

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/5375

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing van 17 oktober 2023 op de klacht van:

A,
kantoorhoudende te B,
klaagster, hierna ook: de zorgverzekeraar,
gemachtigde: mr. D.A.J. Hulsbergen, werkzaam in Leiden,
tegen
C,
verpleegkundige,
destijds werkzaam te D,
verweerster, hierna ook: de verpleegkundige.

1. De zaak in het kort

1.1 De verpleegkundige is eigenaresse van de eenmanszaak E die tot april 2018 wijkverpleging en thuiszorg aanbood in de regio D. De kosten voor de geleverde zorg werden op grond van een betaalovereenkomst wijkverpleging rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft een dossieronderzoek bij E uitgevoerd in het kader van een zogeheten materiële controle. Dit onderzoek zag op het kalenderjaar 2016. Op basis van de onderzoeksbevindingen heeft de zorgverzekeraar geconcludeerd dat de verpleegkundige structureel boven de gestelde indicaties declareerde zonder dat deze indicaties voldeden aan de daaraan te stellen eisen en zonder dat bleek dat verzekerden naar aard en omvang op deze zorg waren aangewezen. Van alle declaraties over 2016 werd 98,5% als onrechtmatig beoordeeld, omdat niet kon worden vastgesteld dat de gedeclareerde zorg feitelijk en terecht werd geleverd. In dat kader maakt de zorgverzekeraar de verpleegkundige een aantal verwijten.

1.2 Het college komt tot het oordeel dat de klacht gegrond is. Het legt de verpleegkundige de maatregel van doorhaling op. Hierna licht het college deze beslissing toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 10 februari 2023.

2.2 Bij aangetekende brief van 13 maart 2023 is de verpleegkundige door de secretaris van het tuchtcollege verzocht om schriftelijk verweer te voeren. Omdat bleek dat de verpleegkundige de brief van 13 maart 2023 niet had opgehaald, is zij bij aangetekende brief van 6 april 2023 opnieuw verzocht om schriftelijk verweer te voeren. Toen na het verstrijken van de termijn niets van de verpleegkundige was vernomen is zij op 8 mei 2023 herinnerd aan het verzoek om schriftelijk verweer en is haar nogmaals een termijn geboden. Op 16 mei 2023 heeft de secretaris geprobeerd de verpleegkundige telefonisch te bereiken. Omdat dat niet lukte is de

verpleegkundige per mail verzocht om contact met het tuchtcollege op te nemen. Dat heeft zij niet gedaan. Op 25 mei 2023 is de verpleegkundige per (aangetekende) brief herinnerd aan het verzoek om verweer en aan de pogingen tot contact en is haar nog een laatste termijn geboden voor het indienen van verweer. Daarbij is aangegeven dat als niets van haar zou worden vernomen, ervan uit zou worden gegaan dat zij geen schriftelijk verweer wilde voeren. Bij controle van het uittreksel uit de Basisregistratie personen volgde dat het bij het tuchtcollege bekende adres van de verpleegkundige al die tijd juist was. Na het verstrijken van de laatste termijn heeft de secretaris partijen bij (aangetekende) brieven van 12 juni en 26 juli 2023 laten weten dat de zitting zou plaatsvinden op 5 september 2023. In de brief van 26 juli 2023 is de verpleegkundige opgeroepen om in persoon op de zitting te verschijnen op grond van artikel 67b lid van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Van die gelegenheid hebben zij geen gebruik gemaakt.

2.3 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 5 september 2023. De gemachtigde van de zorgverzekeraar is verschenen, samen met F en G (namens de zorgverzekeraar). De verpleegkundige was afwezig, zonder bericht van verhindering.

3. De feiten

3.1 Tussen de zorgverzekeraar en de verpleegkundige als eigenaresse van de eenmanszaak E was in 2016 en 2017 sprake van een betaalovereenkomst wijkverpleging. Later is de eenmanszaak opgegaan in H.

3.2 De zorgverzekeraar heeft de verpleegkundige op 21 juli 2017 geïnformeerd dat er naar aanleiding van een algemene en specifiekere risicoanalyse een materiële controle uitgevoerd zou gaan worden, waarbij het 'Specifieke Controle Plan' is gedeeld.

