



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, vertegenwoordigd door D te E, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Nijmegen

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), zelfstandig beheer, intensieve kindzorg

Zaaknummer : 201701026

Zittingsdatum : 24 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door de D te E,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde 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 ten behoeve van verzekerde bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 14 december 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 10 januari 2017 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 27 september 2017 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 (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 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 december 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 januari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 15 januari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. 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, 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.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 24 januari 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.10. Na de hoorzitting is de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld te onderzoeken of een PGB vv kan worden toegekend met terugwerkende kracht tot 1 september 2017. Bij brief van 1 maart 2018 heeft de zorgverzekeraar de commissie medegedeeld dat dit mogelijk is, mits de gemachtigde van verzoekster het 'formulier gewaarborgde hulp' ingevuld en ondertekend retour stuurt. De brief van de zorgverzekeraar is in afschrift aan verzoekster gezonden. De gemachtigde van verzoekster heeft bij brief van 4 maart 2018 gereageerd. Een afschrift van de betreffende reactie is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar over verzekerde verklaard: "(...) [Verzekerde] is geboren met een afwijking aan het darmstelsel. Daarnaast had [verzekerde] bij de geboorte een afwijking urethra. Hierdoor is op jonge [leeftijd] een iliostoma aangelegd. Anus wel nog bestaand. [Verzekerde] heeft in feb '16 subbrabupubisch katheter gekregen. Hier volgt nog een operatie aan in nov. '16. (...) [Verzekerde] moet altijd voorbereid zijn op de kans dat er problemen kunnen optreden zoals lekkage, incontinentie van darmsappen. [Verzekerde] moet 3 à 3,5 liter per dag drinken ivm veel vlokvorming in de blaas en grote kans op blaasinfectie. Daarnaast moet de blaas iedere 2 uur gespoeld en geledigd worden. (...) katheteriseren v/d blaas circa iedere 2 uur, ± 10 x daags + spoelen. Verzorgen van de stoma: vervangen van het zakje 5 x daags + 2 x daags vervangen van de huidplak + verzorgen van geïrriteerde huid. Verschonen van inlegger/incontinentiemateriaal. Vochtbalans bijhouden. (...) Doel is om de situatie van [verzekerde] zo stabiel mogelijk te houden en het gevaar van blaasinfectie te verkleinen. (...)".
De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzekerde een indicatie gesteld van 41 uren en 40 minuten Verpleging per week en 15 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft het PGB vv afgewezen op administratieve gronden en gaat voorbij aan de situatie van verzekerde. Het gaat om een doodziek kind dat een redelijk leven krijgt door de juiste verzorging. De zorg kan niet worden gegeven door een medewerker van een thuiszorgorganisatie. Verzoekster heeft verzekerde vanaf haar geboorte verzorgd en heeft de hiertoe benodigde uitleg gekregen.
- 4.3. Verder geldt dat verzoekster en haar echtgenoot van Poolse komaf zijn en dat zij de Nederlandse taal niet helemaal beheersen. Daarom is het voor hen moeilijk de ingewikkelde formulieren van de zorgverzekeraar goed in te vullen.
Verzekerde heeft ook een PGB vanuit de Jeugdwet. Hiervoor is iemand van de gemeente bij haar thuis geweest. De zorgverzekeraar is echter niet bereid gebleken een huisbezoek af te leggen, terwijl hij wel financiën ontvangt om PGB's aan verzekerden te verstrekken.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de zorgverzekeraar verzekerde nooit heeft gezien. De verzorging wordt uitgevoerd door verzoekster. Verzekerde is angstig om te worden geholpen door een derde. Bovendien heeft zij op onregelmatige tijdstippen direct hulp nodig, bijvoorbeeld gedurende de nacht. Verzoekster en haar echtgenoot zijn de Nederlandse taal niet machtig, en krijgen mede om die reden geen PGB vv. Vanuit de gemeente is echter toegelicht dat het niet machtig zijn van de Nederlandse taal op zich geen weigeringsgrond vormt het PGB ten laste van de Wmo te verstrekken. De administratie van het PGB kan immers worden uitbesteed aan een derde. Voorts is door de zorgverzekeraar gesteld dat het bestaan van een betalingsachterstand aan verstrekking van het PGB vv in de weg staat. Deze achterstand is echter mede ontstaan doordat de zorgverzekeraar bepaalde kosten niet heeft vergoed, waaronder die van een in Antwerpen, België, uitgevoerde operatie.
- 4.5. Bij brief van 4 maart 2018 heeft de gemachtigde van verzoekster medegedeeld niet bereid te zijn het 'formulier gewaarborgde hulp' te ondertekenen. Hij is er niet gerust op dat hij niet op subtiële wijze aansprakelijk zal worden gehouden voor het PGB vv, indien hierbij iets niet geheel volgens de regels verloopt. De verzekeringsvoorwaarden zijn op dit punt zo uitvoerig dat het ondoenlijk is hiervan kennis te nemen. Verder is verzoekster van mening dat het PGB vv dient in te gaan op 1 januari 2017 in plaats van 1 september 2017.
- 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. Om in aanmerking te komen voor een PGB vv moet zijn voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv ten behoeve van verzekerde afgewezen op grond van de artikelen 3.2d, 3.3 en 4.1 van genoemd reglement. Er is sprake van een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden. Ook is gebleken dat verzoekster niet in staat is op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Daarnaast heeft zij zich eerder niet gehouden aan de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen.
- 5.2. Er bestaat een mogelijkheid het PGB vv toe te kennen indien de schulden volledig zijn afbetaald en de hoofdverzekerde is afgemeld als wanbetaler bij het CAK. Het PGB vv wordt nooit toegekend voor de periode waarin de aanmelding bij het CAK nog van kracht was.
- 5.3. Aangezien de gemeente een PGB heeft toegekend vanuit de Jeugdwet is in casu geen sprake van Intensieve Kindzorg (hierna: IKZ) op grond waarvan aanspraak bestaat op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar adviseert verzoekster daarom een nieuwe indicatie te laten stellen die passend is bij de veranderde situatie van verzekerde.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar medegedeeld dat geen sprake meer is van een betalingsachterstand. De echtgenoot van verzoekster is met ingang van 1 september 2017 niet langer aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Daarom is de zorgverzekeraar bereid te onderzoeken of het mogelijk is met terugwerkende kracht tot deze datum een PGB vv ten behoeve van verzekerde te verstrekken.
- 5.5. Bij brief van 1 maart 2018 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld bereid te zijn een PGB vv toe te kennen ten behoeve van verzekerde, met terugwerkende kracht tot 1 september 2017. Hiervoor is het noodzakelijk dat de gemachtigde van verzoekster het 'formulier gewaarborgde hulp' ingevuld en ondertekend retour zendt. Zodra dit formulier is ontvangen, kan het PGB vv worden toegekend.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat, indien het benodigde formulier is ontvangen, een PGB vv kan worden toegekend met terugwerkende kracht tot 1 september 2017. Voor zover het

