



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, niet-gecontracteerde zorgverlener, terugvordering
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 6:203 BW
Zaaknummer : 201801002
Zittingsdatum : 6 februari 2019

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

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. Verloop van de procedure


- 2.1. 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 terugvorderen (hierna: het verzoek).
- 2.2. 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.
- 2.3. Aan partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 februari 2019 gehoord.
- 2.4. Op 20 februari 2019 heeft de commissie een bindend advies uitgebracht.
- 2.5. Op 27 februari 2019 en 28 februari 2019 hebben partijen aan de commissie meegedeeld dat het bindend advies is gebaseerd op een onjuiste juridische grondslag. In het bijzonder hebben partijen erop gewezen dat verzoekster geen Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging had, maar dat aan haar Persoonlijke Verzorging is geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 2.6. Bij brief van 19 maart 2019 heeft de commissie aan partijen meegedeeld dat het bindend advies van 20 februari 2019 zal worden herzien. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren.
- 2.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 maart 2019 gereageerd. Verzoekster heeft op 29 maart 2019 gereageerd. De reacties zijn bij brief van 3 april 2019 ter kennisgeving aan de wederpartij gezonden.


3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in de jaren 2015 en 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Azivo Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Den Haag (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).


 3.2. Verzoeker had een indicatie voor Persoonlijke Verzorging in de periode van 1 januari 2015 tot en met 18 maart 2016. Zij heeft de geïndiceerde bij de Gouden Zorg B.V. afgenomen. Deze zorgaanbieder had in de genoemde periode geen overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar.

 3.3. De indicatie van verzoekster voor Persoonlijke Verzorging is op 18 maart 2016 verlopen. Aansluitend is geen nieuwe indicatie gesteld.


 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 3 oktober 2017 aan verzoekster meegedeeld dat hij van haar een bedrag van € 7.922,75 terugvordert. Dit bedrag is aan haar uitgekeerd in verband met Persoonlijke Verzorging die zij heeft ontvangen in de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2016.

 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 23 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.


 4. Bevoegdheid van de commissie


 4.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering (2015-2016) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een bindend advies uit te brengen.

 5. Geschil


 5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 7.992,40 van verzoekster mag terugvorderen.


 6. Beoordeling


 6.1. De relevante bepalingen uit het Besluit zorgverzekering (Bzv), betreffende aanspraak op verpleging en verzorging, en de daarop gebaseerde bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden (2015-2016) zijn opgenomen als bijlage bij dit bindend advies. Verder is het toepasselijke artikel uit het Burgerlijk Wetboek (BW), betreffende de onverschuldigde betaling, bijgevoegd. De bijlagen maken deel uit van het bindend advies.

 6.2. Bij de beoordeling van het geschil maakt de commissie een onderscheid tussen de terugvordering van de vergoeding die is verleend voor de zorg geleverd in de periode van 1 januari 2015 tot en met 18 maart 2016 en de periode van 19 maart 2016 tot en met 31 december 2016.













1 januari 2015 tot en met 18 maart 2016

 6.3. Verzoekster had een (geldige) indicatie voor Persoonlijke Verzorging in de periode van 1 januari 2015 tot en met 18 maart 2016. Zij heeft de geïndiceerde zorg bij De Gouden Zorg B.V. afgenomen. Deze zorgaanbieder had in de genoemde periode geen overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster recht had op de vergoeding van de kosten van de betreffende zorg.

 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat verzoekster in genoemde periode de zorg heeft ontvangen van drie zorgverleners. Verzoekster heeft de urenregistraties van deze zorgverleners ondertekend. Eén van de zorgverleners heeft verklaard dat zij nooit voor De Gouden Zorg B.V. heeft gewerkt. De vergoeding die is toegekend voor zorg die door deze zorgverlener zou zijn verleend, vordert de ziektekostenverzekeraar daarom volledig terug. De tweede zorgverlener heeft op bepaalde tijdstippen gelijktijdig zorg geleverd aan andere cliënten op verschillende locaties, hetgeen feitelijk niet mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar vordert de vergoeding die is toegekend