3.3 De (toenmalige) advocaat van de verpleegkundige heeft de zorgverzekeraar bij brief

van 16 augustus 2017 het volgende bericht (alle citaten voor zover van belang en letterlijk weergegeven):

“Cliënte heeft tijdens de voorbereiding geconstateerd dat bij de declaratie van de geleverde zorg fouten zijn gemaakt door haar financiële afdeling. Dientengevolge kan op voorhand worden vastgesteld dat er een discrepantie bestaat tussen het aantal uren aan geleverde zorg en de vergoeding die daartegenover heeft gestaan. Daar voorgenoemde ontdekking recentelijk is, kan ik u op dit moment nog niet berichten omtrent de exacte omvang. Daaromtrent zal nader onderzoek moeten worden verricht. Cliënte is momenteel intensief bezig om daarover meer inzicht te krijgen. Ik bericht u namens cliënte op voorhand omtrent deze situatie opdat er tijdens de geplande materiële controle van aanstaande donderdag daaraan speciaal aandacht kan worden besteed.”

3.4 Op 17 augustus 2017 heeft de zorgverzekeraar tijdens een locatiebezoek inzage verkregen in dossiers van enkele verzekerden waarvoor E over het jaar 2016 wijkverpleging heeft gedeclareerd. Daarnaast heeft zij inzage verkregen in de diploma's van één van de indicierend verpleegkundigen (I), die in het bezit bleek van een pedagogisch didactische bachelor.

3.5 De zorgverzekeraar heeft bij brief van 25 augustus 2017 haar voorlopige bevindingen

aan de verpleegkundige kenbaar gemaakt. Deze bevindingen hielden samengevat in dat in een aantal dossiers de indicaties niet waren gesteld door een niveau 5 verpleegkundige, zoals vereist op grond van de polisvoorwaarden. In andere dossiers

bestond onvoldoende zekerheid over de rechtmatigheid van de indicatie of ontbrak de indicatie in zijn geheel. De verpleegkundige heeft daarna aanvullende informatie aangeleverd, waaronder de indicatie die eerder ontbrak. Deze was niet ondertekend door de patiënt.

3.6 Bij brief van 5 oktober 2017 heeft de (advocaat van de) verpleegkundige verweer gevoerd tegen de bevindingen van de zorgverzekeraar. Zij stelt onder meer dat de indicerende verpleegkundige I wel aan de contractuele vereisten voldoet, onder verwijzing naar de 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' (V&VN, 2014. Hierna ook: het V&VN Normenkader). Verder merkt zij op:

“Zoals u wellicht bekend is, hebben brancheorganisaties ActiZ, BTN en beroepsvereniging V&VN een overgangperiode tot 2017 afgesproken, waarin zelfs mbo-verpleegkundigen mogen indiceren wanneer zij bezig zijn met een hbo-opleiding. Het voorgaande om het tekort aan hbo-verpleegkundige op te vangen, hetgeen een duidelijke afwijking van de hoofdregel [is]. In onderhavig geval is de indicatie gesteld door iemand met een hbo-opleiding.

Alhoewel in norm 2 van het normenkader wordt gesproken over een 'bachelor- of master- opgeleide verpleegkundige zijn er volgens het document 'Toewerken naar voldoende gekwalificeerde verpleegkundige in de wijkverpleging' meerdere opleiding[s]wegen die leiden tot een inhoudelijk vergelijkbaar niveau.”

3.7 In haar brief van 12 oktober 2017 heeft de zorgverzekeraar gereageerd dat de overgangsregeling van de brancheorganisaties slechts geldt voor zogeheten gecontracteerde zorgaanbieders. Omdat E geen contract heeft met de zorgverzekeraar, maar alleen een betaalovereenkomst, valt zij daar niet onder en zijn dus de polisvoorwaarden van toepassing. Enkel wijkverpleegkundigen met een bachelor verpleegkunde niveau 5 mogen de indicatiestelling uitvoeren, aldus de zorgverzekeraar.

3.8 De zorgverzekeraar heeft de verpleegkundige uitgenodigd voor een hoor- en wederhoorgesprek, wat de verpleegkundige op 15 november 2017 per e-mail heeft geweigerd.

