

KAMER VAN EERSTE AANLEG
BESLISSING d.d. 21/08/23
Algemeen rolnummer: NA-011-21
2016-XXXXXX-G-XX-XXX-00002
A.R.: 18/23

Betreft:

Riziv-Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (verder afgekort: DGEC), openbare instelling van sociale zekerheid met zetel te 1210 Brussel, Galileelaan, 5/01 met KBO-nummer.: 0206.653.946

eiser, voor wie zijn verschenen, mevrouw C..., verpleegkundige-controleur en de heer D..., jurist, ambtenaren bij eiser.

Tegen

Mevrouw **A...**, verpleegkundige, wonend te XXXX, XXXX met als Riziv-nummer: 4XXXXXXXX XXX

Verweerster, met als raadsman Mr. **B...**, advocaat te XXXX, XXXX.

Op de openbare terechtzitting van 16 januari 2023 heeft geen enkele partij de toepassing gevraagd van artikel 18, § 2, tweede lid van het Koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamer van eerste aanleg en van de Kamer van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riziv.

1. Retroacten

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- Verzoekschrift van eiser van 10.11.2021, neergelegd op de griffie van de Kamer van eerste aanleg op 10.11.2021.
- Conclusies van verweerster van 17.02.2022, ontvangen op de griffie van de Kamer van eerste aanleg op 17.02.2022.
- Replikconclusies van eiser van 13.05.2022, neergelegd op de griffie van de Kamer van eerste aanleg op 13.05.2022.

- Aanvullende conclusies van verweerster van 15.06.2022, ontvangen op de griffie van de Kamer van eerste aanleg op 15.06.2022.
- Stavingstukken van eiser van 15.06.22, neergelegd op de griffie van de Kamer van eerste aanleg op 15.06.2022
- Vaststelling van rechtsdag op 16.01.2023

Gehoord op de zitting van 16 januari 2023

- de heer D... en mevrouw C... namens eiser.
- Meester B... en A... namens verweerster.

De debatten worden gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 21 augustus 2023, eerste nuttige zitting van de Kamer van eerste aanleg..

2. Uiteenzetting van de feiten

Aan mevrouw A... worden de volgende inbreuken ten laste gelegd:

Mevrouw A... uit de XXXX te XXXX, met het Rizivnummer 4XXXXXXX XXX; heeft voor de periode van 01/01/2016 (invoerdatum vanaf 31/01/2016) tot en met 31/06/2018 globale getuigschriften voor verstrekte hulp opgesteld of laten opstellen voor verpleegkundige verstrekkingen die niet voldeden aan de voorwaarden voorzien in de wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen of in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens dezelfde wet.

Aldus werden onterecht verstrekkingen aangerekend aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Inbreuk 1: Het opstellen/laten opstellen, afleveren/laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen, terwijl de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd

Wettelijke en reglementaire basis:

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 :

Art. 73 bis, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 :

Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1 :

*1° reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren **wanneer de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd** of wanneer zij werden verleend of afgeleverd gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep;*

Het betreft de nomenclatuurnummers 424491, 425412, 425515 en 425670.

Ten laste gelegd:

Bij 2 verzekerden, wonende op één adres, werden in de periode van 01/04/2016 tot en met 02/12/2017 278 niet uitgevoerde weekendverstrekkingen ten onrechte geattesteerd.

De onterechte uitgave voor de ziekteverzekering voor het geheel van de verstrekkingen als inbreuk weerhouden bedroeg 2.368,16 euro.

Inbreuk 2 : Het opstellen/laten opstellen, afleveren/laten afleveren van reglementaire documenten terwijl de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden voorzien in de wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen of in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens dezelfde wet;

Wettelijke basis :

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 :

Art. 73bis. van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 :

Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1 :

...

2° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet ;

Inbreuk 2.1. : De opgevraagde verpleegdossiers bevatten niet de minimale inhoud zoals omschreven in de nomenclatuur, artikel 8, §4, 2°:

Reglementaire basis:

"**AFDELING 4.** - Verzorging verleend door gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden."

"**Art. 8.**

...

"**§ 3.** Er zijn geen honoraria verschuldigd :

...

"5° wanneer het verpleegdossier, vermeld in dit artikel, niet bestaat of indien de minimale inhoud, omschreven in § 4, 2° van dit artikel, niet vermeld is in dat dossier."

"**§ 4.** Nadere bepalingen inzake de in rubriek I van § 1, 1°, 2°, 3°, 3° bis en 4° bedoelde verstrekkingen :

...

"2° De minimale inhoud van het verpleegdossier omvat tenminste :

- de identificatiegegevens van de rechthebbende;
 - de evaluatieschaal bedoeld in § 5, voor zover de nomenclatuur zulks vereist;
 - de inhoud van het voorschrift als bedoeld in § 2 (kopie van het voorschrift of omschrijving als het om een geautomatiseerd dossier gaat), voor zover de nomenclatuur zulks vereist;
 - de identificatiegegevens van de voorschrijver, voor zover de nomenclatuur zulks vereist;
 - alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend worden;"
- "- de identificatie van de beoefenaars van de verpleegkunde die deze verzorging hebben verleend;"
- "- de vermelding inzake continëntie bedoeld in § 6, 4°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist."

"Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging technische verstrekkingen, omschreven in rubriek I, B, van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4° van dit artikel, omvat, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in het eerste lid van deze bepaling ook :"

- "- de planning van de verzorging;
- de evaluatie van de verzorging.

De relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het vorige lid moeten minimaal om de twee maanden worden opgenomen in het verpleegdossier."

"Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging complexe wondzorg, omschreven in § 8, 1° van dit artikel, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten, omschreven in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook :"

- "- het specifiek wondzorgdossier bedoeld in § 8, 5°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist.

Voor de in het vierde lid bedoelde gevallen, moeten in afwijking van het derde lid, de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal om de twee weken worden opgenomen in het verpleegdossier."

"Indien de verpleegkundige verzorging verleend aan de rechthebbende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen, omschreven in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis van dit artikel, of specifieke wondzorg, omschreven in § 8, 1° van dit artikel, of andere verstrekkingen, omschreven in § 1, 1° V, VI en VII en § 1, 2°, V en VI, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten, omschreven in rubriek IV van § 1, 1° en 2° van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook :"

"- de specifieke elementen voor deze verstrekkingen die bepaald zijn in dit artikel.

Voor de in het zesde lid bedoelde gevallen en met uitzondering van de verstrekkingen in § 1, 1°, VI en VII en § 1, 2°, VI, moeten in afwijking van het derde lid, de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal wekelijks worden opgenomen in het verpleegdossier.

Voor deze paragraaf is een week een periode van maandag 0 uur tot zondag 24 uur.

De planning en evaluatie van de verzorging dient inhoudelijk te beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd.

De opmaak van het verpleegdossier is niet gebonden aan vormvereisten (mag eventueel een geautomatiseerd bestand zijn).

Onverminderd de bewaringstermijnen die door andere wetgevingen zijn opgelegd, moet het verpleegdossier gedurende ten minste vijf jaar worden bewaard."

"Indien het verpleegdossier van eenzelfde rechthebbende door verschillende beoefenaars van de verpleegkunde samen wordt bijgehouden, is elke beoefenaar van de verpleegkunde verantwoordelijk voor het bijhouden van de elementen uit het dossier die verband houden met de door hem verleende verzorging."