voor zorg die door deze zorgverlener is verleend terug, voor zover zij op dat moment ook aan andere cliënten zorg heeft verleend. De kwalificaties van de derde zorgverlener komen niet overeen met de eisen die zijn gesteld in de verzekeringsvoorwaarden. De betreffende zorgverlener is namelijk geen verzorgende of verpleegkundige met een opleidingsniveau 3 of hoger. De vergoeding die samenhangt met de zorg van deze zorgverlener vordert de ziektekostenverzekeraar om die reden volledig terug.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 6.5. Verzoekster heeft hier tegenin gebracht dat zij de zorg heeft ingekocht bij De Gouden Zorg B.V. en niet bij de afzonderlijke zorgverleners. De Gouden Zorg B.V. is een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstelling (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) en die verpleegkundigen in dienst heeft van opleidingsniveau 3 of hoger. Daarmee heeft zij zorg ingekocht bij een zorgaanbieder die voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast meent verzoekster dat zij erop mag vertrouwen dat een zorgaanbieder - die voldoet aan de in de verzekeringsvoorwaarden genoemde kwaliteitseisen - zorgverleners inzet die ook aan de kwaliteitseisen voldoen. Het is niet aan verzoekster hierop een controle uit te voeren, nog daargelaten dat zij daartoe ook niet in staat is. Eventuele tekortkomingen in de kwalificaties van de zorgverleners of ten aanzien van de door De Gouden Zorg B.V. gevoerde administratie kunnen verzoekster dan ook niet worden tegengeworpen.
- 6.6. Verzoekster heeft gekozen voor een zorgverzekering op naturabasis. Daarom is zij in beginsel aangewezen op zorg en overige diensten, verleend door een zorgaanbieder die daarvoor een overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar heeft gesloten (gecontracteerde zorg). Dit neemt niet weg dat zij zorg of overige diensten kan betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit heeft wel consequenties, onder andere ten aanzien van de hoogte van de vergoeding, de afwikkeling van de nota's en de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft Persoonlijke Verzorging betrokken bij De Gouden Zorg B.V., een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Het lag op de weg van verzoekster met deze zorgaanbieder behoorlijke afspraken te maken, met name over het aantal uren zorg, het tarief en de kwalificaties van de zorgverleners. Als sprake is van een toerekenbare tekortkoming bij de uitvoering van de overeenkomst met de zorgaanbieder kan verzoekster De Gouden Zorg B.V. hierop aanspreken. Een en ander vormt geen onderdeel van het geschil. De zorgaanbieder is hierbij immers geen partij.
- 6.7. Op pagina 45 t/m 47 van de verzekeringsvoorwaarden is onder andere bepaald dat enkel aanspraak op Persoonlijke Verzorging bestaat, als de geïndiceerde zorg wordt verleend door (i) een zorgverlener in dienst van een thuiszorginstelling en (ii) de zorgverlener minimaal opleidingsniveau 3 heeft. Vast staat dat aan verzoekster Persoonlijke Verzorging is verleend door zorgverleners die niet aan deze vereisten voldoen. Eén van de zorgverleners heeft verklaard dat zij nooit in dienst is geweest bij De Gouden Zorg B.V.. Een andere zorgverlener beschikte niet over het juiste opleidingsniveau. Verzoekster had om die reden geen recht op vergoeding van de Persoonlijke Verzorging die door deze zorgverleners is verleend. Dit betekent dat de vergoeding hiervoor onverschuldigd is betaald. De ziektekostenverzekeraar mag dit deel van de vergoeding op grond van artikel 6:203 BW van verzoekster terugvorderen. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name dat zij niet in staat is het gevorderde bedrag te betalen, maakt dit niet anders.
- 6.8. Ten aanzien van de zorg die is geleverd door een zorgverlener die ook zorg heeft gedeclareerd op dezelfde tijdstippen aan andere cliënten overweegt de commissie het volgende. Het is niet objectief vast te stellen aan wie de betreffende zorgverlener op de door de ziektekostenverzekeraar genoemde tijdstippen daadwerkelijk zorg heeft verleend. Als de zorg echter aan verzoekster is verleend, bestaat geen reden voor terugvordering van de vergoeding. De desbetreffende zorgverlener voldoet namelijk aan de kwalificaties als beschreven in de verzekeringsvoorwaarden.

Hier verdient verzoekster het voordeel van de twijfel. Het ligt namelijk op de weg van de ziektekostenverzekeraar aan te tonen dat een grondslag voor de terugvordering bestaat. Hierin is hij niet geslaagd. De ziektekostenverzekeraar mag dus de vergoeding die is betaald in verband met zorg die is geleverd door deze zorgverlener, door hem becijferd op € 202,28, niet van verzoekster terugvorderen.

- 6.9. De commissie ziet aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster dient te voldoen.

