



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), zelfstandig beheer

Zaaknummer : 201800393

Zittingsdatum : 19 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

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 ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar 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). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Vitaal Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 februari 2018 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 1 mei 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, 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 22 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juni 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 juli 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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, derde lid, 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 Zvw, 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 19 september 2018 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De wijkverpleegkundige heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierin, voor zover hier van belang, het volgende verklaard:
"(...) blijvende toename kortademigheid. Visus beperking. (...) Steunkousen aan- uittrekken, dagelijks douchen avond, ± 8 x per dag beide ogen druppelen. (...) Echtgenoot doet boodschappen. Dochter kookt. Huishoudelijke ondersteuning door dochter. (...) HBH, badlift, traplift, aangepast scherm computer (...) Zeer wisselende tijdstippen van zorg nodig. Dit is afhankelijk van lich. tst. (...)"
De wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld van zestien uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. Verzoekster is niet in staat zelf de administratie te voeren, onder andere in verband met haar visusprobleem. Het beheer van het PGB vv wordt daarom al jaren uitgevoerd door haar echtgenoot. Dit is nooit een probleem geweest. De ziektekostenverzekeraar nam op enig moment telefonisch contact op met verzoekster, waarbij haar een aantal vragen werd gesteld. Zij heeft deze vragen als onprettig ervaren. Na het gesprek volgde de afwijzing, op de grond dat verzoekster niet in staat is het PGB vv te beheren. Toen haar echtgenoot uitlegde dat hij namens haar optrad, moest hij eerst door verzoekster een machtigingsformulier laten ondertekenen. Verder bleek dat de echtgenoot van verzoekster meerdere facturen had moeten opmaken. Hij was hiermee niet bekend. Op basis van deze informatie heeft de ziektekostenverzekeraar besloten dat noch verzoekster noch haar echtgenoot voor haar in staat is het PGB vv te beheren. Verzoekster is nu verplicht zich aan te melden bij een thuiszorgorganisatie, terwijl het voor haar niet mogelijk is de zorg op vaste tijdstippen te krijgen. Dit was ook de reden voor de aanvraag van het PGB vv.
- 4.3. Verzoekster vraagt zich af wie haar nu moet helpen met koken en boodschappen doen. De thuiszorg heeft hier geen tijd voor. Ook is het voor de medewerkers moeilijk de ogen van verzoekster op een goede manier te druppelen met de druppels die iedere maand speciaal voor haar worden gemaakt van haar eigen bloed. Dit bloed wordt maandelijks in zestien buisjes afgenomen. Verzoekster is bekend met COPD, een nierfunctiestoornis en hartfalen. Ook volgt zij een glutenvrij dieet in verband met haar darmen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat haar echtgenoot de administratie op zich heeft genomen, omdat zij hiertoe niet in staat is. Sindsdien is de echtgenoot van verzoekster er nooit op gewezen dat de administratie niet in orde is en er heeft ook nooit een controle plaatsgevonden.

Verzoekster vindt het dan ook vreemd dat naar aanleiding van de onderhavige aanvraag plotseling wordt besloten geen PGB vv meer te verstrekken. Voor zover er al iets niet zou kloppen, is het aan de ziektekostenverzekeraar verzoekster hier eerst op te wijzen, zodat haar echtgenoot kan zorgen dat de administratie op dat onderdeel wordt aangepast. Verzoekster weet nu niet wat er niet goed is gegaan. De declaraties die worden ingediend zien op hulp bij het wassen, aan- en uitkleden, het aan- en uitdoen van de steunkousen, het klaarmaken van het ontbijt, hulp bij het druppelen van de ogen en bij het boodschappen doen. Iedere week worden dezelfde handelingen verricht, zodat de kosten iedere maand gelijk zijn. De echtgenoot van verzoekster weet dat hij de zorg die verzoekster op grond van de Wmo ontvangt, niet bij de ziektekostenverzekeraar mag declareren. Dit gebeurt dan ook niet. Ook is extra hulp ingeschakeld die verzoekster zelf betaalt en niet declareert. Zorg in Natura biedt voor verzoekster geen passende oplossing. Een thuiszorgorganisatie komt niet op vaste tijdstippen en ook het druppelen van de ogen moet op onregelmatige tijdstippen plaatsvinden. Bovendien kost een wijkverpleegkundige veel meer geld. De echtgenoot van verzoekster heeft de zorg aan verzoekster voortgezet, maar ontvangt hiervoor nu niet langer de financiële waardering.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Bij iedere aanvraag voor een PGB vv ten laste van de zorgverzekering, toetst de ziektekostenverzekeraar aan artikel 3.3 van zijn 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017'. In dit artikel is bepaald dat de verzekerde of diens (wettelijk) vertegenwoordiger in staat is op eigen kracht de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Een verzekerde ontvangt, gelet op het bepaalde in artikel 4.1 van het reglement, geen PGB vv indien hij of zij bij een eerdere verstrekking van een PGB vv niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen.

