



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis
Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), terugvordering

Zaaknummer : 201801002

Zittingsdatum : 6 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015 en 2016)

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Azivo Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Den Haag 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. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 juli 2017 aan verzoekster medegedeeld een bedrag van € 7.922,75 van haar terug te vorderen in verband met onterecht uitgekeerde bedragen in het kader van het Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (verder: PGB vv). De terugvordering ziet op de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2016.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 maart 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 19 september 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 7.922,75 niet van haar mag vorderen (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 8 november 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 november 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 november 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 november 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 6 februari 2019 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster had in de jaren 2015 en 2016 een geldige indicatie voor een PGB vv. Zij voldeed aan de voorwaarden die waren gesteld in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. In de voorwaarden staat dat verzoekster naar een verpleegkundige of verzorgende kan gaan met een minimaal opleidingsniveau 3, in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging. Verzoekster heeft haar zorg ingekocht bij een instelling die op grond van de WTZi was toegelaten voor verpleging en verzorging en verpleegkundigen en verzorgenden in dienst had die voldeden aan het vereiste opleidingsniveau. Verzoekster had een geldig zorgplan dat afliep op 18 maart 2016. De instelling heeft ook na die datum zorg aan verzoekster verleend, zonder haar erop te wijzen dat haar indicatie was verlopen. Teneinde te voorkomen dat verzoekster werd gedupeerd, had de ziektekostenverzekeraar tijdig moeten toetsen of een nieuwe indicatie was gesteld en of de zorg moest worden voortgezet.
- 4.2. Thans vordert de ziektekostenverzekeraar ook de declaraties terug van zorg die is verleend binnen de periode waarvoor de indicatie gold. Alle declaraties van een bepaalde zorgverlener worden teruggevorderd, omdat deze volgens de ziektekostenverzekeraar destijds niet werkzaam was bij de zorginstelling waar verzoekster de zorg heeft ingekocht. De instelling heeft echter urenregistraties aangeleverd die door verzoekster zijn ondertekend, omdat zij de zorg ook daadwerkelijk heeft ontvangen. Zij wist op dat moment niet dat de betreffende zorgverlener geen (arbeids)overeenkomst had met de zorginstelling.
- 4.3. Van een andere zorgverlener worden de declaraties bij verzoekster teruggevorderd op de grond dat deze medewerker niet voldoet aan het vereiste opleidingsniveau. Ook hiervoor geldt echter dat verzoekster de zorg heeft ingekocht bij de zorginstelling, en erop mocht vertrouwen dat aan haar een zorgverlener werd toegewezen die over de juiste opleiding beschikte. Dat dit anders is gebleken, kan verzoekster niet worden tegengeworpen. Verzoekster is zelf niet in staat alle medewerkers van een zorginstelling te kwalificeren op basis van hun niveau.
- 4.4. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat één van de zorgverleners zorg heeft verleend aan verzoekster op een tijdstip dat zij ook aan een andere cliënt zorg heeft verleend. Verzoekster heeft echter betaald aan deze zorgverlener, omdat zij de zorg ook heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar is gehouden de betreffende kosten te vergoeden. Omdat het een niet-gecontracteerde zorgaanbieder betreft, gaat het daarbij om een vergoeding van 75 percent.

Verzoekster is niet verantwoordelijk voor een juiste registratie van de uren en een eventuele overlap met andere cliënten.

4.5. Ter zitting is door verzoekster opgemerkt dat zij het onterecht vindt dat de ziektekostenverzekeraar een deel van de vergoedde kosten terugvordert. Verzoekster heeft zorg ontvangen van De Gouden Zorg BV. De van dit bedrijf ontvangen facturen heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de mensen die bij verzoekster de zorg hebben geleverd niet gekwalificeerd genoeg zijn. Verzoekster kan dit niet controleren. Zij heeft gezien dat De Gouden Zorg een WTZ-instelling is. Door deze certificering mag iemand ervan uitgaan dat wordt voldaan aan de regels. Dat De Gouden Zorg onjuiste rekeningen heeft gestuurd en een slechte administratie voert mag zo zijn, maar het kan niet zo zijn dat verzoekster daar nu de dupe van wordt.

De ziektekostenverzekeraar suggereert dat aan verzoekster een PGB is afgegeven. Dit is duidelijk niet het geval. Verzoekster kan namelijk helemaal geen PGB beheren. Het onderscheid dient te worden gemaakt tussen het toekennen van een PGB en het genieten van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar de fouten van de zorgaanbieder voor rekening van verzoekster te laten komen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het is de ziektekostenverzekeraar niet toegestaan een voorafgaande controle uit te voeren op zorg die wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar mag alleen controleren op algemene gegevens, zoals de AGB-code, de WTZi-toelating, prestatiecodes en tarieven, hetgeen ook is gebeurd. De controle op specifieke gegevens kan alleen achteraf plaatsvinden. Bij verzoekster is gebleken dat zorg werd gedeclareerd terwijl de indicatie al was afgelopen.

5.2. Indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is deze zelf verantwoordelijk voor de ingeschakelde zorg. De zorg dient te voldoen aan de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast moeten de tijdregistraties door de verzekerde worden afgetekend, en is deze verantwoordelijk voor het aanvragen van een nieuwe indicatie als de eerdere indicatie is verlopen. De bedragen zijn uitgekeerd aan verzoekster, en worden daarom ook van haar teruggevorderd.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat verzoekster niet wordt verdacht van fraude. Dit betekent echter niet dat de terugvordering niet juist is. Verzoekster blijft namelijk verantwoordelijk voor de afhandeling van de ingediende nota's. Zij heeft zich akkoord verklaard met de nota's en heeft deze ter declaratie ingediend. Feit is verder dat de zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Omdat er tussen De Gouden Zorg en de ziektekostenverzekeraar geen enkele contractuele relatie bestaat, kan de ziektekostenverzekeraar De Gouden Zorg nergens op aanspreken. Er loopt een strafrechtelijk dossier tegen De Gouden Zorg. Ook is de zaak ondergebracht bij de Inspectie. Indien verzoekster schade heeft geleden kan zij deze inbrengen in het strafproces.