verzoek betrekking heeft op een eerdere ingangsdatum is de zorgverzekeraar van mening dat dit 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 het PGB vv ten behoeve van verzekerde alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

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 cliëntsysteem 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.

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;*
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.*

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. (...)"

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar 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.

2. Onder de zorg zoals benoemd in 2.1. valt niet de verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:

- er behoefte is aan permanent toezicht, of
- 24-uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en deze zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen. Deze zorg wordt intensieve kindzorg genoemd.

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 zorgverzekeraar 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 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"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 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar 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 zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. 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 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 zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv ten behoeve van verzekerde afgewezen op grond van de artikelen 3.2 d, 3.3 en 4 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017'. In genoemde artikelen wordt gesproken over "u", waarmee kennelijk de verzekerde wordt bedoeld. In die zin kan de commissie de zorgverzekeraar niet volgen in zijn stelling dat in dit verband toekenning van een PGB vv alleen aan de orde kan zijn als de hoofdverzekerde is afgemeld als wanbetaler bij het CAK. Hierbij zij aangetekend dat de zorgverzekering een individuele verzekering is, zonder de mogelijkheid van medeverzekering. Anderzijds laat het reglement de mogelijkheid open dat betrokkene een wettelijk vertegenwoordiger heeft en moet worden vastgesteld dat verzekerde, gezien haar leeftijd, handelingsonbekwaam is. Het feitelijke beheer van het PGB vv geschiedt dan ook door de wettelijk vertegenwoordiger van verzekerde, te weten verzoekster en haar echtgenoot. Het ligt in de rede om, hoewel de tekst van het reglement gaat over verzekerde, in dit geval in de beoordeling te betrekken of verzoekster en haar echtgenoot in staat zijn het PGB vv ten behoeve van verzekerde te beheren en te voldoen aan de hieraan verbonden taken en verplichtingen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat in het verleden is gebleken dat verzoekster en haar echtgenoot niet in staat zijn het PGB vv te beheren en aan de hieraan verbonden taken en verplichtingen te voldoen. Hoewel de zorgverzekeraar hiervoor geen nadere onderbouwing heeft gegeven, blijkt uit het schrijven van de gemachtigde van verzoekster van 27 september 2017 dat verzoekster en haar echtgenoot de Nederlandse taal niet geheel machtig zijn, zodat het voor hen ondoenlijk is "al die ingewikkelde formulieren" in te vullen. Gelet hierop en op het feit dat verzoekster deze stelling van de zorgverzekeraar niet heeft weersproken, acht de commissie het aannemelijk dat verzoekster en haar echtgenoot niet in staat zijn het PGB vv op verantwoorde wijze voor verzekerde te beheren.
- 9.3. In aansluiting op de behandeling ter zitting heeft de zorgverzekeraar zich bereid verklaard verzekerde met terugwerkende kracht tot 1 september 2017 een PGB vv toe te kennen, onder de uitdrukkelijke voorwaarde dat de gemachtigde van verzoekster het zogenoemde 'formulier gewaarborgde hulp' ingevuld en ondertekend retourneert. De gemachtigde van verzoekster heeft dit geweigerd. Hieruit volgt dat het beheer van het PGB vv nog steeds niet afdoende is geregeld. De commissie concludeert dat onder deze omstandigheden geen PGB vv kan worden toegekend. Dat dit in het kader van de Jeugdwet anders is beoordeeld, is niet relevant. Het gaat hierbij immers om een andere regeling waarop een ander toetsingskader van toepassing is. Indien verzoekster aanspraak wenst te maken op zorg in natura ten behoeve van verzekerde, kan zij hiertoe een nieuwe indicatie laten stellen. Een en ander valt buiten het bestek van dit geschil.
- 9.4. Naar de commissie begrijpt, is de zorgverzekeraar alsnog bereid verzoekster met terugwerkende kracht tot 1 september 2017 een PGB vv te verstrekken ten behoeve van verzekerde, mits haar gemachtigde het zogenoemde 'formulier gewaarborgde hulp' ingevuld en ondertekend retour zendt. In die beslissing van de zorgverzekeraar zal de commissie niet treden. Overigens heeft de gemachtigde van verzoekster reeds verklaard het bedoelde formulier niet te willen ondertekenen.

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, 7 maart 2018,

A.I.M. van Mierlo