



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie  
Zaaknummer : 201601942  
Zittingsdatum : 10 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(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

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 8 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 9 december 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering. Tevens heeft verzoekster om vergoeding van de proceskosten verzocht (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 maart 2017 aan verzoekster gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 28 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 7 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 15 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017011184) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Naar het oordeel van de medisch adviseur blijkt uit de in het dossier aanwezige informatie dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg. Er is geen medische noodzaak voor zorg op wisselende tijdstippen of locaties, of voor zorg door een vaste hulpverlener"*. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 10 mei 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 15 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 mei 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop is, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Ik word 4 à 5 geholpen met ADL/toiletgang, transfers maken van bed naar toilet, douchen, aankleden, zorgen voor haren en tanden, steunkousen, medicijnen inname en dit allemaal meerdere malen per dag i.v.m. incontinentie problemen."*
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Mevrouw slaapt bijna niet. Valt erg laat in slaap. En i.v.m haar lichamelijke toestand (pijn) is iedere dag anders voor haar. De incontinentie, hoge bloeddruk, en pijn door reuma artrose speelt er natuurlijk mee. De zorg van mevrouw is niet in te plannen omdat ze de zorg nodig heeft op verschillende locatie[s] en tijdstip[pen]."*
- 4.3. Verzoekster wil zelf kunnen kiezen wie haar verpleging en verzorging uitvoert en wenst daarvoor een PGB vv te ontvangen. De zorgvraag van verzoekster kan niet worden opgelost door de inzet van een gecontracteerde thuiszorgorganisatie. Een gecontracteerde thuiszorgorganisatie kan namelijk onvoldoende gekwalificeerde hulpverlening bieden voor de medische problematiek waarmee verzoekster te maken heeft.
- Verzoekster stelt dat zij voldoet aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' (2016) van de zorgverzekeraar. Zo is sprake van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden en behoort verzoekster tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2 van hetzelfde reglement. Voorts sluit de zorgvraag van verzoekster aan bij de voorwaarden als bedoeld in artikel 3, lid 4 van het reglement van de zorgverzekeraar. Uit de indicatie blijkt dat verzoekster zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of meerdere locaties, dat de zorg die zij nodig heeft vooraf slecht is in te plannen, dat verzoekster zorg nodig heeft die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn, en dat er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft.
- Daarnaast kiest verzoekster bewust ervoor om voor de invulling van haar zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieders die zijn gecontracteerd door de zorgverzekeraar.

4.4. Verzoekster voert verder aan dat de zorgverzekeraar de afwijzing voor een PGB vv onvoldoende deugdelijk heeft gemotiveerd. De zorgverzekeraar stelt enkel dat uit de gesprekken en het zorgplan blijkt dat de geïndiceerde zorgvraag te leveren is door een gecontracteerde thuiszorgorganisatie. Een nadere motivering van de stelling dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden uit artikel 3 van het reglement ontbreekt.

4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat sprake is van bijzondere omstandigheden omdat in de nacht het incontinentiemateriaal moet worden verwisseld. Het incontinentiemateriaal dat in de avond wordt verwisselend is onvoldoende om de nacht mee door te komen.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoekster voldoet aan de voorwaarde dat zij langer dan één jaar is aangewezen op verpleging en/of verzorging. Echter, in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) wordt ook verwezen naar de voorwaarde dat de verzekerde in staat moet zijn op eigen kracht of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die bij een PGB vv horen te vervullen. Verzoekster is hier zelf niet toe in staat, en zij heeft medegedeeld dat haar schoondochter gemachtigd is als vertegenwoordiger, hetgeen evenwel niet bij de zorgverzekeraar bekend is. Door middel van een naastenverklaring is namelijk een andere persoon gemachtigd, en dit is door hem ook tijdens een gesprek bevestigd. Tevens is in de contactmomenten terug te zien dat de betreffende persoon regelmatig heeft gebeld over de afwijzing van de aanvraag voor een PGB vv en in de onderhavige procedure treedt hij ook voor verzoekster op.

