KAMER VAN EERSTE AANLEG
BESLISSING BIJ VERSTEK d.d. 21/05/26
Algemeen rolnummer: NA-003-25
2023-XXXXXX-G-XX-XXX-00001
A.R.: 25/26

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 B..., verpleegkundige-controleur en de heer C..., jurist, ambtenaren bij eiser.

Tegen

De heer **A...**, verpleegkundige, XXXX XXXX te XXXX met Riziv-nr.: 4XXXXXXX XXX, die niet in persoon verschijnt.

Verweerder

Op de openbare terechtzitting van 26 maart 2026 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 Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riziv.

1. Retroacten

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- Het verzoekschrift van eiser van 10.04.2025, ontvangen op de griffie van de Kamer van eerste aanleg op 10.04.2025, ter kennis gegeven aan verweerder met een brief van 11.04.2025.
- De vaststelling van de rechtsdag op 26.03.2026.

Gehoord op de zitting van 26 maart 2026: de heer C... in zijn uiteenzetting van het juridische luik van de vordering van eiser, en mevrouw B... in haar uiteenzetting van het medisch-technische luik van de vordering van eiser.

De debatten worden gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 21 mei 2026, eerste nuttige zitting van de Kamer van eerste aanleg.

2. Uiteenzetting van de feitelijke achtergrond en omschrijving van de tenlastegelegde feiten

Verweerder dhr. A... is in 1997 begonnen als zelfstandig thuisverpleegkundige. Sinds 2021 werkte hij samen met D..., nooit met andere verpleegkundigen. Ze hebben een gemeenschappelijke ronde, dat is de ronde van mevr. D.... Verweerder heeft ook patiënten die hij alleen verzorgt. Hij inde de honoraria rechtstreeks op zijn eigen bankrekening.

Voor de patiënten van de ronde van mevr. D... maakte zij de verzorgingsrondes op, zij diende de Katzschaal in, zij bepaalde de scores. Ieder deed zijn eigen administratie en facturatie.

Volgens de boekhoudkundige gegevens van de statistische tabellen van de VI's betreffende de verstrekkingen verleend door de zorgverleners – art. 150, derde lid GVU-wet, geraadpleegd door eiser in de applicatie DABRALI, zijn de door verweerder aangerekende prestaties voor het jaar 2021 hoog (147.636,62 €). Er is ook een stijging in zijn profiel te zien tussen 2020 en 2021, zowel in het aantal aangerekende verstrekkingen als in het totaal aangerekende bedrag. Verweerder zegt hierover dat hij in die periode bij mevr. D... is beginnen werken. Hij had zelf niet meer zoveel "eigen" patiënten en haar patiënten zijn er dan bijgekomen. Daar was o.a. een forfait C-patiënt bij.

Het profiel van verweerder laat in 2021 en 2022 hoge percentielen zien voor forfait B en C. In deze boekhoudperiode werkte hij alleen zonder hulp-verstrekkers en rekende hij alles in eigen naam aan, met voor het jaar 2021 een percentage terugbetaling derde betalende van 100 procent. De percentielen voor de gefactureerde erelonen zijn ook hoog[1] en[2] : 96,79 voor forfait B en zelfs 98,30 voor forfait C.

In 2022 vermeldt de synthesenota het percentiel voor forfait B (425294) tijdens de week liggend op 95,53 en tijdens het weekend (425692) op 96,29. Er zijn voor 140.569,07 € prestaties aangerekend, wat neerkomt op bruto per maand 11.714,09 €.

Wat betreft forfait B voor zwaar zorgbehoevende patiënten zit verweerder in de Belgische rangorde heel bovenaan in het 95,53e percentiel, m.a.w. als men vergelijkt met de hoogte van de aanrekeningen van alle andere thuisverplegers in België scoren 96% van de collega's een lager bedrag aan aanrekeningen en 4 % van de collega's rekenen jaarlijks een nog hoger bedrag aan aan de ziekteverzekering.

In 2023 vermeldt de synthesenota het percentiel voor forfait B (425294) tijdens de week liggend op 88,57 en tijdens het weekend (425692) op 91,58. Er zijn voor 124.599,98 € prestaties aangerekend.

Het profiel van verweerder wijst erop dat hij voornamelijk forfaits (A,B en C) aanrekent en weinig (verschillende) technische verstrekkingen. Naast de forfaits rekent hij als technische verstrekkingen voornamelijk basisverstrekkingen, toiletten, wondzorg, inspuitingen en compressietherapie aan.

In de eerste helft van 2023 is er een daling in de aanrekening van forfait C. Verweerder geeft hiervoor als verklaring dat hij zelf twee forfait C-patiënten had en in de ronde van mevr. D... nog één. Twee van hen zijn ondertussen overleden, in september 2022 en in november 2023.

[1] Pagina's 2 - 6 van de synthesenota

[2] Het percentiel verklaart de positie van de verpleegkundige binnen dezelfde beroepsgroep op het vlak van het aantal aangerekende prestaties voor een bepaald nomenclatuurnummer.

Op 24 juni 2024 verklaarde verweerder tijdens zijn verhoor dat hij voltijds werkt, geen vakanties neemt, en dagelijks 34 à 36 huisbezoeken doet verspreid over de ochtend van 5u tot 12u en de avond van 16u15 tot 20u. Hij verklaarde dat de opgelijste patiënten door de sociale inspecteurs zwaar hulpbehoevend zijn, bepaalde periodes in het ziekenhuis waren opgenomen of een ernstige ziekte hebben doorgemaakt en aldus minstens gedurende een welbepaalde periode bijkomende intensieve zorgverlening nodig hadden.