9 maart 2016 tot en met 31 december 2016

- 6.10. De indicatie van verzoekster voor Persoonlijk Verzorging is op 18 maart 2016 is verlopen. Aansluitend is geen nieuwe indicatie is gesteld. Uit de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden volgt dat verzoekster enkel aanspraak heeft op Persoonlijke Verzorging indien zij hiervoor een indicatie heeft. Nu deze indicatie ná 18 maart 2016 ontbrak, is de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar heeft toegekend vanaf genoemde datum onverschuldigd betaald. Op grond van artikel 6:203 BW mag de ziektekostenverzekeraar deze vergoeding van verzoekster terugvorderen. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, met name dat zij door haar zorgaanbieder en door de ziektekostenverzekeraar niet erop is gewezen dat zij geen (geldige) indicatie meer had voor Persoonlijke Verzorging, treft geen doel. Anders dan verzoekster veronderstelt, ligt het in haar risicosfeer ervoor zorg te dragen dat de indicatie voor Persoonlijke Verzorging tijdig wordt verlengd. De indicatie wordt overigens altijd voor een bepaalde tijd gesteld.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:

1. De ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 202,28 niet van verzoekster mag terugvorderen, zodat zijn vordering op verzoekster wordt verlaagd van € 7.992,40 naar € 7.720,47.
2. De ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet voldoen.

Zeist, 1 mei 2019,

G.R.J. de Groot

Verwijzing

U heeft alleen recht op vervoer per ambulance als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of arts voor verstandelijk gehandicapten. U heeft alleen recht op vervoer per helikopter als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) of een centrum voor neonatale en kinderchirurgische intensieve zorg. Voor spoedeisend vervoer heeft u geen verwijzing nodig.

Indicatie

Het vervoer moet geïndiceerd zijn door de behandelend arts.

i Let op

- Het recht op ambulancevervoer is beperkt tot een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis.
- Indien Azivo u toestemming geeft naar een bepaalde persoon of instelling te gaan, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
- U heeft geen recht op ambulancevervoer in verband met zorg gedurende een dagdeel in een AWBZ- of Wlz-instelling.

Verpleging en verzorging

(wijkverpleegkundige zorg en medisch specialistische verpleging thuis)

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving. Wijkverpleegkundige zorg is per 1 januari 2015 overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Basisverzekering.

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.

Jonger dan 18 jaar

Als u nog geen 18 jaar bent heeft u alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij

- a. er sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- b. er 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met 1 of meer specifieke verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld het toedienen van zuurstof).

i Let op

U heeft geen recht op verpleging en verzorging als u al vanuit de Wet langdurige zorg verpleging en verzorging ontvangt.

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 onze Klantenservice op 070 440 24 00.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

Azivo heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen.

Op www.azivo.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Azivo een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 070 440 24 00.

In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie met een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. Dit zorgplan moet opgesteld zijn door een wijkverpleegkundige niveau 5 en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:

- Omvang verpleegkundige handeling.
- Frequentie verpleegkundige handeling.
- Duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum).

Toestemming

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft dan moet Azivo u daar vooraf schriftelijk toestemming voor hebben gegeven.

Overgangsrecht

Als u op 31 december 2014 recht had op verpleging en verzorging op grond van een geldig indicatiebesluit AWBZ waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken, dan blijft u hierop recht houden tot het einde van de indicatie of – als dat eerder is – tot uiterlijk 31 december 2015. U mag de

zorg blijven ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Als deze zorgaanbieder geen overeenkomst heeft met Azivo is de vergoeding het bedrag van de nota tot een maximum van 100% van het tarief dat Azivo gemiddeld voor verpleging en verzorging heeft gecontracteerd.

Voorwaardelijke toelating

Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

Voor het jaar 2015 is voorwaardelijk toegelaten:

- a. behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken,
- b. behandeling van therapieresistente hypertensie (hoge bloeddruk waarbij de standaardbehandeling niet voldoende effectief is) met toepassing van percutane renale denervatie,
- c. behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose,
- d. het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn.

De zorg onder a, b, c en d is alleen verzekerd als u deelneemt aan:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt betaald, of
- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 1. u behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek, of
 2. u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
 3. u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

Voor 2015 is ook de behandeling van:

- e. een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysie voorwaardelijk toegelaten. Deze behandeling is alleen verzekerd als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)", of als u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:
 1. u, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek, of
 2. u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
 3. u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

Let op

Er geldt een overgangsbepaling voor de vormen van zorg genoemd onder a, b en e. Ontving u op 31 december 2013 de zorg genoemd onder a, b of e en neemt u niet deel aan het onderzoek wat onder a, b of e genoemd wordt maar voldoet u wel aan de voorwaarden die op 31 december 2013

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

- 1 Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
- 2 Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
- 3 Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.