In 2015 heeft de zorgverzekeraar reeds aan verzoekster medegedeeld dat de door haar gemachtigde persoon de administratievoering niet mag doen en heeft verzoekster uit coulance één jaar de tijd gekregen om een (wettelijk) vertegenwoordiger te regelen. Uit de aanvraag voor 2016 is niet gebleken dat verzoekster hieraan heeft voldaan. Aangezien de bij de zorgverzekeraar bekende gemachtigde niet als wettelijk vertegenwoordiger is aangesteld door de rechtbank, en van machtiging van de schoondochter vooralsnog niet is gebleken, voldoet verzoekster niet aan de voorwaarden die zijn opgenomen in de artikelen 10 en 2 van het reglement.

5.2. Voorts voldoet verzoekster niet aan de voorwaarden die zijn opgenomen in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016). Deze voorwaarden luiden:

- verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties,
- verzekerde heeft zorg nodig 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,
- verzekerde heeft zorg nodig die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ),
- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

Uit de gesprekken en het zorgplan blijkt dat verzoekster hulp ontvangt bij het douchen, kleden, medicatie aanreiken, steunkousen aan- en uittrekken, tanden poetsen, haren kammen, transfers en de toiletgang/incontinentiezorg. De zorgaanbieder heeft medegedeeld dat de zorg op drie momenten van de dag wordt geboden. Weliswaar belt verzoekster soms in de nacht omdat het incontinentiemateriaal vervangen moet worden, maar dit is meer gelegen in hulp bij het geestelijk welbevinden. De voormelde zorg is dan ook planbaar en niet noodzakelijk op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de zorg in de nacht vooral gericht is op hulp bij het geestelijk welbevinden.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is aan verzoekster het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering, en de door haar gemaakte proceskosten te vergoeden.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“Omschrijving**

*Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. (...)*

**Persoonsgebonden budget (pgb)**

*U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.*

**Wie mag de zorg verlenen**

*Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)*

**Bijzonderheden**

*1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. (...)*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoongebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de zorgverzekeraar 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 verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als : (...)*

*3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. (...)*

*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 verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, 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. Artikel 3 van het 'Reglement Persoongebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de zorgverzekeraar luidt:

*"Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet verzekerde voldoen aan de navolgende voorwaarden:*

*1. Verzekerde is 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 tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. (...)*

*2. (...)*

*3. (...)*

*4. De zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:*

- verzekerde vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- verzekerde zorg nodig heeft 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;*
- verzekerde zorg nodig heeft die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);*
- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen".*

- 8.6. Artikel 10 van het 'Reglement Persoongebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

**"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 verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren; (...)"*

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (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 vv was ten tijde van het geschil als zodanig 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 zorgverzekeraar 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 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 commissie is van oordeel dat voldoende vast staat dat de schoondochter van verzoekster inmiddels optreedt als haar vertegenwoordiger. Hiermee is voldaan aan het gestelde in de artikelen 2 en 10 van het toepasselijke reglement. Rest de vraag of tevens is voldaan aan artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (2016)' van de zorgverzekeraar. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat, blijkens de aanvraag die in dit kader als uitgangspunt wordt genomen, uit hulp bij het douchen, aan- en uitkleden, steunkousen aan- en uittrekken, haar- en gebitsverzorging en het toedienen van medicijnen. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar vaste zorgverlener, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met haar problematiek en wensen.
- 9.3. Met betrekking tot het door verzoekster gestelde aangaande het toiletbezoek, merkt de commissie het volgende op. Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht, is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan heeft verder te gelden dat sprake moet

 zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg. In dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg. Verzoekster maakt gebruik van incontinentiemateriaal, waarmee het probleem van de incontinentie ondervangen zou moeten zijn. Indien dit niet voldoet, zal hiernaar onderzoek moeten worden gedaan, zodat zij de beschikking krijgt over passend incontinentiemateriaal.


 Hetgeen overigens door verzoekster is gesteld kan niet leiden tot een andere uitkomst.

 Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

### **Proceskostenvergoeding**

-  9.4. Verzoekster heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door haar gemaakte proceskosten. De commissie ziet, mede gelet op het feit dat hiervoor is geconcludeerd dat zij geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering, geen grond voor toewijzing van dit onderdeel van het verzoek.

### **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, 31 mei 2017,

H.A.J. Kroon