Richtlijn (23 mei 2011) met betrekking tot de inhoud van de planning en evaluatie

"De zorgplanning omvat minimaal de frequentie van de diverse verpleegkundige handelingen die uitgevoerd moeten worden, inclusief het aanbevolen tijdstip. Waar nodig worden extra instructies in functie van de aanpassing van de zorg aan het individu vermeld. Een planning van een vorige periode kan worden bevestigd of verlengd, bijgestuurd of beëindigd.

De evaluatie van de verstrekte zorg gebeurt op basis van vastgelegde observaties. Deze observaties worden op het moment van de zorguitvoering geregistreerd. Het is belangrijk hierbij ook de noodzakelijke observaties vast te leggen die de verpleegkundige toelaat scores toe te kennen in de diverse items van de evaluatieschalen inzake afhankelijkheid die gebruikt worden. De evaluatie van de zorg resulteert in de bevestiging of verlenging, bijsturing of het beëindigen van de planning van de zorgverlening of het herzien van de problemen van de patiënt."

Volgende verstrekkingen werden ten laste gelegd:

Alle verstrekkingen voor de verzekerden waarvan het verpleegdossier, binnen een steekproef opgevraagd, niet voldeden aan de bepalingen omschreven in de nomenclatuur. Dit werd materieel vastgesteld.

Ten representatieve titel werd de ten laste gelegde periode beperkt van 01/01/2016 t.e.m. 31/03/2016

De ten laste gelegde verpleegdossiers omvatten niet de minimale inhoud, omschreven in de nomenclatuur, betreffende:

- alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend worden
en/of
- de identificatie van de beoefenaars van de verpleegkunde die deze verzorging hebben verleend
en/of
- de frequentie van de opgenomen relevante elementen betreffende de planning van de verzorging
en/of
- de frequentie van de opgenomen relevante elementen betreffende de evaluatie van de verzorging
en/of
- de planning en evaluatie van de verzorging dient inhoudelijk te beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd.
en/of
- onverminderd de bewaringstermijnen die door andere wetgevingen zijn opgelegd, moet het verpleegdossier gedurende ten minste vijf jaar worden bewaard.

Ten laste gelegd:

Bij 16 verzekerden werden in de periode van 01/01/2016 tot en met 31/03/2016 2031 verstrekkingen ten onrechte geattesteerd.

De onterechte uitgave voor de ziekteverzekering voor het geheel van de verstrekkingen als inbreuk weerhouden bedroeg 21.174,09 euro.

Inbreuk 2.2. : De aangerekende wondzorg voldeed niet aan de voorwaarden opgenomen in de nomenclatuur

- **Het voorschrift was niet aanwezig en/of**
- **Het voorschrift was niet conform de bepalingen in artikel 8 van de nomenclatuur en/of**
- **Er werd wondzorg aangerekend voor een niet-aanrekenbare verstrekking**

Reglementaire basis:

AFDELING 4. - Verzorging verleend door gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden.

Art. 8. § 1. De volgende verstrekkingen worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming van gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten / ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden, hierna beoefenaars van de

verpleegkunde genoemd (W), vereist is. Voor de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3° bis is evenwel de bekwaming van gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet vereist.

1° . Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende.

I. Verpleegkundige verzorgingszitting.

A. Basisverstrekking.

425014 Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag W 0,879

425036 Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag W 0,879

...

B. Technische verpleegkundige verstrekkingen."

...

424336 Eenvoudige wondzorg met uitzondering van de
verstrekkingen die vallen onder de codenummers 424255,
424270, 424292, 424314 en 424933 W 1,459
"

424351 Complexe wondzorg W 1,759
"

424373 Specifieke wondzorg W 2,9

...

2° Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekeind of op een feestdag.

I. Verpleegkundige verzorgingszitting.

A. Basisverstrekking."

425412 Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag W 1,206

425434 Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag W 1,206

...

B. Technische verpleegkundige verstrekkingen.

...

424491 Eenvoudige wondzorg met uitzondering van de
verstrekkingen die vallen onder de codenummers 424410,
424432, 424454, 424476 en 424955 W 2,189

§ 8. Nadere bepalingen inzake wondzorg (verstrekkingen 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 424336, 424351, 424373, 424395, 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 424491, 424513, 424535, 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 424631, 424653, 424675, 424690, 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 427932, 427954, 427976, 427991, 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 424793, 424815, 424830 en 424852) :

1° Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder:

- "eenvoudige wondzorg" : alle wondzorg die niet valt onder de begrippen "complexe wondzorg" of "specifieke wondzorg", inzonderheid het aanbrengen van een verband op een eenvoudige wonde en het verwijderen van draadjes of nietjes;
- "complexe wondzorg" : het verzorgen van:
 - wonde(n) met drain met/zonder aspiratie;
 - wonde(n) met wick en/of irrigatie;
 - wonde(n) met stift of uitwendige fixateur;
 - twee of meer eenvoudige wonden;
 - tweede -of derdegraadsbrandwonde(n), ulcus/ulcera, ent(en), doorligwonde(n) met een oppervlakte van minder dan 60 cm²;
 - stoma(ta) na colostomie, gastrostomie, ileostomie, cystostomie, ureterostomie of tracheostomie.
- " specifieke wondzorg":
 - het verzorgen van tweede- of derdegraads brandwonde(n) of ent(en) met een oppervlakte van 60 cm² of méér;
 - het verzorgen van een ulcus of ulcera met een oppervlakte van 60 cm² of méér;
 - het verzorgen van diepe doorligwonde(n) die de pezen en de beenderen aantasten;
 - het debrideren van doorligwonde(n)."

...

Wondzorg die door de rechthebbende zelf of door de mantelzorg kan worden uitgevoerd, of die aan de rechthebbende of aan de mantelzorg kan worden aangeleerd, mag niet worden aangerekend.

...

3° Voor zover de verstrekkingen 424270, 424432, 424572, 427851 en 424734 het aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product omvatten, mogen zij slechts geattesteerd worden bij verzorging van de volgende huidaandoeningen:"

- "- zona;
 - eczema;
 - psoriasis;
 - wratten;
 - dermatomycoses;
 - andere huidletsels die volgens de voorschrijvend geneesheer een uitvoerige eenvoudige wondzorg rechtvaardigen.
- Zij mogen niet worden geattesteerd voor het aanbrengen van een hydraterende zalf om doorligwonden te voorkomen.

...

8° De verstrekkingen 424255, 424410, 424550, 427836, 424712, 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910 en 424992

mogen tijdens een zelfde zitting niet gecumuleerd worden met enige andere verstrekking van dit artikel, behoudens een basisverstrekking.

De verstrekkingen 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954 en 424815 mogen tijdens een zelfde zitting niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 424395, 424690, 427991 of 424852.

Indien tijdens een zelfde zitting verschillende verstrekkingen 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 424373, 424535, 424675, 427976 en/of 424830 verleend worden, mag de beoefenaar van de verpleegkunde enkel de verstrekking met het hoogste tarief aanrekenen."

...

Ten laste gelegd:

Bij 31 verzekerden (28 uit de lijst van opgevraagde voorschriften; 3 uit de lijst met opgevraagde volledige verpleegdossiers) werden in de periode van 01/04/2016 tot en met 31/03/2018 8.565 verstrekkingen ten onrechte geattesteerd.