De Kamer gaat ervan uit dat er inderdaad geen vastgelegde standaardtijd voor toiletverzorging te bepalen is, aangezien de duur sterk afhangt van de fysieke en mentale toestand van de patiënt. Gemiddeld wordt er in de thuisverpleging voor een eenvoudig toiletbezoek vaak rekening gehouden met 5 tot 15 minuten. Maar voor zwaar zorgbehoevenden met motorische beperkingen en soms bedlegerigen die moeten worden geholpen bij aan- en uitkleden en verplaatsen naar het toilet, vaak met hulpmiddelen, incontinentiezorg en verschonen van materiaal, en dan ook nog te rekenen de reistijd en verplaatsingen in het verkeer tussen de huisbezoeken, het parkeren, het aanbellen, de administratieve formaliteiten, en een kort gesprek : dat acht de Kamer onmogelijk aan een frekwentie van 3 zwaarbehoevende patiënten per uur, zoals verweerder beweert[3]

De boekhoudkundige vaststellingen dat door verweerder uitzonderlijk hoge aantallen prestaties bij ziekenfondsen werden gedeclareerd, en dat die ongewone volumes abnormaal en onverklaarbaar en menselijk onmogelijk lijken binnen de normale dagplanning van een thuisverpleegkundige, en zelfs aan het werkritme dat verweerder aangeeft van 11u/per dag, en nooit verlof, dan zouden deze *an sich* aanwijzingen kunnen zijn van vermoedens van fraude betreffende het aangeven van niet-geleverde zorg of het te hoog inschalen van prestaties binnen het Riziv-systeem.

Door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) werd bijgevolg een onderzoek gevoerd naar de realiteit en conformiteit van de verstrekkingen die verweerder als verpleegkundige/thuisverpleegkundige aan de verplichte ziekteverzekering heeft aangerekend in de periode van 01/01/2021 tot 30/04/2023.

Er werden digitale databestanden opgevraagd bij het IMA (Intermutualistisch Agentschap), in overeenstemming met artikel 9*quater* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, met vermelding van de ontvangstperiode VI van 01/01/2021 tot 30/11/2023. Er werden eveneens Katz-schalen, hospitalisatieperiodes en controlebezoeken door adviserend verpleegkundigen bij de verzekeringsinstellingen opgevraagd. Er werden 8 verzekerden en/of familieleden, 3 huisartsen en de medewerkster D... als getuigen ondervraagd. In totaal werd er informatie verzameld over 9 verzekerden.

Er werd een proces-verbaal van verhoor op naam van verweerder opgemaakt op 24/06/2024.

Het proces-verbaal van vaststelling dd. 11/10/2024 en de uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling werden aan verweerder opgestuurd dd. 15/10/2024. Tot op heden werd nog geen terugbetaling geregistreerd.

Er werd hem ten laste gelegd dat er prestaties niet conform aangerekend werden bij verleende verstrekkingen.

De tenlasteleggingen, de wettelijke en reglementaire basis en de argumentatie van eiser zijn opgenomen in de synthesenota die ter kennisgeving werd aangeboden aan verweerder. De synthesenota en de gevalsbespreking maken deel uit van het dossier.

[3] Hoewel een huisarts in theorie dus twee patiënten per uur kan bezoeken, hangt dit in de praktijk sterk af van de regio (stadsverkeer vs. platteland) en de ernst van de medische klachten. Een gemiddeld huisbezoek duurt ongeveer 30 minuten, inclusief de verplaatsing. Ter vergelijking: voor een consultatie in de praktijk is gemiddeld 17 minuten nodig.

De waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen overschattingen KATZ-schaal met betrekking tot 2 verzekerden werd door eiser bepaald op € 34.476,59 na het toepassen van de verschilregel (rekening houdend met pseudocodes), en met betrekking tot 18 verzekerden waarvoor de ontbrekende verpleegdossiers werden ten laste gelegd, werd de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen door eiser bepaald op € 19.495,68.

Meer precies, zijn de feiten in de tenlastelegging omschreven dat hij in de periode 01.10.2021 tot 30.11.2023 volgende inbreuken heeft begaan op de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering:

Tenlastelegging 1:

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken terwijl de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden gesloten krachtens deze zelfde wet en/of wanneer de verstrekkingen beoogd in artikel 34 van diezelfde wet werden voorgeschreven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

De fysieke afhankelijkheidstoestand werd overschat. In plaats van een forfait B konden er slechts 7 toiletten per week aangerekend worden.

Wettelijke basis:

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

Art. 73bis.

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 ;

Reglementaire basis:

Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (= Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen)

Hoofdstuk III Gewone geneeskundige hulp

Artikel 8

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)
"**AFDELING 4.** - Verzorging verleend door gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)

"§ 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°:"

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"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 :"

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)
"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."

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + Erratum B.S. 17.11.2004
"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. "
"K.B. 25.10.2006" (in werking 1.1.2007)
"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"

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)
"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."

"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:"

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997) + "K.B 18.7.2002" (in werking 1.10.2002) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"**§ 6.** Nadere bepalingen inzake de toiletten (verstrekkingen 425110, 425515, 425913 en 427755) :"

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)
"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."

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"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."

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997) + "K.B 18.7.2002" (in werking 1.10.2002) + "K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"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."

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 25.10.2006" (in werking 1.1.2007)
"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."

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)
"- 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 arts 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;

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)
"- Die scores van 4 behalen voor de criteria "zich wassen en zich kleden" van de bedoelde evaluatieschaal, mag één toilet per dag worden aangerekend."

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)
"5° Zelfs indien de hygiënische verzorging door een arts 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."

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B 18.7.2002" (in werking 1.10.2002) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014) + "K.B. 10.1.2021" (in werking 1.4.2021)
"6° Indien de verstrekkingen 425110, 425515 , 425913 en 427755 verleend worden aan rechthebbenden die niet beantwoorden aan de criteria voor het aanrekenen van de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1° , 2° , 3° en 3°*bis*, en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°, stelt de beoefenaar van de verpleegkunde de adviserend arts hiervan in kennis overeenkomstig de kennisgevingsprocedure bedoeld in § 7."