5.2. Bij de eerste beoordeling is gesproken met verzoekster. Zij gaf tijdens dit gesprek aan zelf het beheer van het PGB vv uit te voeren. Gebleken is dat zij onvoldoende heeft voldaan aan de taken en verplichtingen als omschreven in de artikelen 7 en 8 van het reglement. Verzoekster was niet op de hoogte van de bepalingen in het reglement en kon geen antwoord geven op de vragen over het beheer en de bijbehorende administratie van het PGB vv.

5.3. Ten tijde van de heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar een gesprek gevoerd met de echtgenoot van verzoekster, die optrad als haar gemachtigde. Tijdens dit gesprek gaf de echtgenoot van verzoekster aan van mening te zijn aan alle verplichtingen van het reglement te hebben voldaan. Gebleken is echter dat een verscheidenheid aan onreglementaire handelingen heeft plaatsgevonden, hetgeen leidt tot de conclusie dat niet is voldaan aan alle taken en verplichtingen die het reglement aan het PGB vv verbindt. Onder andere was sprake van een vast maandloon, waren de afspraken met zorgverleners alleen mondeling gemaakt, was de declaratiewijze niet correct en werd zorg gedeclareerd die niet valt onder de Zvw.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoekster voorheen een PGB vv ontving op grond van de AWBZ. Ten tijde van de overheveling van het PGB vv naar de Zvw heeft de ziektekostenverzekeraar eerst de focus gelegd op de continuering van zorg en is vervolgens gecontroleerd of de zorg planbaar was. In die zin is het juist dat de administratie niet eerder is gecontroleerd. Dit betekent echter niet dat dit de echtgenoot van verzoekster ontslaat van de verplichtingen die op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering gelden. Naar aanleiding van de aanvraag voor een PGB vv op 21 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met verzoekster en haar echtgenoot. Uit deze gesprekken maakte de ziektekostenverzekeraar op dat diverse zaken niet goed waren geregeld. Dit vormde voor hem aanleiding nader onderzoek te doen. De ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat (i) een vast maandloon wordt toegekend, terwijl dit niet mogelijk is omdat niet iedere maand evenveel dagen kent, (ii) afspraken met zorgverleners mondeling zijn gemaakt, terwijl dit door middel van een zorgovereenkomst moet worden vastgelegd, (iii) declaraties worden ingediend waarop de

echtgenoot van verzoekster als zorgverlener is vermeld, terwijl hij de zorg niet heeft verleend en (iv) zorghandelingen worden gedeclareerd die niet onder de Zvw vallen, zoals het schoonmaken van de badkamer, het doen van de was en koken.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 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. (...)

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.

2. De indicatiestelling voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap (intensieve kindzorg) vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de kinderarts in het ziekenhuis. De

kinderverpleegkundige, niveau 5 stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen."

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het pgb vv als u:

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft. (...)

Daarnaast dient u:

3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, (...)"

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie, niet ouder dan 3 maanden, voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 en 2.2. van dit reglement;

2. u bent naar ons oordeel in staat met het pgb vv op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten (hieronder verstaan wij persoonlijke verzorging, verpleging en MSVT) van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:

a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een pgb in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;

b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;

c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend pgb vv of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;

d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;

e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;

f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.

3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;

4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het pgb vv verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb vv."

- 8.6. Artikel 4.1 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Geen van de volgende weigeringsgronden zijn van toepassing op u:


1. u bent bij de eerdere verstrekking van een pgb vv niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb vv verbonden taken en verplichtingen; (...)"

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4.1 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv. Het PGB vv is geregeld in artikel 13a Zvw.
- 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster in staat is op eigen kracht dan wel met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger het PGB vv te beheren. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Niet ter discussie staat dat verzoekster zelf niet in staat is het PGB vv te beheren, onder andere in verband met haar visusprobleem. Zij heeft haar echtgenoot hiertoe gemachtigd. De ziektekostenverzekeraar heeft zich beroepen op artikel 4.1 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017', waarin is bepaald dat indien in een eerdere instantie niet is voldaan aan alle verplichtingen en verantwoordelijkheden die het PGB vv met zich brengt, een toekomstige aanvraag voor het PGB vv kan worden geweigerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar werd eerder door de echtgenoot van verzoekster onder andere een vast maandloon overeengekomen, waren de afspraken met zorgverleners alleen mondeling gemaakt, was de declaratiewijze niet correct en werd zorg gedeclareerd die niet valt onder de Zvw. Verzoekster heeft hiertegen niets ingebracht, zodat deze constatering van de ziektekostenverzekeraar als vaststaand moeten worden aangenomen. Verzoekster dan wel haar



echtgenoot had bekend kunnen en moeten zijn met alle verplichtingen en verantwoordelijkheden die het beheer van het PGB vv met zich brengt en hier naar moeten handelen. Kennelijk is dit in het verleden niet gebeurd. De enkele stelling van verzoekster dat haar echtgenoot niet op de hoogte was van een en ander, kan niet leiden tot een ander standpunt.





Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.




Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 september 2018,




G.R.J. de Groot