Het aangerekende bedrag is 45.321,94 euro waarvan reeds 384 euro werd ten laste gelegd als zijnde niet uitgevoerd.

De verschilregel is niet van toepassing.

De onterechte uitgave voor de ziekteverzekering voor het geheel van de verstrekkingen als inbreuk weerhouden bedroeg 44.937,94 euro, rekening houdende met de overlapping.

Inbreuk 2.3. : De afhankelijkheidscriteria werden overschat

Reglementaire basis:

"**AFDELING 4.** - Verzorging verleend door gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden."

"**Art. 8. § 1.** De volgende verstrekkingen worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming van gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten / ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden, hierna beoefenaars van de verpleegkunde genoemd (W), vereist is. Voor de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3° bis is evenwel de bekwaming van gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet vereist."

"1° . Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende.

I. Verpleegkundige verzorgingszitting.

A. Basisverstrekking.

425014	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	0,879
--------	--	---	-------

...

B. Technische verpleegkundige verstrekkingen."

425110	Hygiënische verzorging (toiletten)	W	1,167
...			
...			

"II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten."

425272	Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4)	\	W 3,825 "
--------	---	---	-----------

425294	Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek (score 3 of 4), en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	\	W 7,371 "
--------	--	---	-----------

425316	Forfaitair honorarium, forfait C genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen (score 4) en het criterium zich kleden (score 4) en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4) en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3)	W	10,083
--------	---	---	--------

"2° Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekeind of op een feestdag.

I. Verpleegkundige verzorgingszitting.

A. Basisverstrekking."

425412	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	1,206
--------	--	---	-------

...

"B. Technische verpleegkundige verstrekkingen."

425515	Hygiënische verzorging (toiletten)	\W	1,754
--------	------------------------------------	----	-------

...

"II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten."

425670	Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4).	W 5,710
425692	Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek (score 3 of 4), en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	W 10,944
425714	Forfaitair honorarium, forfait C genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijk wegens het criterium zich wassen (score 4) en het criterium zich kleden (score 4) en - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4) en - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3)	W 15,017 "

...

"§ 5. Nadere bepalingen inzake de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°:"

"1° De fysieke afhankelijkheidstoestand, bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°, wordt geëvalueerd op basis van de hierna vermelde evaluatieschaal :"

"a) Zich wassen :

- (1) Kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp;
- (2) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel;
- (3) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel;
- (4) Moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel.

b) Zich kleden:

- (1) Kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp;
- (2) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters);
- (3) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel;
- (4) Moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel."

"c) Transfer en verplaatsingen:

- (1) Is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden;
- (2) Is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel, ...);
- (3) Heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen;
- (4) Is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen.

"d) Toiletbezoek

- (1) Kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen;
- (2) Heeft hulp nodig voor één van de drie items : zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen;
- (3) Heeft hulp nodig voor twee van de drie items : zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen;
- (4) Heeft hulp nodig voor de drie items : zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen"

"e) Continentie :

- (1) Is continent voor urine en faeces;
- (2) Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars);
- (3) Is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces;
- (4) Is incontinent voor urine en faeces.

f) Eten :

- (1) Kan alleen eten en drinken;
- (2) Heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken;
- (3) Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken;
- (4) De patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken."

...

"3° De forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis, en in rubriek IV van § 1, 1° en 2° mogen slechts worden aangerekend mits aan volgende voorwaarden wordt voldaan :"

...

"b) de beoefenaar van de verpleegkunde houdt een dossier bij dat voldoet aan de bepalingen van § 4, 2° ;"

"c) voor elk aangerekend forfait moeten, benevens het nomenclatuurnummer van het forfait, meerdere van de volgende pseudocodenummers worden vermeld die overeenstemmen met de verstrekkingen die tijdens de verzorgingsdag zijn verleend:"

Verstrekking	Pseudo-code	Aantal	RIZIV- nr. Verstrekker
1 ^{ste} basisverstrekking	426635		
2 ^e basisverstrekking	426650		
...			
425110, 425515, 425913 of 427755	426731		

...
 "4° Het forfaitair honorarium bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis, en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°, wordt geattesteerd door de beoefenaar van de verpleegkunde die de eerste verstrekking van de verzorgingsdag verleent."

...
 "§ 6. Nadere bepalingen inzake de toiletten (verstrekkingen 425110, 425515, 425913 en 427755) :"

"1° Enkel de toiletten uitgevoerd bij rechthebbenden die ten minste score 2 behalen op het criterium « zich wassen » van de evaluatieschaal bedoeld in § 5, 1°, mogen worden aangerekend."

"2° De verstrekkingen 425110, 425515, 425913 of 427755 verricht bij rechthebbenden die niet beantwoorden aan de criteria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° of 3°bis, en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°, mogen slechts éénmaal per verzorgingsdag aangerekend worden."

"3° Bij rechthebbenden die minstens score 2 behalen op het criterium « zich wassen » van de evaluatieschaal bedoeld in § 5, 1° :

- mogen maximum twee toiletten per week aangerekend worden (425110, 425913 of 427755);
- mag geen toilet 425515 aangerekend worden."

"4° Voor de rechthebbenden:

- die scores van minimum 2 behalen voor de criteria "zich wassen" en "zich kleden" en een score van minimum 2 voor het criterium "continentie" als gevolg van de combinatie van nachtelijke urine-incontinentie en occasionele urine-incontinentie overdag of een score 3 of 4 voor het criterium "continentie" van de bedoelde evaluatieschaal, mag één toilet per dag worden aangerekend. In geval van de combinatie van nachtelijke urine-incontinentie en occasionele urine-incontinentie overdag wordt de observatie van die problematiek vermeld in het verpleegdossier en wordt de overeenkomstige verklaring op het formulier omschreven in § 7 aangekruist."

"- Die scores van minimum 2 behalen voor de criteria "zich wassen en zich kleden" van de bedoelde evaluatieschaal en die, op grond van een geneeskundig getuigschrift, door de behandelend geneesheer opgemaakt overeenkomstig het model dat op voorstel van de Overeenkomstencommissie is vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, kunnen worden beschouwd als gedesoriënteerd in tijd en ruimte, mag één toilet per dag worden aangerekend;

- Die scores van 4 behalen voor de criteria "zich wassen en zich kleden" van de bedoelde evaluatieschaal, mag één toilet per dag worden aangerekend."

"5° Zelfs indien de hygiënische verzorging door een geneesheer werd voorgeschreven, mag zij slechts aangerekend worden indien de beoefenaar van de verpleegkunde vaststelt dat de rechthebbende beantwoordt aan de voor de betrokken verstrekking vereiste graad van afhankelijkheid."

...

Ten laste gelegd:

Bij 5 verzekerden werden in de periode van 01/04/2016 tot en met 30/06/2018 3.850 verstrekkingen ten onrechte geattesteerd.

Het aangerekende bedrag is 29.389,95 euro.

Het aanrekenbaar bedrag is 12.206,76 euro.

Reeds ten laste gelegd als zijnde niet uitgevoerd: 713,37 euro.

De onterechte uitgave voor de ziekteverzekering voor het geheel van de verstrekkingen als inbreuk weerhouden bedroeg € 16.469,82- euro, rekening houdende met de overlapping.