"K.B. 8.7.1997" (in werking 1.6.1997)
"7° Wanneer in de loop van de week een wijziging van de fysieke afhankelijkheidsgraad van de rechthebbende het aantal per week aanrekenbare toiletten laat stijgen, wordt die aanpassing van de frequentie toegepast vanaf de week tijdens welke de wijziging zich heeft voorgedaan.
Wanneer in de loop van de week een wijziging van de fysieke afhankelijkheidsgraad van de rechthebbende een daling van het aantal per week aanrekenbare toiletten veroorzaakt, wordt die aanpassing van de frequentie toegepast vanaf de week die volgt op de week tijdens welke de wijziging zich heeft voorgedaan.

8° Het toilet omvat alle verpleegkundige verzorging met betrekking tot het geheel van de hygiëne, preventie inbegrepen; het wordt desgevallend vervolledigd door de mobilisatie van de patiënt.

9° Voor de vaststelling van de wekelijkse frequentie van de toiletten strekt de week zich uit van maandag 0 uur tot zondag 24 uur."

Richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal

VAN TOEPASSING VANAF 1 APRIL 2011

De wijzigingen ten opzichte van de vorige versie zijn onderlijnd en schuin gedrukt.

-art. 151 van het K.B. dd. 3/07/1996 (rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging)

-art. 8 van de bijlage bij het K.B. dd.14/09/1984 (nomenclatuur van verpleegkundigen)

Bij de evaluatie van elk criterium wordt rekening gehouden met de beperkingen, welke ook de oorsprong is (bijvoorbeeld cardiorespiratoire aandoening, locomotorische aandoening, psychische aandoening, etc.), en dit onafhankelijk van de verleende zorg.

Zich wassen

1. Kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp

De patiënt kan zichzelf volledig wassen zonder enige hulp en zonder enige vorm van toezicht of stimulatie.

2. Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) De patiënt heeft actieve hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel, of

b) De patiënt kan zich wassen boven of onder de gordel, mits stimulering en zonder dat daarvoor een continu toezicht en/of continue aanwezigheid vereist is.

De situatie waarbij alleen de rug wordt gewassen, of waarbij alleen de voeten worden gewassen, beantwoordt aan score ‘2’.

3. Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) Telkens als de patiënt zich wast zowel boven als onder de gordel, heeft hij hulp nodig voor het wassen boven en onder de gordel, of

b) De patiënt kan zichzelf nog gedeeltelijk wassen zowel boven als onder de gordel, mits een continue individuele stimulering (bijvoorbeeld vocaal) en continu actief toezicht.

De situatie waarbij enkel de rug en de voeten worden gewassen beantwoordt aan score ‘3’.

4. Moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel Wanneer een derde dit niet doet, is de patiënt niet gewassen.

Zich kleden

1. Kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp

De patiënt kan zichzelf, op eigen initiatief volledig aan- en uitkleden zonder enige hulp en zonder enige vorm van toezicht of stimulatie. Het gaat om patiënten die weten welke kleding ze moeten aantrekken en die tijdig de kleding verversen.

De patiënt die enkel moeilijkheden heeft met het strikken van veters wordt onder deze score gerangschikt.

Het criterium 'transfer' duidt op elke verandering van positie (van ligpositie naar rechtop staan, van zitpositie naar rechtop staan, van lig- naar zitpositie en vice versa).

Het criterium 'verplaatsingen' staat voor het gaan van één punt naar een ander.

2. Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)

Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) De patiënt heeft een gedeeltelijke actieve hulp nodig voor het zich aan- en/of uitkleden boven of onder de gordel (bijvoorbeeld voor het aanbrengen van een corset, steunkousen), of

b) De patiënt kan zich aan en/of uitkleden boven of onder de gordel, mits stimulering (bijvoorbeeld het klaarleggen van de kledij) en zonder dat daarvoor een continu toezicht en/of continue aanwezigheid vereist is.

3. Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel Hier bestaan drie mogelijkheden:

a) Telkens bij het aan- en/of uitkleden zowel boven als onder de gordel heeft de patiënt gedeeltelijke actieve hulp nodig, of

b) De patiënt kan zich gedeeltelijk nog aan- en/of uitkleden zowel boven als onder de gordel, mits een continue individuele stimulering (bijvoorbeeld vocaal) en continu actief toezicht, of

c) De patiënt heeft hulp nodig voor het aanbrengen van een orthese(n) en/of lidmaatprothese(n*) (bovenste en/of onderste ledematen),* noodzakelijk voor zijn locomotorische autonomie.

Zonder deze hulp is de patiënt niet behoorlijk gekleed.

4. Moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel

De toestand van de patiënt is dermate geëvolueerd dat hij zich helemaal niet meer aan- of uitkleedt. Indien iemand anders niet helpt bij het aankleden, draagt de patiënt dag en nacht dezelfde kleding.

Transfer en verplaatsingen

Mobilisatiebeperkende middelen worden bij de evaluatie van dit criterium buiten beschouwing gelaten.

1. Is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden

De patiënt is zelfstandig voor de transfer en kan zich verplaatsen zonder enige hulp van derden of zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en), zoals hij dat steeds heeft gedaan.

2. Is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel, …)

De patiënt is zelfstandig voor de transfer, eventueel mits gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en). Om zich te verplaatsen gebruikt de patiënt zelf loophulpen zoals krukken, gaankader, rolstoel, enz. of steunt hij op het meubilair; dit noodzaakt desgevallend occasionele hulp van derden.

3. Heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen

Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) De patiënt kan nooit 's ochtends opstaan en/of 's avonds neerliggen zonder de hulp van derden (van ligpositie naar rechtop staan of vice versa), en/of de patiënt kan nooit rechtop gaan staan of gaan zitten zonder de hulp van een derde (van de zitpositie naar rechtop staan of vice versa), en/of de patiënt kan nooit gaan zitten of neerliggen zonder de hulp van derden (van de ligpositie naar de zitpositie en vice versa), en/of

b) De patiënt heeft hulp van derden nodig voor elke verplaatsing

4. Is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen

De patiënt die beschikt over een terugbetaalde elektronische rolwagen en die er het grootste deel van de dag gebruik van maakt, voor verplaatsingen zowel binnen- als buitenshuis, bekomt een score 4.

