



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektelastenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), terugvordering, zelfstandig beheer, zorg verleend door familielid

Zaaknummer : 201702102

Zittingsdatum : 20 maart 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(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

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend drie sterren 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).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Aanvullend Tand Basis en Extra Vitaal zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 6 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) dat aan hem was toegekend, met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 wordt stopgezet. Het uitgekeerde bedrag van € 11.587,04 vordert de ziektekostenverzekeraar van verzoeker terug.

3.2. Bij brief van 27 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar het terug te vorderen bedrag verhoogd naar € 12.286,54.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 13 augustus 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de ziektekostenverzekeraar het PGB vv niet met terugwerkende kracht mag beëindigen en (ii) dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 12.286,54 niet van hem mag terugvorderen (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 januari 2019 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 februari 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 februari 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 maart 2019 gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker een PGB vv toegekend met ingang van 1 januari 2016. Dit PGB vv is verlengd op 1 januari 2017. Bij brief van 16 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een dossiercontrole te willen uitvoeren. Uiteindelijk heeft hij besloten een bedrag van € 12.286,54 van hem terug te vorderen.
- 4.2. Verzoeker liet zich voorheen vertegenwoordigen door een gemachtigde, aan wie hij de stukken voor de dossiercontrole heeft toegestuurd. Kennelijk is het bij deze gemachtigde misgegaan, waardoor de stukken nooit bij de ziektekostenverzekeraar zijn aangekomen. Verzoeker is ermee bekend dat bij zorg verleend door een familielid het informele tarief van toepassing is. Hij heeft zich echter gemeld bij een zorginstelling waar zijn dochter werkzaam was, maar niet met de bedoeling haar als zorgverlener te krijgen. De zorginstelling heeft aan verzoeker ook niet het informele tarief in rekening gebracht. Omdat verzoeker inmiddels geen PGB vv meer ontvangt, ontvangt hij ook geen zorg meer van de zorginstelling. Zijn kinderen hebben een deel van de verzorging en de administratie overgenomen, maar dit bereikt langzamerhand zijn limiet. Verzoeker is van mening dat het geschil berust op een misverstand, waarvan hij nu de dupe wordt.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij niet bewust iets 'fout' heeft gedaan en dat hij hiervan financieel niet beter is geworden. Zo wist hij niet dat zijn dochter zorg aan hem zou gaan verlenen, laat staan dat dit zou leiden tot de onderhavige situatie. Daarnaast is het gehele PGB vv besteed aan zorg. Verder had verzoeker eerst een andere belangenbehartiger die mogelijk niet alle stukken waar de ziektekostenverzekeraar om heeft verzocht (tijdig) heeft toegestuurd. Verzoeker is verder van mening dat het niet redelijk is het gehele PGB vv terug te vorderen. Ook als sprake zou zijn van informele zorg, zou namelijk een bepaald budget zijn toegekend. Daarnaast wenst verzoeker het PGB vv voort te zetten en is hij ook in staat dit te beheren, zeker met de kennis die hij nu heeft.

Verzoeker merkt overigens nog op dat het contact in deze kwestie met de ziektekostenverzekeraar moeizaam is verlopen. Op een goed moment is een contactpersoon door de ziektekostenverzekeraar aangewezen, echter deze was telefonisch slecht te bereiken. Ook is in het kader van de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen toegezegd dat een gesprek zou worden ingepland om met elkaar om tafel te gaan en deze kwestie te bespreken. Dit is uiteindelijk niet gebeurd, zodat verzoeker zich genoodzaakt zag de onderhavige procedure te starten.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Een PGB-houder wordt geacht zelfstandig de taken en verplichtingen die hieraan zijn verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren. Een en ander is geregeld in artikel 3 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' (verder te noemen: het reglement) van de ziektekostenverzekeraar. Bij verzoeker heeft een dossiercontrole plaatsgevonden, waarbij is gebleken dat hij niet volledig aan de voorwaarden heeft voldaan. In de zorgovereenkomst en op de facturen staat geen omschrijving van de zorg, en het zorgplan is niet overgelegd. Tijdens de controle bleek voorts dat verzoeker een aantal keren zijn zorgverlener minder betaalde dan het notabedrag. Tevens zijn geen bankafschriften met een toelichting ontvangen door de ziektekostenverzekeraar. Ook ontbrak een toelichting op de bankafschriften. Als een familielid in de eerste of tweede graad de zorgverlener is, bestaat recht op het informele tarief. Zowel in het aanvraagformulier als tijdens het Bewust Keuze Gesprek is niet benoemd dat de dochter van verzoeker de zorg aan hem zou verlenen.

5.2. Als een PGB-houder niet in staat blijkt zelfstandig de taken en verplichtingen uit te voeren die zijn verbonden aan het PGB vv, leidt dit tot stopzetting van dit PGB vv. Als uit de controle blijkt dat informatie is achtergehouden en/of de budgethouder betalingen ontving waarvan hij niet kan aantonen dat deze rechtmatig zijn geweest, gaat de ziektekostenverzekeraar over tot terugvordering van die betalingen. De verzekerde krijgt de mogelijkheid informatie aan te leveren waaruit blijkt dat hij wél juist heeft gehandeld. Van verzoeker is deze informatie niet ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom aanvankelijk van hem een bedrag gevorderd van € 11.587,04. Later is dit bedrag verhoogd naar € 12.286,54.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er aanvankelijk twee gronden waren om het PGB vv te beëindigen, namelijk (i) de gebrekkige administratie en omdat (ii) bij controle is gebleken dat de dochter van verzoeker aan hem zorg heeft verleend en derhalve sprake was van informele zorg, in plaats van formele zorg. Hoewel de ziektekostenverzekeraar het een bijzondere constructie vindt, erkent hij dat de dochter van verzoeker in deze situatie zorg mocht verlenen en hiervoor het formele tarief in rekening mocht worden gebracht. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt op dit onderdeel herziet. Ook ziet hij bij nader inzien geen aanleiding het PGB vv van verzoeker terug te vorderen. Evenwel blijft de ziektekostenverzekeraar van mening dat het PGB vv terecht is beëindigd. Verzoeker heeft namelijk niet aangetoond dat hij het PGB vv kon beheren, omdat de administratie niet op orde was. Zo kon verzoeker bijvoorbeeld geen zorgplan overleggen en is aan de zorgverlener minder uitbetaald dan is gefactureerd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' 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 (i) de ziektekostenverzekeraar het PGB vv met terugwerkende kracht mocht beëindigen en of (ii) de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 12.286,54 van verzoeker mocht terugvorderen.