Beoordeling

2.1 Beoordeling van de ontvankelijkheid

De vordering werd door de DGEC tijdig en regelmatig naar de vorm neergelegd.

De vordering is ontvankelijk.

2.2 Beoordeling van de gegrondheid.

Voorafgaand: de bewijslast

De *subjectieve bewijslast* heeft betrekking op de vraag wie het bewijs dient te leveren. Door geen van de partijen in deze zaak wordt ontkend dat de subjectieve bewijslast bij de DGEC berust. Zowel wat de opgelegde herstelmaatregelen, als wat de opgelegde administratieve sancties betreft, en ongeacht of de vordering voor de Kamer van eerste aanleg is ingeleid door de DGEC zelf of door een zorgverlener, is het de DGEC die principieel, bij betwisting, moet bewijzen dat de tenlasteleggingen die de herstelmaatregelen en/of de administratieve sancties rechtvaardigen, voldoende naar recht bewezen zijn.

De regel inzake de subjectieve bewijslast van de DGEC duidt dan ook eerder aan dat de DGEC het bewijsrisico draagt bij een beroep tegen haar administratieve beslissingen, met andere woorden dat de stelling van de DGEC zal worden afgewezen wanneer de

Kamer van eerste aanleg, na alle voor haar aangebrachte elementen te hebben gewogen, toch oordeelt dat er twijfel blijft bestaan over de stelling van de DGEC.¹

De *objectieve bewijslast* heeft betrekking op de vraag wat moet bewezen worden.

Om de gegrondheid van een aanspraak te bewijzen, moet de DGEC alle feitelijke elementen bewijzen waarop de tenlastelegging gesteund is. Enkel de betwiste feiten moeten worden bewezen.

Op de vraag *hoe* de DGEC de tenlasteleggingen kan bewijzen (problematiek van de bewijsmiddelen), is het antwoord: met alle middelen van recht, dit wil zeggen met alle bewijsmiddelen die door de wet worden aangeduid als toegelaten bewijsmiddelen voor het bewijs van een welbepaald 'feit'.²

De *bewijswaarde* van een bewijsmiddel is de geloofwaardigheid die de Kamer van eerste aanleg eraan kan hechten volgens haar eigen overtuiging. Sommige bewijsmiddelen hebben een wettelijke of verplichte bewijswaarde die de Kamer van eerste aanleg verplicht er de wettelijk bepaalde waarde aan te geven (zoals de akten en de gerechtelijke bekentenis). Andere bewijsmiddelen, zoals de verklaringen afgelegd in deze zaak door de sociaal verzekerden, de hulpverlener zelf en zijn of haar collega's, hebben een vrije bewijswaarde, dit wil zeggen dat de Kamer van eerste aanleg deze zelf waardeert en dus zelf vrij beslist in welke mate zij er een bewijswaarde aan toekent of niet (voor zover uiteraard, zij de bewijskracht ervan niet schendt). De verklaringen die worden afgelegd in het kader van een verhoor genieten, wat hun waarachtigheid betreft, niet van een bijzondere bewijswaarde.

Beoordeling van de tenlasteleggingen

4.2.2.1 De eerste tenlastelegging (realiteitsinbreuken)

In de eerste tenlastelegging wordt mevrouw A... verweten dat zij voor twee verzekerden, wonend op één adres, in de periode van 01/04/2016 tot en met 02/12/2017 **278** niet uitgevoerde weekendverstrekingen ten onrechte zou hebben geattesteerd.

De onterechte uitgave voor de ziekteverzekering voor het geheel van de verstrekingen als inbreuk weerhouden bedraagt volgens de DGEC **2.368,16 euro**.

¹ Indien een persoon een rechterlijk beroep instelt tegen een beslissing van de DGEC, waarbij een administratieve sanctie werd opgelegd, speelt overeenkomstig artikel 6.2 EVRM in dat verband ook nog het vermoeden van onschuld. Eenieder die wegens een strafbaar feit wordt vervolgd, wordt voor onschuldig gehouden totdat zijn schuld volgens de wet als bewezen geldt. Elke twijfel komt de verdachte dus hoe dan ook ten goede wanneer hij een beroep instelt tegen een beslissing van de DGEC waarbij een administratieve sanctie wordt opgelegd.

² RvS 8 juli 2016, nr. 235.399.

Standpunt van partijen

Standpunt van de DGEC

De DGEC houdt voor dat de verklaringen van deze twee verzekerden (mevrouw E... en de heer F...) telkens werden afgelegd in het bijzijn van de dochter, resp. echtgenote van de sociaal verzekerden, die de verklaringen bevestigde. Mevrouw E... getuigde, ondanks haar hoge leeftijd, van een uitzonderlijk alert en goed geheugen aldus de DGEC. Beide sociaal verzekerden hebben volgens de DGEC geen enkel belang om verklaringen af te leggen die niet met de werkelijkheid stroken. De verklaring van de verpleegkundigen, mevrouw A... en mevrouw G..., kan wel ingegeven zijn door een financieel belang. Uit de verklaring van verpleegkundige H... blijkt dat mevrouw E... haar ook altijd zegt dat ze in het weekend zelf maar een 'kattenwasje' doet. Deze verklaring strookt met de tenlastelegging van de DGEC in verband met de niet uitgevoerde zorgen. Ook de verpleegkundigen I... en F... bevestigden de verklaringen van de sociaal verzekerden.

Standpunt van mevrouw A...

Mevrouw A... stelt dat de verklaringen van de sociaal verzekerden mevrouw E... en de heer F... niet voldoende objectief zijn, en houdt voor dat nergens uit blijkt dat aan deze verklaringen meer geloof of waarde moet worden gehecht dan aan haar eigen verklaring. Zij stelt ook dat de verklaringen van haar collega's verpleegkundige I... en verpleegkundige H... haar eigen verklaringen en de verklaringen van verpleegkundige G... op zichzelf niet tegenspreken, zodat er gereede twijfel is die in haar voordeel moet worden uitgelegd.

Beoordeling ten gronde

Zoals hierboven uiteengezet, beoordeelt de Kamer van eerste aanleg op onaantastbare wijze in feite de bewijswaarde van de haar voorgelegde gegevens waarop zij haar overtuiging grondt. Het bepalen van de ware toedracht van de feiten behoort tot de persoonlijke, subjectieve overtuiging van de Kamer van eerste aanleg.

Welnu, uit de stukken van het dossier, in het bijzonder de verklaringen van mevrouw E... en de heer F... en de verklaringen van verpleegkundige I... en verpleegkundige H... blijkt de juistheid van het beweerde onder tenlastelegging 1.

Zorgen worden slechts vergoed als ze worden verleend. Worden ze niet verleend, dan is er geen recht op vergoeding. Ook zorgen die door familieleden worden verstrekt, worden niet vergoed.

Meestal heeft een zorgverlener de sympathie van de verzekerde. Als twee sociaal verzekerden desalniettemin met elkaar in ruimte en tijd overeenstemmende gedetailleerde verklaringen afleggen in het nadeel van de betrokken zorgverlener, verklaringen die dan ook nog eens worden bevestigd door twee collega's van deze zorgverlener, zonder daar overigens zélf enig voordeel bij te hebben, kunnen deze verklaringen moeilijk ter zijde worden geschoven als 'ook maar een mening', zonder daar overtuigende elementen tegenover te plaatsen, zoals hier het geval is.