Het gaat om een patiënt die volledige, aangetoonde en definitieve moeilijkheden met verplaatsen heeft. Hij kan niet blijven rechtstaan of stappen. Een zelfstandige verplaatsing van de rolwagen naar een stoel, een zetel of een bed of omgekeerd is niet mogelijk zonder hulp van een derde persoon.

Toiletbezoek

Dit criterium drukt zowel het gebruik van de WC uit als het gebruik van de toiletstoel die in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt staat.
Dit criterium is telkens een combinatie van 3 items: verplaatsen en zich kleden (broek laten zakken en terug optrekken en eventueel incontinentiemateriaal verwijderen en aanbrengen) en zich reinigen.

1. Kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen

2. Heeft gedeeltelijk hulp nodig van derden om naar het toilet te gaan of zich te kleden of zich te reinigen

De patiënt heeft hulp nodig voor één van de drie items: verplaatsen of zich kleden of zich reinigen

3. Moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan en/of zich te kleden en/of zich te reinigen

De patiënt heeft hulp nodig voor twee van de drie items: verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen

4. Moet volledig worden geholpen om naar het toilet/toiletstoel te gaan en om zich te kleden en om zich te reinigen

De patiënt heeft hulp nodig voor de drie items: verplaatsen en zich kleden en zich reinigen.

Continentie

De wijziging voor de score "2" treedt in werking op 1 januari 2007 (dezelfde datum als de ermee verbonden wijziging van de nomenclatuur van de thuisverpleging)

1. Is continent voor urine en faeces

2. Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)

Hier bestaan drie mogelijkheden:

a) De patiënt heeft occasioneel, dwz op onregelmatige tijdstippen gedurende het etmaal onvrijwillig urine- en/of stoelgangverlies, zoals bij stress-incontinentie of druppelincontinentie. Een persoon die uitsluitend nachtelijk urine-incontinent is, wordt onder "2" gescoord. Een persoon die nachtelijk urine-incontinent is en occasioneel urine-incontinent is overdag wordt eveneens onder "2" gescoord, of

b) De patiënt draagt een kunstaars of urostomie of een verblijfsonde, of

c) De patiënt doet zelf autosondage

3. Is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces

Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) De patiënt heeft voortdurend last van onvrijwillig urine- of faecesverlies of hij is slechts continent ten gevolge van mictietraining (minimum 4 keer overdag een geïndividualiseerde toiletbegeleiding met vermelding in het zorgplan, het verpleegkundig of het verzorgingsdossier) of catheterisatie door derden, of

b) De patiënt vertoont een bestendig onaangepast gedrag bij het verwijderen van urine of faeces.

4. Is incontinent voor urine en faeces Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) De patiënt heeft voortdurend last van onvrijwillig verlies van urine en faeces. Hij is dus incontinent voor urine en faeces, of

b) De patiënt vertoont een bestendig onaangepast gedrag bij het verwijderen van urine en faeces.

Eten

1. Kan alleen eten en drinken

De patiënt kan volledig zelfstandig eten en drinken.

2. Heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken

Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) De patiënt heeft voornamelijk voorafgaandelijke hulp nodig bij het eten of drinken (bijvoorbeeld smeren en beleggen van brood, voorsnijden van vlees, uitschenken van drank, …), of

b) De patiënt kan zelfstandig eten en drinken met aangepaste hulpmiddelen of met occasionele hulp van derden of mits stimulering en zonder dat daarvoor een continu toezicht en/of continue aanwezigheid vereist is.

3. Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken

Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) De patiënt heeft, minstens gedurende de ganse hoofdmaaltijd, gedeeltelijke hulp nodig van derden, of

b) De patiënt krijgt een continue geïndividualiseerde (één persoon die zich gedurende de hele maaltijd voor maximum drie patiënten bekommert om het innemen van de maaltijd) stimulering (bijvoorbeeld vocaal) en continu actief toezicht bij het innemen van voedsel of drank.

4. De patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

Om te eten is de patiënt volledig afhankelijk van derden of van een voedingstechniek (sondevoeding, parenterale of enterale voeding, …).

Ten laste gelegd:

Deze tenlastelegging heeft betrekking op twee verzekerden voor 1.121 verstrekkingen (onderverdeling: zie onderstaande tabel), voor de periode van 1/11/2021 tot 30/11/2023 (ontvangstdatum verzekeringsinstelling), voor een onverschuldigd bedrag (differentieel) van 34.476,59 euro.

Verstrekking	Omschrijving	Aantal	Bedrag
425294	Forfait B	780	€ 28.637,96
425692	Forfait B (weekend/feestdag)	341	€ 18.619,76
Totaal		**1121**	**€ 47.257,72**

Verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
425294	W 7,371	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 continentie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	1/1/2005
425692	W 10,944	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 continentie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	1/1/2005

Verstrekkingen gebruikt voor de verschilregel :

Verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
425014	W 0,879	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	1/6/1997
425110	W 1,167	Hygiënische verzorging (toiletten)	1/10/2005
425412	W 1,206	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	1/6/1997
425515	W 1,754	Hygiënische verzorging (toiletten)	1/10/2005

Tenlastelegging 2:

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken terwijl de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden gesloten krachtens deze zelfde wet en/of wanneer de verstrekkingen beoogd in artikel 34 van diezelfde wet werden voorgeschreven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

Betrokkene kon geen verpleegdossiers voorleggen.

Wettelijke basis:

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

Art. 73bis.