3.9 Bij brief van 8 december 2017 heeft de zorgverzekeraar de verpleegkundige geïnformeerd dat de materiële controle is afgerond en de eerdere bevindingen niet meer zijn aangepast. Daarbij is de beoordeling op dossierniveau meegestuurd. Aan de verpleegkundige is onder andere kenbaar gemaakt dat de zorgdossiers onvoldoende zekerheid geven over de rechtmatigheid van de declaraties. De zorgverzekeraar heeft een totaalbedrag van € 536.259,13 als onverschuldigd betaald van E teruggevorderd.

3.10 In 2018 is H failliet verklaard. De eenmanszaak bestaat nog.

4. De klacht en de reactie van de verpleegkundige

4.1 Volgens de zorgverzekeraar heeft de verpleegkundige onjuist gehandeld, omdat zij:

1. op grote schaal zorgkosten heeft gedeclareerd, zonder dat zij beschikte over de vereiste indicatiestellingen;
2. niet beschikte over de voor vastlegging en controle van haar werkzaamheden vereiste administratie;
3. bewust en stelselmatig, zonder enige verklaring, boven de indicaties heeft gedeclareerd;
4. bewust en stelselmatig zorg heeft gedeclareerd die niet voor vergoeding onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) in aanmerking kwam.

4.2 De verpleegkundige heeft geen inhoudelijk verweer gevoerd en daarmee de door de zorgverzekeraar gestelde feiten niet betwist.

5. De overwegingen van het college

Ontvankelijkheid

5.1 De zogenoemde eerste tuchtnorm – die kort gezegd betrekking heeft op de behandelrelatie tussen een zorgverlener en een patiënt of cliënt – is hier niet van toepassing. De zogenoemde tweede tuchtnorm, neergelegd in artikel 47 lid 1, aanhef en onder b, van de Wet BIG, houdt in dat een BIG-geregistreeerde zorgverlener ook aan tuchtrecht is onderworpen ter zake van ander handelen of nalaten in strijd met wat een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt. Bij de totstandkoming van de Wet BIG is als voorbeeld van schending van de tweede tuchtnorm (Memorie van Toelichting, kamerstukken II, 1985/86, 19522, 7, p. 97) gewezen op fraude tegenover de zorgverzekeraar en is de zorgverzekeraar als klachtgerechtigde genoemd. Daarbij is overwogen dat de financiële afwikkeling tussen zorgverzekeraar en zorgverlener onderdeel is van de individuele gezondheidszorg. Bij de totstandkoming van de Wet BIG is dan ook een zorgverzekeraar als klachtgerechtigde aangemerkt. Deze klachtgerechtigdheid geldt ook voor de kwaliteit van de dossiervoering en declaratiegedrag; ook daarmee is de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg direct gemoeid. De zorgverzekeraar is daarom ontvankelijk in haar klacht. De criteria voor de beoordeling

5.2 De vraag is of de verpleegkundige heeft gehandeld in lijn met wat een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden.

5.3 De zorgverzekeraar heeft verwezen naar haar polisvoorwaarden die van toepassing zijn op de betaalovereenkomst, waarin over verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) staat opgenomen: “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 en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).”

5.4 In deze zaak gaat het om de vraag of de verpleegkundige heeft gehandeld in strijd met de professionele normen die gelden voor het declareren van geleverde zorg en verpleegkundige verslaglegging, zoals onder meer neergelegd in de ‘Regeling NR/CU-733 Verpleging en Verzorging’ van de NZa (hierna: de NZa-regeling) en de ‘Richtlijn Verpleegkundige en verzorgende verslaglegging’ van V&VN (hierna: de Richtlijn V&VN).

De inhoudelijke beoordeling

5.5 Bij de beoordeling van de klachtonderdelen moet worden getoetst of voldoende aannemelijk is dat de verweten gedragingen hebben plaatsgevonden. De zorgverzekeraar heeft eigen onderzoek gedaan en de resultaten daarvan vastgelegd in de brief van 25 augustus 2017 en de brief van 8 december 2017 met daarin de definitieve onderzoeksbevindingen, inclusief de beoordeling op dossierniveau. De zorgverzekeraar heeft met de eigen onderzoeksgegevens onderbouwd dat er door de verpleegkundige op grote schaal onrechtmatig is gedeclareerd. Het lag op de weg van de verpleegkundige om hier concreet en onderbouwd verweer te voeren. De verpleegkundige heeft enkel met haar brief van 5 oktober 2017 gereageerd op de (voorlopige) bevindingen van de zorgverzekeraar. Verder heeft zij geen inhoudelijk verweer gevoerd. Het college zal de klacht daarom beoordelen aan de hand van de door de zorgverzekeraar beschreven bevindingen en het verweer uit de brief van 5 oktober 2017 van de verpleegkundige.