Hoewel het inderdaad zo is dat twijfel in het voordeel van de zorgverlener moet worden uitgelegd, is hier geen enkele vorm van twijfel aanwezig bij de Kamer van eerste aanleg.

De Kamer van eerste aanleg acht de eerste tenlastelegging voldoende overtuigend naar recht bewezen.

4.2.2.2 De tweede tenlastelegging (conformiteitsinbreuken)

In de tweede tenlastelegging wordt mevrouw A... het volgende verweten: Het opstellen/laten opstellen, afleveren/laten afleveren van reglementaire documenten terwijl de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden voorzien in de wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen of in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens dezelfde wet.

Door de DGEC werden de volgende drie inbreuken weerhouden:

De eerste inbreuk (tenlastelegging 2.1)

Volgens de DGEC bevatten de door haar opgevraagde verpleegdossiers niet de minimale inhoud zoals omschreven in de nomenclatuur, artikel 8, §4, 2°. Ten representatieve titel werd de ten laste gelegde periode beperkt van 01/01/2016 t.e.m. 31/03/2016. De ten laste gelegde verpleegdossiers omvatten niet de minimale inhoud, omschreven in de nomenclatuur, betreffende: - alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend worden en/of - de identificatie van de beoefenaars van de verpleegkunde die deze verzorging hebben verleend en/of - de frequentie van de opgenomen relevante elementen betreffende de planning van de verzorging en/of - de frequentie van de opgenomen relevante elementen betreffende de evaluatie van de verzorging en/of - de planning en evaluatie van de verzorging dient inhoudelijk te beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd. en/of - onverminderd de bewaaringstermijnen die door andere wetgevingen zijn opgelegd, moet het verpleegdossier gedurende ten minste vijf jaar worden bewaard.

Concreet wordt mevrouw A... het volgende ten laste gelegd: bij 16 verzekerden werden in de periode van 01/01/2016 tot en met 31/03/2016 2031 verstrekkingen ten onrechte geattesteerd. De onterechte uitgave voor de ziekteverzekering voor het geheel van de verstrekkingen wordt als inbreuk weerhouden en bedraagt 21.174,09 euro.

Standpunt van partijen

Standpunt van de DGEC

Onderzoek door de sociaal inspecteurs van de DGEC wees uit dat de facturatiegegevens niet representatief zijn voor 'alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend werden, hetgeen voldoende materieel wordt gestaafd in de voorliggende stukken. Het standpunt van mevrouw A... dat enkel de

basisverstrekkingen in de tenlastelegging kunnen worden begrepen en dat de technische verstrekkingen niet het voorwerp kunnen uitmaken van een terugbetaling, is onjuist.

Standpunt van mevrouw A...

Volgens mevrouw A... kunnen enkel de basisverstrekkingen in de tenlastelegging worden begrepen en kunnen aldus de technische verstrekkingen hier niet het voorwerp uitmaken van een terugbetaling.

Beoordeling ten gronde

De Kamer van eerste aanleg stelt vast dat de juistheid van het beweerde onder tenlastelegging 2.1 blijkt uit de stukken van het dossier.

Voorts stelt artikel 8, § 3 NGV duidelijk dat indien wanneer het verpleegdossier, niet bestaat of indien de minimale inhoud door de regelgeving voorgeschreven, niet in het verpleegdossier wordt genoteerd, er geen honoraria aan de zorgverlener verschuldigd zijn.

Artikel 8, § 5 bis, 5° NGV bepaalt dat “De forfaitaire en supplementaire honoraria bedoeld in rubrieken IV en V van §1, 1° en 2° **slechts mogen worden aangerekend op voorwaarde** dat de beoefenaar van de verpleegkunde:

c) Het verpleegdossier zoals bepaald in § 4, 2°, inzonderheid met volgende gegevens aanvult:

- Symptoomregistratie
- Pijnschaal
- Contacten met de familie
- Resultaat van coördinatievergaderingen.

Indien deze wettelijke vermeldingen niet in het verpleegdossier worden genoteerd, zijn er dus geen honoraria verschuldigd.

Voor de verpleegdossiers van de palliatieve patiënten geldt artikel 8, §3, 5° NGV, dat stelt:

“Er zijn **geen honoraria verschuldigd**: 5° wanneer het verpleegdossier, vermeld in dit artikel, niet bestaat of indien de minimale inhoud, omschreven in § 4, 2° van dit artikel, niet vermeld is in dat dossier.

Hieruit kan afgeleid worden dat de verpleegdossiers alle wettelijke vermeldingen moeten bevatten: “*als die (of één ervan) ontbreken, zijn geen honoraria verschuldigd....*”.

Door een opsplitsing te maken tussen basisverstrekkingen en technische verstrekkingen en voor te houden dat dat als de technische verstrekkingen wel gepresteerd, deze laatste in ieder geval wel door het RIZIV wel zouden moeten worden vergoed, voegt mevrouw

A... een bepaling toe aan de wetgeving, die er niet in geschreven staat. Dit middel faalt naar recht.

De Kamer van eerste aanleg acht de tenlastelegging 2.1 voldoende overtuigend naar recht bewezen.

Bij het opleggen van de administratieve geldboete kan er eventueel wél rekening gehouden worden met het slechts ontbreken van één of enkele verplichte vermeldingen, zoals de DGEC in deze zaak ook terecht gedaan heeft (er werd geen administratieve geldboete opgelegd naar aanleiding van deze inbreuk).

De tweede inbreuk (tenlastelegging 2.2)

Volgens de DGEC voldoet de aangerekende wondzorg niet aan de voorwaarden opgenomen in de nomenclatuur:

- Het voorschrift was niet aanwezig en/of
- Het voorschrift was niet conform de bepalingen in artikel 8 van de nomenclatuur en/of
- Er werd wondzorg aangerekend voor een niet-aanrekenbare verstrekking.

De inbreuk die mevrouw A... concreet ten laste wordt gelegd is dat bij 31 verzekerden (28 uit de lijst van opgevraagde voorschriften; 3 uit de lijst met opgevraagde volledige verpleegdossiers) in de periode van 01/04/2016 tot en met 31/03/2018 8.565 verstrekkingen ten onrechte werden geattesteerd. Het aangerekende bedrag is 45.321,94 euro (waarvan 384 euro ten laste werd gelegd als zijnde niet uitgevoerd). De verschilregel is niet van toepassing. De onterechte uitgave voor de ziekteverzekering voor het geheel van de verstrekkingen als inbreuk weerhouden bedraagt **44.937,94 euro**, rekening houdende met de overlapping, aldus de DGEC.

Standpunt van partijen

Standpunt van de DGEC

De DGEC herneemt haar standpunt in haar verzoekschrift en verwijst naar haar vaststellingen van niet-conformiteit inzake de (voorschriften van de) verstrekkingen inzake wondzorg.

Standpunt van mevrouw A...