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 ;

Reglementaire basis:

Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (= Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen)

HOOFDSTUK I. - ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

"K.B. 30.1.1986" (in werking 1.7.1986) + K.B. 20.1.2020" (in werking 1.3.2020)

"**§ 8.** Onverminderd de bewaringstermijnen die door andere wetgevingen of door de regelen van de medische plichtenleer zijn opgelegd, moeten de verslagen, documenten, tracés en grafieken waarvan sprake is in de omschrijvingen in deze nomenclatuur, alsmede de verslagen, documenten, tracés en grafieken waarvan sprake is in het hierna volgende lid, evenals de protocollen van radiografieën en van laboratoriumonderzoeken, gedurende ten minste vijf jaar worden bewaard. De gegevens moeten onmiddellijk beschikbaar zijn voor de controles die bij de wet vastgelegd zijn. "

"K.B. 31.8.1998" (in werking 1.11.1998) + "K.B. 20.1.2020" (in werking 1.3.2020)

"Voor de verstrekkingen waarvoor in de omschrijving niet duidelijk een verslag, een document, een tracé, een grafiek wordt gevraagd, moet in het dossier worden aangetoond dat de verstrekking is uitgevoerd.

Hoofdstuk III Gewone geneeskundige hulp

Artikel 8

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)
"**AFDELING 4.** - Verzorging verleend door gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden."

"§ 3. Er zijn geen honoraria verschuldigd :"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"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."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"§ 4. Nadere bepalingen inzake de in rubriek I van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°*bis* en 4° bedoelde verstrekkingen :

1° De in rubriek I, A van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°*bis* en 4° vermelde basisverstrekking omvat :
- de globale observatie van de rechthebbende;
- de planning en evaluatie van de verzorging;
- de gezondheidsbegeleiding van de rechthebbende en zijn omgeving;
- het opmaken en bijhouden van een volledig verpleegdossier;
- de verplaatsingskosten, uitgezonderd de bijkomende verplaatsingskosten in de plattelandsstreken, behalve voor de basisverstrekkingen, bedoeld in rubriek I, A van § 1, 3°, 3°*bis* en 4°."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)
"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;"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)
"- de identificatie van de beoefenaars van de verpleegkunde die deze verzorging hebben verleend;"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)
"- de vermelding inzake continentie bedoeld in § 6, 4°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"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 :"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)
"- 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."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"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 :"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)
"- 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."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"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 :"

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)
"- 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."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)
"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."

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"3° De basisverstrekkingen bedoeld in rubriek I, A van § 1, 1°, 2°, 3°, 3° *bis* en 4° mogen slechts aangerekend worden als men terzelfdertijd hetzij één of meer technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°*bis* en 4° met uitzondering van de verstrekkingen 424395, 424690, 427991 en 424852, hetzij één of meer specifieke verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°*bis* attesteert.

4° Onverminderd de bepalingen van § 6 mogen de verstrekkingen 425110, 423054, 423076, 423091, 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 424336, 424351, 424373, 424395, 425176, 425191, 425213, 425515, 423253, 423275, 423290, 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 424491, 424513, 424535, 425574, 425596, 425611, 425913, 423356, 423371, 423393, 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 424631, 424653, 424675, 424690, 425972, 425994, 426016, 427755, 427770, 427792, 427814, 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 427932, 427954, 427976, 427991, 429030, 429052, 429074, 423430, 423452, 423474, 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 424793, 424815, 424830, 424852, 426370, 426392 en 426414 slechts éénmaal per verzorgingszitting worden geattesteerd."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)
"5° De verzorging mag door de beoefenaar van de verpleegkunde enkel over verschillende verzorgingszittingen gespreid worden om medische redenen, vermeld op het voorschrift. "

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)
"6° Voor eenzelfde rechthebbende mag de som van de honoraria voor de verschillende verpleegkundige verstrekkingen per verzorgingsdag, ongeacht het feit of zij tijdens meerdere verzorgingszittingen of door verschillende beoefenaars van de verpleegkunde werden verleend, volgende waarden niet overschrijden :"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)
"a) voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I, A en I, B van § 1, 1°, geldt een dagplafond van W 3,825;

b) voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I, A en I, B van § 1, 2°, geldt een dagplafond van W 5,710;

c) voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I, A en I, B van § 1, 3°, geldt een dagplafond van W 3,605;"

"K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"d) voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I, A en I, B van § 1, 3°*bis*, geldt een dagplafond van W 3,605;"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"e) voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I, A en I, B van § 1, 4°, geldt een dagplafond van W 3,605."

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)+ "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"Met de verstrekkingen 424395, 424690, 427991, 424852 en 424874 wordt geen rekening gehouden bij het bepalen van de waarden in het vorige lid."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"§ 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°:"
"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001) + "K.B. 13.1.2014" (in werking 1.4.2014)
"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 :"

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001)+ "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)
"b) de beoefenaar van de verpleegkunde houdt een dossier bij dat voldoet aan de bepalingen van § 4, 2° ;"

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.

Zie ook: artikel 150 van de GVU-wet:

“Onverminderd de bepalingen van het Sociaal Strafwetboek zijn de werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de verzorgingsinrichtingen, de tariferingsdiensten, alsmede hun aangestelden of gevolmachtigden, de personen die de bij deze gecoördineerde wet omschreven geneeskundige verstrekkingen mogen verlenen, en de rechthebbenden ertoe gehouden het inspecterend personeel van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle alle inlichtingen en bescheiden te verstrekken welke zij ter uitoefening van hun controleopdracht behoeven. Alle natuurlijke en rechtspersonen, alsmede hun aangestelden of gevolmachtigden, en in het bijzonder de producenten of leveranciers van medische apparatuur en toestellen, van terugbetaalde geneesmiddelen en farmaceutische specialiteiten, en andere terugbetaalde producten, die inlichtingen of documenten onder zich hebben die de hierboven bedoelde inspecteurs behoeven voor de uitoefening van hun controleopdracht, zijn eveneens gehouden tot die verplichting. De mededeling en het gebruik van die inlichtingen en bescheiden zijn afhankelijk gesteld van eerbiediging van het geneeskundig geheim.
Wat de verzekeringsinstellingen en de tarificatiediensten betreft, moet die mededeling van inlichtingen en stukken geschieden binnen een maximumtermijn van dertig dagen te rekenen vanaf de datum van aanvraag.
De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle heeft toegang tot alle gegevens en documenten die door verzekeringsinstellingen, tariferingsdiensten zorgverleners, verplegingsinrichtingen en andere inrichtingen of diensten voor geneeskundige verzorging dienen meegedeeld te worden in het kader van deze gecoördineerde wet.
De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle heeft rechtstreekse toegang tot de profielgegevens en de verwerking ervan bij de Dienst voor geneeskundige verzorging en de Dienst voor uitkeringen.
De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle heeft op aanvraag toegang tot de gegevens bedoeld in artikel 165, achtste lid bij de Dienst voor geneeskundige verzorging.”