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

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 7.922,75 van verzoekster mag 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 in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. De zorgverzekering (2015) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,*
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en*
- c. geen kraamzorg betreft. (...)*

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Azivo mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij ons Klantenservice op 070 440 24 00. (...)

De relevante passage in de voorwaarden van de zorgverzekering (2016) kent een gelijke strekking.

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

“Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een PGB vv. U komt in aanmerking voor het PGB vv als: (...)

2. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het PGB vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met*

zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;

- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van 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."*

Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar kent een vrijwel gelijke strekking.

- 8.5. Artikel 4.9 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"Uw PGB vv kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als: (...)
h. u niet het reglement PGB vv naleeft."*

Artikel 4.9 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar kent een vrijwel gelijke strekking.

- 8.6. Artikel 4.10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"Uw PGB vv eindigt met ingang van de dag waarop:
a. uw indicatie voor verpleging en verzorging eindigt; (...)"*

Artikel 4.10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar kent een vrijwel gelijke strekking.

- 8.7. Artikel 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"6.1 Als u er voor kiest om zorg in te kopen via een PGB vv, betekent dit dat u zelf overeenkomsten sluit met zorgaanbieders. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. De zorgaanbieder en u tekenen deze overeenkomst(en). Wij kunnen deze overeenkomst bij u opvragen. Een voorbeeld overeenkomst vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen. (...)
6.4 U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop. (...)"*

Artikel 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"6.1 Als u er voor kiest om zorg in te kopen via een pgb vv betekent dit dat u zelf overeenkomsten sluit met zorgverleners. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. De zorgverlener en u tekenen deze overeenkomst(en). Wij kunnen deze overeenkomst bij u opvragen. Een voorbeeld overeenkomst vindt u op onze website. (...)
6.3 U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop.
6.5 U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
6.6 U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die u inkoop met uw pgb vv. Uw zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door door u gecontracteerde zorgaanbieders. (...)"*

- 8.8. De zorgverzekering (2015 en 2016) en de artikelen 4.9, 4.10 en 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015 en 2016) van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. 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 met ingang van 1 januari 2017 geregeld in artikel 13a Zvw. Aan dit artikel is terugwerkende kracht verleend tot en met 1 januari 2015. Het PGB vv is vanaf 1 januari 2017 nader uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv. Tot 1 januari 2017 was het PGB vv niet nader uitgewerkt.
- 8.10. 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. Vast staat dat verzoekster met ingang van 1 januari 2015 een indicatie had voor Verpleging en Verzorging en dat hiervoor door de ziektekostenverzekeraar aan haar een PGB vv is toegekend. Verder vormt een gegeven dat de indicatie afliep op 18 maart 2016 en dat aansluitend geen nieuwe indicatie is gesteld door een wijkverpleegkundige. Verzoekster heeft ná deze datum nog wel zorg ontvangen van de door haar ingeschakelde niet-gecontacteerde zorginstelling, welke zorg is gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar en door hem is vergoed. Gelet op artikel 4.10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015 en 2016) van de ziektekostenverzekeraar eindigt het PGB vv op de dag waarop de indicatie voor Verpleging en Verzorging eindigt. Op deze grond was de ziektekostenverzekeraar gerechtigd het uitgekeerde PGB-budget, voor zover dit ziet op de periode ná 18 maart 2016, van verzoekster terug te vorderen. Dat de ziektekostenverzekeraar haar niet (tijdig) heeft gewaarschuwd voor het aflopen van de indicatie speelt in dit verband geen rol. Een aspect van het kunnen beheren van het PGB vv is dat betrokkene op tijd een aanvraag doet voor verlenging van de indicatie. Verzoekster heeft dit zelf nagelaten.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar is voorts overgegaan tot terugvordering van een deel van de uitgekeerde bedragen van vóór 18 maart 2016. De reden hiervan is dat één van de zorgverleners niet het juiste opleidingsniveau had, dat een andere zorgverlener op het tijdstip dat zorg aan verzoekster is verleend, ook een andere cliënt zorg heeft verleend en dat twee zorgverleners volgens hun verklaring niet in dienst waren bij de door verzoekster ingeschakelde zorginstelling. Gelet op artikel 6 van het reglement is de budgethouder verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die wordt ingekocht, alsmede voor het in overeenstemming brengen van het budget en de indicatie. Verzoekster kan daarom verantwoordelijk worden gehouden voor het ontbreken van het juiste opleidingsniveau van de ene zorgverlener, het op onjuiste wijze declareren door de andere zorgverlener, en het feit dat twee zorgverleners niet in dienst waren van de zorginstelling. Dat zij van een en ander mogelijk niet op de hoogte was, brengt hierin geen verandering. Indien verzoekster meent schade te hebben geleden doordat de door haar ingeschakelde zorginstelling nalatig is geweest ten aanzien van de inzet van gekwalificeerd (eigen) personeel onderscheidenlijk de urenregistratie, dient zij deze instelling hierop aan te spreken. Dit vormt geen onderdeel van de onderhavige procedure. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar ook dit deel van het uitgekeerde budget van verzoekster mocht terugvorderen. Verzoekster is daarom gehouden het bedrag van € 7.922,75 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 februari 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester