebt die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;*
 - *u zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
 - *er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen; (...)"*

- 8.7. De voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB was ten tijde van het geschil niet bij wet geregeld.

- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het onderhavige geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoekster behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar genoemde doelgroepen. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster, na een doorgemaakt CVA, niet in staat is het PGB vv zelf te beheren. Zij is derhalve aangewezen op de hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger. Aldus is bepaald in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging'. Niet is gebleken dat sprake is van een (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in artikel 10 van het toepasselijke reglement. Voor zover Ambulante Zorg Reiph deze taak zou (willen) vervullen, geldt dat in genoemd artikel is bepaald dat de vertegenwoordiger een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad dient te zijn, zodat in dat geval niet aan de gestelde eisen wordt voldaan. Verzoekster behoort hiermee niet tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld.
- 9.3. Aangezien verzoekster niet behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, kan de vraag of de zorg die zij nodig heeft voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar, onbeantwoord blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 januari 2017,

A.I.M. van Mierlo