Artikel 30 van het Sociaal Strafwetboek:

“Gegevens in een leesbare en verstaanbare vorm
Wanneer de gegevens bedoeld in de artikelen 28 en 29 toegankelijk zijn via een informaticasysteem of via elk ander elektronisch apparaat, hebben de sociaal inspecteurs het recht zich de op die informatiedragers geplaatste gegevens in een leesbare en verstaanbare vorm te doen voorleggen, in de door hen gevraagde vorm.”

Ten laste gelegd:

Deze tenlastelegging heeft betrekking op 18 verzekerden voor 1.151 verstrekkingen (onderverdeling: zie onderstaande tabel), voor de periode van 1/11/2021 tot 3/11/2022 (ontvangstdatum verzekeringsinstelling), voor een onverschuldigd bedrag van 19.495,68 euro.

Verstrekking	Omschrijving	Aantal	Bedrag
423076	Inspuitingen	58	€ 133,69
423275	Inspuitingen (weekend/feestdag)	28	€ 98,84
424351	Complexe wondzorg	46	€ 391,00
424373	Specifieke wondzorg	18	€ 250,20
424513	Complexe wondzorg	14	€ 173,32
424535	Specifieke wondzorg	11	€ 229,35
424874	Wekelijkse voorbereiding medicatie	2	€ 22,84
424896	Overleg arts i.v.m. wekelijkse voorbereiding medicatie	1	€ 25,13
425014	Eerste basisverstrekking	151	€ 600,44
425036	Tweede basisverstrekking	29	€ 115,42
425110	Hygiënische verzorging	87	€ 490,68
425272	Forfait A	209	€ 3.443,42
425294	Forfait B	183	€ 6.279,12
425412	Eerste basisverstrekking (weekend/feestdag)	67	€ 372,08
425434	Tweede basisverstrekking (weekend/feestdag)	14	€ 77,84
425456	Derde of latere basisverstrekking (weekend/feestdag)	14	€ 9,24
425515	Hygiënische verzorging (weekend/feestdag)	42	€ 355,74
425670	Forfait A (weekend/feestdag)	97	€ 2.389,19
425692	Toilet (weekend/feestdag)	78	€ 3.984,48
429015	Verpleegkundig consult	2	€ 53,66
Totaal		**1151**	**€ 19.495,68**

Verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
423076	W 0,484	Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toedieningsweg	1/7/2003
423275	W 0,730	Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toedieningsweg	1/7/2003
424351	W 2,203	Complexe wondzorg	1/7/2009
424373	W 2,9	Specifieke wondzorg	1/7/2009
424513	W 4,350	Complexe wondzorg	1/7/2009
424535	W 4,350	Specifieke wondzorg	1/7/2003
424874	W 2,365	Wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os	1/6/2012

424896	W 5,203	Verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os met akkoord van de behandelend arts	1/6/2012
425014	W 0,879	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	1/6/1997
425036	W 0,879	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	1/6/1997
425110	W 1,167	Hygiënische verzorging (toiletten)	1/10/2005
425272	W 3,825	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)	1/10/2005
425294	W 7,371	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 continentie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	1/1/2005
425412	W 1,206	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	1/6/1997
425434	W 1,206	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	1/6/1997
425456	W 1,206	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	1/6/1997
425515	W 1,754	Hygiënische verzorging (toiletten)	1/10/2005
425670	W 5,710	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	1/1/2005

		- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4).	
425692	W 10,944	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 continentie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	1/1/2005
429015	W 5,555	Verpleegkundig consult in de thuisverpleging	1/2/2009

Synoptische tabel

Tenlastelegging	NGV-codes	Aantal verstrekkingen	Aantal verzekerden	Onverschuldigd bedrag
TLL 1: overschattingen Katzschaal	425294	780	2	34.476,59 € (differentieel)
	425692	341		
TLL 2: verpleegdossiers	423076	58	18	19.495,68 €
	423275	28		
	424351	46		
	424373	18		
	424513	14		
	424535	11		
	424874	2		
	424896	1		
	425014	151		
	425036	29		
	425110	87		
	425272	209		
	425294	183		
	425412	67		
	425434	14		
	425456	14		
	425515	42		
	425670	97		
	425692	78		
	429015	2		
Totaal		2272	20	53.972,27 €
Terugbetaling				0 €
Resterend onverschuldigd bedrag				53.972,27 €
Periode van prestatie: 1/10/2021 t.e.m. 30/11/2023		Periode van ontvangst V.I.: 1/11/2021 t.e.m. 30/11/2023		

3. Vordering van eiser

De DGEC vraagt aan de Kamer van eerste aanleg,

- vast te stellen dat de feiten, geacteerd in het proces-verbaal van vaststelling van 11/10/2024, bewezen zijn en een inbreuk vormen op de bepalingen van artikel 73bis, 2° van de GVU-wet;
- aan verweerder op grond van artikel 142, § 1, 2° van de GVU-wet de terugbetaling van de waarde van de onterecht aangerekende verstrekkingen op te leggen ten belope van 53.972,27 euro;
- aan verweerder op grond van artikel 142, § 1, 2° van de GVU-wet voor de niet-conforme verstrekkingen *sub* tenlastelegging 1 (overschattingen Katzschaal) een administratieve geldboete van 150 % of 51.714,89 euro effectief op te leggen;
- aan verweerder met toepassing van artikel 156, § 1, tweede lid van de GVU-wet de betaling op te leggen van de verwijlinteresten die verschuldigd zullen zijn op de nog niet (terug)betaalde bedragen, vanaf het verstrijken van dertig dagen na de kennisgeving van de beslissing van de Kamer van eerste aanleg tot de volledige betaling van de gevorderde bedragen.