1) De verpleegkundige heeft op grote schaal zorgkosten gedeclareerd, zonder dat zij beschikte over de vereiste indicatiestellingen

5.6 De verpleegkundige is als eigenaresse van de eenmanszaak eindverantwoordelijk voor de declaraties van zorgkosten. In haar brief van 5 oktober 2017 heeft de verpleegkundige enkel naar voren gebracht dat indicierend verpleegkundige I volgens haar wel voldeed aan de contractuele vereisten. De zorgverzekeraar heeft schriftelijk gereageerd op dit verweer en ook tijdens de zitting toegelicht dat de overgangsregeling waar de verpleegkundige zich op beroept, niet geldt voor zorgaanbieders waarmee slechts een betaalovereenkomst is afgesloten. De zorgverzekeraar stelt terecht dat daarom de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar en daarmee het V&VN Normenkader van toepassing is, op grond waarvan enkel wijkverpleegkundigen met een bachelor verpleegkundige niveau 5 de indicatiestelling mogen uitvoeren. I was met een pedagogisch didactische bachelor dus niet gekwalificeerd om indicaties te stellen. Bovendien komt uit de onderzoeksresultaten van de zorgverzekeraar naar voren dat de indicatie in geen enkel dossier door de verzekerde is ondertekend. De zorgverzekeraar merkt terecht op dat daarmee onduidelijk is of verzekerden kennis hebben genomen van de indicatie en of zij daarmee akkoord zijn gegaan. Daarmee voldoen de indicaties niet aan de eisen van het V&VN Normenkader.

2) De verpleegkundige beschikt niet over de voor vastlegging en controle van haar werkzaamheden vereiste administratie

5.7 Met betrekking tot de overige klachtonderdelen heeft de verpleegkundige – in het kader van het onderzoek door de zorgverzekeraar en in de onderhavige procedure – nagelaten om verweer te voeren. Na de brief van de verpleegkundige van 16 augustus 2017 voorafgaand aan de dossiercontrole – waarin zij aangeeft dat er fouten zijn gemaakt door haar financiële afdeling – ontbreekt verdere uitleg dan wel informatie over hoe de discrepantie tussen het aantal uren geleverde zorg en de vergoeding daarvoor heeft kunnen ontstaan. Het wel gevoerde verweer van 5 oktober 2017 geeft daar ook geen verklaring voor. Daarom moet van de juistheid van de onderzoeksresultaten worden uitgegaan. Op basis van de door de verpleegkundige verstrekte administratie was het voor de zorgverzekeraar niet mogelijk om vast te stellen dat de gedeclareerde zorg feitelijk is geleverd.

5.8 Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat rapportages die in de dossiers aanwezig behoorden te zijn, in zijn geheel ontbraken of niet voldeden aan de eisen zoals gesteld in de Richtlijn V&VN, omdat zij niet gericht zijn op de in het zorgplan gestelde doelen en geen informatie bieden aan de hand waarvan de zorgvraag bijgesteld zou kunnen worden. Ook wordt er geen inzicht gegeven in de gezondheidssituatie van cliënten. Daarmee komt voor het college vast te staan dat de verpleegkundige in onvoldoende mate beschikt over een deugdelijke zorgadministratie en daarom niet aan de dossierplicht voldoet, zoals neergelegd in artikel 7:454 van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, artikel 36 van de Wet marktordening gezondheidszorg, de NZa-regeling en de Richtlijn V&VN.