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 onder het kopje 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering.



- 8.3. Artikel 28 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving bestaat en luidt, voor zover hier van belang:



"In artikel 16, 17, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).



U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat. Verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar Bent u jonger dan 18 jaar? (...)



Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. (...)"



- 8.4. Artikel 2 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar bepaalt, voor zover hier van belang:



*"U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb 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 (hier valt ook de medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) onder); (...)*



*Daarnaast dient u:
3 langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, (...)"*



- 8.5. Artikel 8 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:



*"1 U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten.
In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:*

- NAW gegevens van u zelf
- NAW gegeven zorgverlener
- relatie tussen u en de zorgverlener
- looptijd van de overeenkomst
- welke zorg zal worden geleverd
- het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
- welk tarief u daarvoor zult betalen
- AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft
- ondertekening door u of uw (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener

Wij kunnen deze overeenkomst(en) bij u opvragen. Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website.

2 U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week voor de verzekerde aan werkzaamheden verrichten. Op moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, dan mag de werkweek inclusief de uren die uit het Zvw-pgb bestemd worden niet meer dan 48 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.

3 U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.

(...)

5 U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.

6 U bent verplicht om een dossier Zvw-pgb te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal 5 jaar te bewaren. Dit dossier bevat tenminste:

- a de volledige pgb-aanvraagformulierenset inclusief bijlagen, indicatie en zorgovereenkomsten,
- b facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat,
- c bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB),
- d kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties,
- e een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft.

7 U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren. (...)"

8.6. Artikel 9 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Uw Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toekenning als:

(...)

3 u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen en voorwaarden;

(...)

8 met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;


(...)


10 u de informatie die wij bij u opvragen niet, dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;

11 u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;


12 er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen; (...)"


8.7. Artikel 28 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering en het reglement van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' 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. Het PGB vv is geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.


 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

 9.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat hij afziet van de terugvordering van het PGB vv. Dit is derhalve geen onderdeel meer van geschil. Partijen blijven evenwel van mening verschillen over de vraag of de ziektekostenverzekeraar het PGB vv mocht beëindigen. Hierover overweegt de commissie het volgende.




 9.2. Uit artikel 8 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar volgt dat de PGB-houder verplicht is aan bepaalde regels te voldoen. Zo moet hij afspraken met zorgverleners vastleggen in een zorgovereenkomst en is hij verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die hij inkoop. Ook moet hij meewerken aan een dossiercontrole door de ziektekostenverzekeraar.


 9.3. Niet ter discussie staat dat de dochter van verzoeker de zorg aan hem heeft verleend, en dat dit niet is gemeld aan de ziektekostenverzekeraar. Verder vormt een gegeven dat het dossier niet compleet was en dat niet alle benodigde stukken naar de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat aan de zorgverlener lagere bedragen zijn betaald dan bij hem zijn gedeclareerd. Dit laatste is door verzoeker niet bestreden. Verzoeker heeft als verweer gevoerd dat hij een gemachtigde had die zijn zaken niet goed behartigde, waardoor niet alle stukken bij de ziektekostenverzekeraar zijn terecht gekomen. Ook wist hij van tevoren niet dat zijn dochter de zorg zou verlenen. Aangezien verzoeker volgens het reglement van de ziektekostenverzekeraar verantwoordelijk is voor het PGB vv en ook voor de zorgverleners die hij contracteert, kan hij niet met een beroep op een fout van een gemachtigde of de zorgverlener onder de op hem rustende verplichtingen uit komen. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom besluiten het PGB vv te beëindigen. Dit volgt uit artikel 9 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar.

- 
- 9.4. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, met name dat hij door de beëindiging van het PGB vv zonder zorg is komen te zitten, treft geen doel. Verzoeker had op grond van de gestelde indicatie namelijk recht op zorg in natura. Hij had zich dan ook kunnen wenden tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie met zijn zorgvraag. Hierover heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd op het moment dat aan hem is medegedeeld dat hij geen recht meer had op een PGB vv. Dat verzoeker - om hem moverende redenen - van de geboden mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt, is niet aan de ziektekostenverzekeraar te wijten.



Conclusie

- 
- 9.5. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar afziet van de terugvordering van het PGB vv. Verder bepaalt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv conform het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' heeft beëindigd. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft besloten af te zien van de terugvordering van het PGB vv, dient hij het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar gedurende de onderhavige procedure heeft verklaard af te zien van de terugvordering van het aan verzoeker verstrekte PGB vv. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv mocht beëindigen. De commissie beslist dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker moet voldoen.



Zeist, 17 april 2019



J.A.M. Strens-Meulemeester