4. Standpunt van de partijen

Partijen hebben niet geconcludeerd, vermits verweerder verstek liet gaan. De DGEC legt een synthesenota en gevalsbespreking neer van 46 pagina's met betrekking tot 2 verzekerden waaruit de overscoring zou moeten blijken.

Verweerder werd verhoord in het kader van het onderzoek Hij schat de zelfredzaamheid van de verzekerden veel lager in. Hij zou ze wel digitaal hebben opgemaakt, maar het lukt hem niet om de verpleegdossiers te bezorgen.

5. Beoordeling

Ontvankelijkheid van de vordering tot vernietiging

Uit het dossier blijkt dat de vordering tijdig en regelmatig is ingesteld, en binnen drie jaar volgend op de datum van het proces-verbaal.

Ten gronde

De bepalingen van de nomenclatuur zijn van openbare orde en moeten strikt toegepast worden[4] Dat wil zeggen zonder enige toevoeging of weglating, gesteund op een eigen persoonlijke interpretatie, omwille van zogenaamde

[4] Cass (3e k) 20 november 2017, AR C 15 0213 N.

billijkheidsgronden, sociale overwegingen en/of het belang en comfort van de patient[5].

Door het verzorgen van verzekerden worden de zorgverleners bij de toepassing van de ziekte- en invaliditeitswetgeving betrokken en worden zij geacht hun medewerking te verlenen aan een openbare dienst. Van elke medewerker, en dus ook van verweerder wordt verwacht dat hij voldoende kennis heeft van de vigerende bepalingen[6]. Dat vooral van de nomenclatuurcodes die specifiek tot het beroepsdomein van die zorgverlener behoren[7]. Gelet op het beperkte budget van de ziekteverzekering, is elke zorgverlener er aldus persoonlijk mee verantwoordelijk voor dat dit correct wordt aangewend.

Verweerder als verpleger en zorgverlener, kende of had moeten kennis hebben van de strikte reglementaire RIZIV-bepalingen betreffende de minimale vereisten nopens de samenstelling, de inhoud en het bijhouden van verpleegdossiers en het per verstrekking nauwkeurig invullen, het registreren van evalueren en planificeren in het wondzorgdossier, per individuele rechthebbende patiënt.

Een zorgverlener is altijd sanctioneerbaar wanneer hij zich niet gedraagt of voegt naar de wettelijke en reglementaire bepalingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen[8]. Bedrieglijk opzet is daarbij niet vereist. Het materiëel bestanddeel van het misdrijf en het moreel bestanddeel dat bestaat uit de volwaardige wil van de dader om de materiële handeling of nalatigheid te stellen, staat dan ook vast. Misbruiken ten voordele van een bepaalde zorgverlener, ongeacht welke diens motieven zijn, dienen streng te worden bestraft.

De feiten komen de Kamer genoegzaam naar eis van recht bewezen voor.

De verklaringen van de verzekerden en de huisartsen over de zelfredzaamheid sluiten goed bij elkaar aan. Ze komen echter niet overeen met de scores die verweerder heeft toegekend. De werkelijke graad van de fysieke afhankelijkheidstoestand werd niet correct toegekend door verweerder, en overscoord op meerdere items van de Katz-schaal. Doordat hij bij beide verzekerden overscoorde op transfer en verplaatsing en toiletbezoek rekende hij gedurende een lange periode ten onrechte een forfait B aan. Verweerder motiveerde zijn scores op basis van de aandoeningen van de betrokken verzekerden (n.l. depressie en alcoholverslaving). De verzekerden maar ook de

---

[5] RvS 9 april 2004, nr. 130.208; Arbh Luik, 14 oktober 2011, nr 2010/AL/650, *Inf RIZIV* 2011, afl 3, 329; Arbh Antwerpen 22 februari 2005, *Soc. Kron.* 2006, 473; cfr. een noot onder het arrest van het Arbeidshof te Bergen d.d. 13 december 1995, gepubliceerd in het Informatieblad van het RIZIV 1996/3, blz. 365 e.v.

[6] GwH 12 maart 2003, rolnummer 2382/A; BEULS J, "De zorgverlener administratief gesanctioneerd. Het verbod om tegemoet te komen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen" in A. PRIMS, B. DE RUYVER, E. GULDIX en T. VANSWEEVELT, *Recht en gezondheidszorg*, Gent, 1999, 66 en 74.

[7] RvS (7e k) 2 september 2014, nr 228.245.

[8] vgl. Arbitragehof 30 oktober 2001, nr. 133/2001, B.6.1.; Arbitragehof 30 januari 2002, nr. 26/2002, B.7.; Arbitragehof 12 juni 2002, nr. 98/2002, B.5.2. en B.5.3.; Arbitragehof 12 februari 2003, nr. 23/2003, B.13 en B.14.

https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kvb_verpleegkundige_20240515_1.pdf

huisartsen spreken hier niet over. Bijgevolg konden er bij 2 verzekerden in plaats van een forfait B maximaal 7 toiletten per week worden aangerekend. Verweerder gaf in zijn verhoor toe dat hij voor 1 verzekerde de scores niet heeft aangepast toen haar toestand verbeterde.