Mevrouw A... wijst op haar expertise als referentieverpleegkundige inzake wondzorg en naar de interne afspraken die zij had met een aantal artsen als voorschrijfbasis, waarbij deze artsen een vast voorschrijfpatroon inzake wondzorg hanteerden voor enkele chronische wonden zonder vermelding van frequentie/periode/termijn. Op basis van deze voorschriften wist Mevrouw A..., mede gelet op haar jarenlange expertise in deze materie, meteen exact wat er diende te gebeuren, en waarbij de wonde om de 2 à 3

maanden geëvalueerd en besproken wordt. Mevrouw A... verwondert zich er ook over dat zij zich moet verantwoorden voor de vermeldingen op die door de artsen gemaakte voorschriften, en niet de artsen in kwestie. Wat de verzekerden J... en K... betreft, houdt zij voor dat de DGEC zich vergist.

Beoordeling ten gronde

De juistheid van het beweerde in de tenlastelegging onder 2.2 blijkt uit de stukken van het dossier.

Ook hier kan verwezen worden naar de voorschriften naar artikel 8, § 2 van de nomenclatuur voor verpleegkundigen.

Zoals hierboven uiteen gezet gaat om vergoedingsvoorwaarden. De Nomenclatuur van Geneeskundige Verstrekkingen is van openbare orde en moet strikt worden geïnterpreteerd, hoe onbillijk of onrechtvaardig dat ook mag overkomen voor de zorgverleners.³

Een instelling belast met een openbare dienst, zoals een sociale zekerheidsinstelling, mag immers slechts strikt de voordelen toekennen waarin de wet voorziet, onder de voorwaarden die daarvoor gelden. Niet minder maar ook niet meer en ook niet anders.

Zorgverleners mogen immers de nomenclatuur niet naar hun hand zetten, zoals in deze zaak het geval lijkt te zijn, onder het mom van een 'doelgerichte', 'creatieve' of 'evolutieve' interpretatie of een interpretatie naar billijkheid, op basis van het vertrouwen in het eigen kunnen, noch interpreteren bij analogie (vergelijkend met andere beroepen of disciplines).⁴

Er kan bijgevolg slechts sprake zijn van uitkeringen aan een zorgverlener van de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor zover door deze zorgverlener strikt is voldaan aan de nomenclatuurregeling.

De DGEC bewijst voldoende naar recht dat dit ook hier niet het geval is.

Het verweer van mevrouw A... dat de voorschrijvende artsen in onderhavige zaak óók onwettigheden zouden hebben begaan, doet daar niet aan af. In welke mate deze onwettigheden bepalend zouden kunnen zijn voor de behandeling van de huidige zaak, wordt door mevrouw A... overigens niet uitgelegd.

³ Cass. 20 november 2017, C.15.0213.N, www.juportal.be

⁴ De nomenclatuur komt tot stand in overleg met vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen én van de (diverse) zorgverleners. Uiteraard houden die rekening met de specifieke situaties, taken, noden en belangen van hun onderscheiden beroepsgroep, o.m. rekening gehouden met hun specifieke aard van verzorging en met de dienaangaande specifieke vergoeding. Een verpleegdossier (van een verpleegkundige) verschilt dan ook noodzakelijkerwijze van een globaal medisch dossier (van een arts). Een ziekenhuisdossier bevat anderzijds allerlei componenten zoals verslagen, protocols en voorschriften van de diverse zorgverleners die aldaar samenwerken (dokters-specialisten, verpleegkundigen, evt. kinesitherapeuten ...)

Het verweer dat wondzorg een technische verpleegkundige verstrekking is, waarvoor zelfs niet eens een voorschrift van de arts nodig is, klopt voor wat betreft de verzorging van de patiënt, maar niet voor wat betreft de vergoeding, die hier in deze zaak ter discussie staat: dit is pas sinds 30 november 2022 niet meer verplicht.

Het adres van verzekerde E... werd in het proces-verbaal van vaststelling correct weergegeven, zoals de DGEC terecht heeft opgemerkt.

Wat de sociaal verzekerden J... en K... betreft, herneemt de Kamer van eerste aanleg de vaststellingen van de DGEC en maakt deze haar eigen. De Kamer van eerste aanleg wil ook benadrukken dat de verpleegdossiers onmiddellijk (of toch binnen zeer korte tijd na de controle) aan de controleurs moeten worden overgemaakt. Het kan niet de bedoeling zijn dat dossiers pas worden aangevuld na de controle. Een regularisatie na de aanrekening aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kan de sanctioneerbaarheid van de feiten hoe dan ook niet wegnemen.⁵

De Kamer van eerste aanleg acht de tenlastelegging 2.2 voldoende overtuigend naar recht bewezen.

De derde inbreuk (tenlastelegging 2.3)

De DGEC houdt tot slot nog voor dat ook de afhankelijkheidscriteria door mevrouw A... zijn overschat.

Concreet wordt volgende inbreuk haar op dit punt ten laste gelegd: bij 5 verzekerden werden in de periode van 01/04/2016 tot en met 30/06/2018 3.850 verstrekkingen ten onrechte geattesteerd. Het aangerekende bedrag is 29.389,95 euro. Het aanrekenbaar bedrag is 12.206,76 euro. Er werd reeds een bedrag van 713,37 euro ten laste gelegd als niet uitgevoerd: 713,37 euro. De onterechte uitgave voor de ziekteverzekering voor het geheel van de verstrekkingen als inbreuk weerhouden bedroeg **16.469,82 euro**, rekening houdende met de overlapping.

Standpunt van partijen

Standpunt van de DGEC

De DGEC verwijst naar de duidelijke en strikte richtlijnen die werden uitgevaardigd bij het gebruik van de evaluatieschaal (van toepassing vanaf 1 april 2011).

De sociaal inspecteurs houden volgens de DGEC wel degelijk rekening met de psyche van de patiënt, zij zijn immers zelf verpleegkundige of arts. Bij twijfel, zo houdt de DGEC voor, winnen zij bijkomende informatie in en bij blijvende twijfel wordt steeds in het voordeel van de zorgverlener beslist.

⁵ RvS 2 februari 2006, nrs. 154.424.

De DGEC verwijst naar haar gevalbespreking, waarin per verzekerde gedetailleerd wordt uiteengezet op basis waarvan de tenlastelegging dient te worden weerhouden.

Standpunt van mevrouw A...

Mevrouw A... stelt dat er onvoldoende objectieve redenen zijn om een overscoring te kunnen weerhouden. Mevrouw A... stelt dat de richtlijnen voor interpretatie vatbaar zijn en dat er situaties denkbaar zijn waarin het moeilijk is een bepaalde score toe te kennen. Zij stelt bovendien dat het opnieuw evalueren van de afhankelijkheidsgraad van enkele jaren voordien de test van de redelijkheid niet kan doorstaan. Zij wijst er meer bepaald op dat de gezondheidstoestand van de patiënt wisselend kan zijn; dat de herevaluatie gebeurt zonder achtergrondkennis van de toestand van de patiënt en op basis van vaststellingen die plaatsvinden tot twee jaar na de onderzochte periode, dat het een gevoelige materie betreft, dat het opstellen van de Katz-schaal zeer persoonsgebonden en subjectief is en in het kader van het onderzoek wordt gesteund op de verklaringen van de verzekerden, waarvan niet zomaar kan worden aangenomen dat zij waarheidsgetrouw zijn.

Beoordeling ten gronde

De laatste weerhouden inbreuk betreft de beoordeling van de fysieke afhankelijkheidsgraad van de patiënten aan de hand van de evaluatieschaal opgenomen in de nomenclatuur (de KATZ-schaal).