3) De verpleegkundige heeft bewust en stelselmatig, zonder enige verklaring, boven de indicaties gedeclareerd

5.9 Uit de onderzoeksresultaten komt verder naar voren dat de verpleegkundige structureel te ruim indiceert en dat sommige indicaties als niet passend bij de gezondheidssituatie van de cliënt moeten worden beschouwd. Voorts is gebleken dat er structureel en zonder verklaring boven de indicatie is gedeclareerd. Uit de administratie van de verpleegkundige blijkt niet dat de zorgdeclaraties terecht zijn

ingediend. De zorgverzekeraar heeft de verpleegkundige verzocht om de betreffende declaraties met aanvullende stukken te onderbouwen, maar dat heeft de verpleegkundige nagelaten. Gelet op het voorgaande is voor het college voldoende komen vast te staan dat de verpleegkundige zonder enige verklaring structureel boven de indicaties heeft gedeclareerd.

4) De verpleegkundige heeft bewust en stelselmatig zorg gedeclareerd die niet voor vergoeding onder de Zvw in aanmerking komt

5.10 Ten slotte volgt uit de onderzoeksresultaten dat de verpleegkundige zorg declareerde waarvan zij wist, dan wel behoorde te weten, dat deze niet voor vergoeding onder de Zvw in aanmerking kwam. Een deel van de gedeclareerde zorg die is verleend, viel onder de Wet maatschappelijke ondersteuning, zoals het aanreiken van maaltijden, schoonmaken en hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Dit komt onder de Zvw niet voor vergoeding in aanmerking.
Slotsom

5.11 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle onderdelen van de klacht gegrond zijn.

Maatregel

5.12 Alles overziend, vindt het college doorhaling van de inschrijving van de verpleegkundige in het BIG-register noodzakelijk. De verpleegkundige heeft over een langere periode stelselmatig onjuist gedeclareerd. Hierbij past gelet op de ernst van dit geval geen lichtere maatregel dan een doorhaling. De verpleegkundige heeft met haar (onjuiste) declaratiegedrag schade toegebracht aan het vertrouwen in de individuele gezondheidszorg (en in de beroepsgroep) door kernwaarden zoals betrouwbaarheid, zorgvuldigheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid met voeten te treden. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de kosten voor zorgverlening juist worden gedeclareerd. Bovendien heeft de zorgverzekeraar als gevolg van de onjuiste indicaties en het structureel bovenmatig indienen van declaraties bedragen vergoed die niet voor vergoeding onder de zorgverzekering in aanmerking komen.

5.13 Of de verpleegkundige nog werkzaam is in de gezondheidszorg is het college niet bekend. Door de procesopstelling van verpleegkundige heeft het college geen inzicht gekregen in de persoon van de verpleegkundige. Wel is gebleken dat haar eenmanszaak nog bestaat. Gelet op de ernst van het gedrag van de verpleegkundige en de onduidelijkheid over de situatie waarin de verpleegkundige zich bevindt, is het college van oordeel dat toepassing moet worden gegeven aan artikel 48 lid 9 van Wet BIG en zal het na te melden voorlopige voorziening treffen, nu het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg dit vordert.

5.14 Het college realiseert zich dat de genoemde maatregelen uiterst ingrijpend zijn. Het college weegt echter zwaar mee dat de verpleegkundige geen toelichting op haar handelen heeft gegeven en niet op de zitting is verschenen. Zij heeft zich niet toetsbaar opgesteld.

Publicatie

5.15 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere verpleegkundigen mogelijk iets van deze zaak kunnen leren. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht gegrond;
- beveelt de doorhaling van de inschrijving van de verpleegkundige in het register, dan

wel ontzegt de verpleegkundige, voor het geval zij op het moment van onherroepelijk worden van deze beslissing niet is ingeschreven in het register, het recht om weer in dit register te worden ingeschreven;

- schorst bij wijze van voorlopige voorziening de bevoegdheid van de verpleegkundige om de aan de inschrijving in het BIG-register verbonden bevoegdheden uit te oefenen totdat de beslissing tot doorhaling van de inschrijving onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd;

- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie, Nursing, TVZ – Verpleegkunde in praktijk en wetenschap en V&VN Magazine.

Deze beslissing is gegeven door J.T.W. van Ravenstein, voorzitter, S. Colsen, lid-jurist, E.M. Vink-de Goeij, E.M. Rozemeijer, en W.M.E. Bil, leden-beroepsgegoten, bijgestaan door R.C. Kruit, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 17 oktober 2023.