Verpleegdossiers van deze 2 verzekerden en nog 18 andere werden opgevraagd, maar niet bezorgd. Verweerder kan zich bovendien niet verschuilen achter het feit dat hij niet de nodige capaciteiten zou hebben om zijn administratie te verzorgen. Tenlastelegging 2 met betrekking tot de niet-afgifte van verpleegdossiers met betrekking op 18 verzekerden, werd in de tweede tenlastelegging niet weerhouden voor de 2 verzekerden met betrekking tot de eerste tenlastelegging. Er is dus geen overlapping.

De terugvordering gebeurde correct en is cijfermatig bij te treden en ook de verschilregel werd toegepast, dit wil zeggen dat er een verschil werd gemaakt tussen hetgeen werd aangerekend en wat er maximaal kon worden aangerekend.

Alle ten laste gelegde prestaties zijn bewezen en kunnen dus weerhouden worden. De schade aan de ziekteverzekering moet hersteld worden door middel van een terugbetaling van de waarde van de ten onrechte aangerekende prestaties.

De administratieve geldboete

Naast de terugbetaling, wordt er ook een administratieve geldboete gevraagd van 150% voor tenlastelegging 1.

De administratieve geldboetes zoals bepaald in artikel 142 van de GVU-wet zijn voorzien van een minimum en een maximum en van 5% tot 150% van de waarde van de terugbetaling van de niet-conforme verstrekkingen). De administratieve geldboete staat aldus altijd in verhouding tot de waarde van de eerder onterecht aangerekende prestaties.

Bij het opleggen van de administratieve geldboete, houdt de Kamer rekening met de aard en de objectieve ernst van de bewezen verklaarde feiten, de omstandigheden waarin deze werden gepleegd, het bedrag van de ten onrechte aangerekende prestaties, zijnde 34.476,59 euro na toepassing van de verschilregel, de antecedenten van verweerder, alsook met de gevolgen van de feiten voor de verplichte ziekteverzekering, namelijk de verstoring van de goede werking van de verplichte ziekteverzekering die geen geld teveel heeft zodat het beschikbare budget correct moet gebruikt worden, de persoonlijkheid en meer in het bijzonder de omstandigheid dat er tot op heden van dat bedrag niets vrijwillig werd terugbetaald. De Kamer wijst er tevens op dat de op te leggen administratieve geldboete niet alleen de vergeldingsbehoefte, maar ook de preventie moet dienen. De op te leggen boete moet bijgevolg van aard zijn om verweerder ervan te weerhouden zich in de toekomst nog aan dergelijke feiten schuldig te maken, hem aan te sporen tot meer verantwoordelijkheidsbesef en tot het naleven van de wet.

De op te leggen administratieve geldboete is passend, billijk en naar recht verantwoord, gelet op de voorgaande beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 18/6/2018 (algemeen rolnummer: NA-022-16):

Er werd op 29/6/2016 een PVVa (= proces-verbaal van vaststelling) opgesteld met één tenlastelegging voor een bedrag van 98.327,04 euro. De tenlastelegging ging over niet-conforme verstrekkingen (overschattingen van de Katzschalen). Er was een procedure voor de Kamer van Eerste Aanleg met een uitspraak op 18/6/2018. De tenlastelegging werd weerhouden. Er werd een administratieve boete opgelegd van 98.327,04 euro effectief[9]. De uitvoering van deze beslissing is heden nog niet volledig gebeurd, en na 7 jaar is er nog terug te betalen.

Ter terechtzitting d.d. 26 maart 2026 heeft verweerder verstek laten gaan. Partijen hebben sinds de vaststelling van rechtsdag geen nieuwe besluiten, nota's of stukken neergelegd.

In deze omstandigheden kan op de vordering van eiser worden ingegaan.

[9] https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kea_verpleegkundige_20180618_2.pdf

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 2, n), 73*bis*, 2°, 142, §1, 2°, 142, §2, tweede lid, a), 142, § 3, 3°, 144, § 2, 1°, 145 en 156, §1; het K.B. tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 september 1984, in het bijzonder op de artikelen 1, §8, 8, §§1, 3, 4, 5, 3°, 6 en de Bijlage bij het koninklijk besluit;

Gelet 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 de artikelen 3 en 19 van het K.B. van 9 mei 2008 tot bepaling van het Procedurereglement.

Recht doende bij verstek,

Verklaart de heer A... schuldig aan de hem ten laste gelegde feiten, die een inbreuk vormen op de bepalingen van artikel 73*bis*, 2° van de GVU-wet.

Stelt vast dat de waarde van de ten onrechte aangerekende prestaties de som van 53.972,27 euro bedraagt.

Verklaart de vordering van het RIZIV tot terugbetaling van het bedrag van 53.972,27 euro ontvankelijk en gegrond.

Verklaart de vordering van het RIZIV tot betaling van een administratieve geldboete voor de niet-conforme verstrekkingen sub tenlastelegging 1 (overschattingen Katzschaal) ontvankelijk en gegrond en legt aan de heer A... een administratieve geldboete op van 150 procent van de waarde van deze onregelmatig aangerekende verstrekkingen en bepaalt deze administratieve geldboete op 51.714,89 euro.

Veroordeelt aldus de heer A... tot betaling aan het RIZIV van een totaal bedrag van 105.687,16 euro, te vermeerderen met de verwijlinteresten aan de wettelijke intrestvoet, en opeisbaar vanaf het verstrijken van dertig dagen na de kennisgeving van de beslissing van de Kamer van eerste aanleg.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 21 mei 2026 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:

- de heer Luc Muyldermans, ere-magistraat, Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg

- de heer Martin Volcke, griffier

Volgen de handtekeningen:

Martin VOLCKE Luc MUYLDERMANS

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 de heer Luc Muyldermans, ere-magistraat, stemgerechtigd Voorzitter, dokter Astrid Janssens en dokter Sarah Coox, stemgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede uit de mevrouw Els Bulteel en de heer Peter Maes, 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 1 juli 1994). Het beroep bij de Kamer van beroep schort de uitvoering van de beslissing niet op (artikel 156, § 2, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994).