De Kamer van eerste aanleg is van oordeel dat het bewijs van de ingeroepen inbreuken, nl. een overschatting van de afhankelijkheidsgraad van de zorgbehoevende, omwille van het tijdsverloop, de vereiste kennis door derden (getuigen, huisartsen, de betrokken inspecteur, ...) van alle feitelijke noden en problemen én de mogelijke schroom van de verzekerden bij het afleggen van verklaringen over hun eigen beperkingen, geval per geval met de nodige voorzichtigheid te beoordelen is. In zoverre deze omstandigheden ten aanzien van een bepaalde verzekerde concreet worden ingeroepen en van belang blijken te zijn, zal daarmee ook rekening worden gehouden bij de beoordeling van de betwisting over de bewijselementen voorgelegd door de DGEC.

Ook de overige bedenkingen die worden gemaakt door mevrouw A... omtrent de aard en de onvolkomenheden van de Katz-schaal, kunnen enkel in aanmerking worden genomen in zoverre er concreet wordt aangegeven dat zij belang vertonen voor de beoordeling van de inbreuk.

Bij de beoordeling houdt de Kamer van eerste aanleg rekening met de observaties van de sociaal inspecteurs in de onderscheiden pv's, met de verklaringen van de sociaal verzekerden zelf (en eventueel hun kinderen), en met de scores en ondervragingen van de betrokken huisartsen.

De juistheid van het beweerde in de tenlastelegging onder 2.3 blijkt uit de stukken van het dossier.

Wat betreft sociaal verzekerde mevrouw L... werd enkel het item toiletbezoek door de DGEC aangemerkt als een discussiepunt, de andere items werden niet weerhouden als

foutief ingevuld. De verklaring van mevrouw M... d.d. 01/09/2019 weerlegt de tenlastelegging van de DGEC niet, nu mevrouw M... in de onderzochte periode geen aanrekeningsprofiel als thuisverpleegkundige bij het Riziv had. Ook de verklaring van de zoon van de sociaal verzekerde d.d. 10/09/2019 en de verklaring van de huisarts van de sociaal verzekerde, dr. N..., d.d. 18/9/2019, weerlegt de argumentatie van de tenlastelegging niet.

Wat betreft sociaal verzekerde de heer O... werd enkel de score 4 voor de items wassen en kleden door de DGEC als een discussiepunt weerhouden. De bewijswaarde van bijlage 1c, de verklaring van mijnheer O... d.d. 21/09/2019, acht de Kamer van eerste aanleg niet voldoende overtuigend, gelet op het feit dat mijnheer O... de vader is van mevrouw A.... Deze verklaring is in ieder geval opgesteld door iemand die de bewoordingen van de toepasselijke regelgeving zeer goed kent, hetgeen niet strookt met het profiel van een burger zonder actuele medisch-technische achtergrond.

Wat betreft sociaal verzekerde mevrouw P... is ook enkel de score 4 voor de items wassen en kleden een discussiepunt. De verklaring van de huisarts van mevr. P... d.d. 17/09/2019, dr. Q..., weerlegt de argumentatie van de tenlastelegging niet. Ook de verklaring van de huisarts van mevrouw P... d.d. 18/09/2019, dr. N..., weerlegt de argumentatie van de tenlastelegging niet.

Wat betreft sociaal verzekerde de heer F..., werd enkel het item toiletbezoek door de DGEC aangemerkt als een discussiepunt, de andere items werden niet weerhouden als foutief ingevuld. De verklaring van de huisarts van de sociaal verzekerde, dr. R... d.d. 18 december 2018, van de sociaal verzekerde zelf d.d. 29 oktober 2018 en van collega-verpleegkundige mevrouw H... d.d. 5 februari 2019 weerleggen voldoende overtuigend naar recht de eigen verklaring van mevrouw A... d.d. 2 april 2019 en de verklaring van collega-verpleegkundige Mevrouw G... d.d. 27 februari 2019 (zie ook hierboven wat betreft de bewijswaarde van deze beide verklaringen de motieven van de Kamer van eerste aanleg onder de bespreking van de eerste tenlastelegging).

Wat betreft sociaal verzekerde mevrouw S... is de gedetailleerde argumentatie in de gevalsbespreking van de DGEC voldoende overtuigend. De Kamer van eerste aanleg onderschrijft de vaststellingen van de DGEC en maakt deze haar eigen. De verklaring van haar huisarts dr. Q..., d.d. 17/09/2019: weerlegt de argumentatie van de tenlastelegging ook niet.

De Kamer van eerste aanleg acht de tenlastelegging 2.3 voldoende overtuigend naar recht bewezen.

4.2.3 De administratieve geldboete

De DGEC heeft mevrouw A... een administratieve geldboete van 15.943,98 euro effectief opgelegd, bestaande uit:

- voor de niet-uitgevoerde verstrekkingen onder tenlastelegging 1 : een administratieve geldboete van 25 %, of 592,04 euro, effectief;

- voor de niet-conforme verstrekkingen onder tenlastelegging 2.1.: geen administratieve geldboete;
- voor de niet-conforme verstrekkingen onder tenlasteleggingen 2.2. en 2.3.: een administratieve geldboete van 25%, of 15.351,94 euro, effectief;

Standpunt van partijen

Standpunt van de DGEC

Door de DGEC wordt benadrukt dat er voor een bedrag van 84.950,01 euro, waarvan 2.368,16 euro niet-uitgevoerde prestaties en 82.581,85 euro niet-conforme prestaties, onterecht prestaties werden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering. Er wordt evenwel bij het bepalen van de gevorderde administratieve geldboete met betrekking tot de niet-conforme aanrekeningen een differentiatie doorgevoerd tussen, enerzijds, tenlastelegging 2.1 (waarvoor enkel de terugbetaling wordt gevorderd) en, anderzijds, de tenlasteleggingen 2.2 en 2.3, gelet op de intrinsieke ernst van de inbreuken.

Er wordt door de DGEC ook benadrukt dat tot op heden van het voormelde bedrag niets vrijwillig werd terugbetaald aan de verplichte ziekteverzekering.

Anderzijds wordt er ook, in het voordeel van mevrouw A..., rekening gehouden met het gebrek aan antecedenten binnen de DGEC aan de zijde van mevrouw A....

Standpunt van mevrouw A...

Mevrouw A... wijst er op dat zij niet te kwader trouw is en vraagt de Kamer van eerste aanleg om haar geen administratieve geldboete op te leggen, minstens, gelet op het disproportionele karakter ervan, deze te reduceren en volledig, minstens gedeeltelijk, met uitstel op te leggen.

Beoordeling ten gronde

De DGEC vordert een boete van 25 % effectief voor de eerste tenlastelegging en een boete van 25 % effectief voor de tenlasteleggingen 2.2 en 2.3.

Een correcte naleving van de bepalingen van de nomenclatuur raakt het maatschappelijk belang.

Gelet op de verantwoordelijkheid en de zorgvuldigheidsplicht van de zorgverlener als medewerker aan een openbare dienst, is een sanctie ter zake passend en van belang met het oog op een ontradend effect.

De inbreuken hebben betrekking op het aanrekenen van niet uitgevoerde prestaties, op het aanrekenen van verstrekkingen zonder dat de voorwaarden bepaald in de nomenclatuur en in de overeenkomsten gesloten krachtens de ZIV-wet, vervuld zijn, op de afwezigheid in het verpleegdossier van de vereiste voorschriften en op een overschatting van de afhankelijkheid van verzekerden.

Deze inbreuken hebben een niet te verwaarlozen financiële impact tot gevolg gehad ten nadele van de samenleving en kunnen niet zo maar getolereerd worden.

Het argument dat mevrouw A... niet te kwader trouw heeft gehandeld en dat er geen antecedenten zijn in haar dertigjarige carrière als thuisverpleegkundige, is geen reden om principieel anders te oordelen. Dit kan haar niet ontslaan van een geldboete. Een geldboete is immers niet louter punitief, maar ook preventief.

De Kamer van eerste aanleg stelt vast dat mevrouw A... op een bepaald moment uit de bocht lijkt gevlogen te zijn, zich niks meer aantrok van de nomenclatuurregelgeving, en hierop ook niet meteen gecorrigeerd werd. Het feit dat niemand haar gestopt heeft om onwettig te handelen is uiteraard geen excuus om dan maar verder onwettig te handelen. Mevrouw A... is ook veel te pro-actief opgetreden als wondzorgspecialist. De Kamer van eerste aanleg wijst er bv. op dat een voorschrift van de arts voor de vergoeding van wondzorg pas sinds 30 november 2022 niet meer verplicht is, terwijl dat voor mevrouw A... klaarblijkelijk al veel vroeger niet meer nodig was, op basis van haar eigen interne afspraken met een arts.

De zorgverlener dient bij de aanrekening van de prestaties de nodige voorzorg aan de dag te leggen om de regels stipt en nauwkeurig in acht te nemen. In zoverre de regelgeving niet voldoende gekend zou zijn, dient hij of zij zich bovendien grondig te informeren of desnoods opleiding te volgen.

Het feit dat er geen antecedenten zijn aan de zijde van mevrouw A... die al een lange carrière heeft als thuisverpleegkundige, dat er schuldinzicht is, dat mevrouw A... goed heeft meegewerkt aan het onderzoek, dat kwade trouw in haar hoofde niet bewezen voorkomt (eerder een ongelukkig afglijden van de regels), en dat mevrouw A... ter zitting verklaard heeft zich thans te laten bijstaan bij het correct vervullen van haar verplichtingen inzake de nomenclatuurregelgeving en ook regelmatig bijscholing volgt voor wat betreft de invulling van de Katz-schalen, worden wel als factoren meegewogen om de omvang van de geldboete substantieel te milderen.

Voor wat de hoogte van de boete betreft, moet toepassing worden gemaakt van artikel 142, § 1, 2° van de ZIV-wet dat bepaalt dat voor de inbreuken die ter zake zijn vastgesteld aan de zorgverlener een administratieve geldboete kan worden opgelegd van:

- 50 % tot 200 % van de waarde van de terugbetaling voor wat tenlastelegging 1 betreft,

- 5 % tot 150 % van de waarde van de terugbetaling voor wat tenlasteleggingen 2.2 en 2.3 betreft.

Alle omstandigheden in acht genomen, besluit de Kamer van beroep dat de administratieve geldboete te bepalen is op:

- 50 %⁶ van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen voor tenlastelegging 1, waarvan een gedeelte (75%) met uitstel over een termijn van drie jaar,
- 25 % voor de tenlastelegging 2.2, waarvan een gedeelte (75%) met uitstel over een termijn van drie jaar,
- 5% voor de tenlastelegging 2.3, waarvan een gedeelte (75%) met uitstel over een termijn van drie jaar.

OM DIE REDENEN,

DE KAMER VAN EERSTE AANLEG die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten behandeld worden.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in het bijzonder op de artikelen 144 en 145, en op artikel 112 van de Gezondheidswet van 13 december 2006.

Na beraadslaging, in overeenstemming met het bepaalde in artikel 145 van de gecoördineerde wet, en artikel 19 van het Procedurereglement.

Recht doende op tegenspraak

- Verklaart de vordering van het RIZIV, Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle, ontvankelijk en deels gegrond.
- Zegt dat mevrouw A... verplicht is tot terugbetaling aan het RIZIV van het bedrag van **84.950,01 (vierentachtigduizend negenhonderdvijftig euro en één cent)**,
- Legt aan mevrouw A... een effectieve administratieve geldboete op van **3310,51 euro (drieduizend driehonderd en tien euro en éénenvijftig cent) als volgt samengesteld:**

- 50 %⁷ van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen voor tenlastelegging 1 (2.368,16 euro/2 = 1184,08 euro), waarvan een gedeelte (75% of 888,06 euro) met uitstel over een termijn van drie jaar of een bedrag van **296,02 euro (tweehonderd zessenegentig euro en twee cent)** effectief,
- 25 % voor de tenlastelegging 2.2 (44.937,94 euro/4 = 11.234,485 euro), waarvan een gedeelte (75% of 8425,86 euro) met uitstel over een termijn van drie jaar of een bedrag van **2808,62 euro (tweeduizend achthonderdenacht euro en tweeënzestig cent)** effectief,
- 5% voor de tenlastelegging 2.3 (16.469,82 euro/20 = 823,491 euro), waarvan een gedeelte (75% of 617,62 euro) met uitstel over een termijn van drie jaar of

⁶ De administratieve geldboete bedraagt 50 % tot 200 % van de waarde van de terugbetaling, bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 1° (artikel 142, § 1, 2° van de ZIV-wet).

⁷ De administratieve geldboete bedraagt 50 % tot 200 % van de waarde van de terugbetaling, bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 1° (artikel 142, § 1, 2° van de ZIV-wet).

een bedrag van **205,87 euro (tweehonderdvijf euro zeventachtig cent)** effectief.

en veroordeelt mevrouw A... tot een betaling van deze (effectieve) boete van **3310,51 euro (drieduizend driehonderd en tien euro en éénenvijftig cent)**, in zoverre deze betaling nog niet werd uitgevoerd.

Wijst het anders en meer gevorderde af als niet gegrond.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 21 augustus 2023 van de Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten behandeld worden, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering opgericht bij artikel 144 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en ondertekend door:

- mevrouw Evelien de Kezel, magistraat, Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg
- de heer Martin Volcke, griffier

Volgen de handtekeningen:

Martin VOLCKE

Evelien DE KEZEL

De griffier,

De Voorzitter

De Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands behandeld moeten worden, die in die taal de zaak heeft gehoord en er in die taal over beraadslaagde, was samengesteld uit mevrouw Evelien de Kezel, magistraat, stemgerechtigd Voorzitter, dokter Jacky De Pierre en dokter Bernard Debbaut, stemgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede uit mevrouw Kristien Scheepmans en mevrouw Mariette Vanhoek, stemgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve verenigingen van verpleegkundigen.

De Kamer van eerste aanleg werd bijgestaan door de heer Martin Volcke, griffier.

De beslissingen van de Kamer van eerste aanleg zijn van rechtswege uitvoerbaar bij voorraad niettegenstaande beroep (artikel 156, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994). De sommen brengen van rechtswege interesten op aan de wettelijke rentevoet na het verstrijken van een termijn van dertig dagen volgend op de kennisgeving van de beslissing van de Kamer van eerste aanleg (artikel 156, § 1, tweede lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994). Het beroep bij de Kamer van eerste aanleg schort de uitvoering van de beslissing niet op (artikel 156, § 2, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)