

KAMER VAN BEROEP
BESLISSING d.d. 11/09/2025
Algemeen rolnummer: NB-009-23
2017-XXXXXX-G-XX-XXX-00000
A.R.: 13/25

Betreft:

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

eerste appellante, die in persoon verschijnt,

en

B..., met maatschappelijke zetel te XXXX, XXXX met KBO-nummer: XXXX.XXX.XXX.

tweede appellante

beiden, respectievelijk bijgestaan en vertegenwoordigd door Mr. C..., advocaat te XXXX, XXXX.

tegen

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

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

Op de openbare terechtzitting van 27 mei 2025 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. VOORGAANDEN IN DE PROCEDURE

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- de beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 04.09.2023, ter kennis gegeven aan appellanten op 06.09.2023;
- de beroepsakte van appellanten van 06.10.2023, ontvangen op de griffie van de Kamer van beroep op 10.10.2023;
- de antwoordconclusies van geïntimeerde van 11.12.2023, neergelegd op de griffie van de Kamer van beroep op 11.12.2023;
- de vaststelling van rechtsdag op 27.05.2025.

Werden gehoord op de openbare terechtzitting van 27 mei 2025:

- meester C... als raadsman van de appellanten en mevrouw A... in persoon.
- de heer E... en mevrouw D... namens geïntimeerde.

De debatten werden gesloten, de zaak werd in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 11 september 2025, eerste nuttige zitting van de Kamer van beroep.

2. DE ONTVANKELIJKHEID VAN HET HOGER BEROEP

Het hoger beroep werd tijdig en regelmatig ingesteld. Het is ontvankelijk.

Dit betekent dat de Kamer van beroep de grieven van de appellanten kan onderzoeken en het geschil ten gronde kan beoordelen.

3. FEITEN EN TENLASTELEGGINGEN

3.1. Mevrouw A... is gebrevetteerde verpleegkundige.

Zij is zaakvoerder en coördinator van de zelfstandige thuisverplegingspraktijk "B...", en dit sinds februari 2018 samen met haar echtgenoot de heer F....

Volgens de synthesesnota van de DGEC werkte zij in 2018-2019 met een team van medewerkers. De meeste verpleegkundigen werkten in loondienst voor B.... Enkelen voerden verstrekkingen uit in het kader van een zelfstandig statuut.

De Leidend ambtenaar besliste op 12 juni 2020 tot volledige opschorting van de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen in het kader van de derdebetalersregeling voor een periode van 12 maanden omdat er ernstige,

nauwkeurige en onderling overeenstemmende aanwijzingen waren voor het bedrag in hoofde van mevrouw A... en B... (cf. art. 77 sexies van de ZIV-wet van 14 juli 1994).

Deze beslissing is onder meer gesteund op de vaststelling dat

- het aanrekenprofiel van mevrouw A... van 2017 naar 2018 sterk was gestegen (verdrievoudiging),
- zij 3 maal definitief was veroordeeld,
- er werd gewerkt met zorgkundigen zonder erkenning van een structureel equipe,
- er nieuwe inbreuken zijn begaan voor wat betreft de realiteit en conformiteit van de aangerekende verstrekkingen.

Tegen deze beslissing werd geen hoger beroep ingesteld.

3.2. Er werd verder onderzoek gevoerd door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC).

Op basis daarvan werden er in het proces-verbaal van vaststelling van 2 juni 2021 aan mevrouw A... als werkgever-organisator voor de thuisverplegingsgroep en als verantwoordelijke voor de opmaak en het beheer van de evaluatieschalen volgende inbreuken ten laste gelegd:

3.2.1. TENLASTELEGGING 1: “niet-conforme verstrekkingen”

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.

Inbreuk die wordt beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name : de fysieke afhankelijkheidstoestand van de verzekerde beantwoordt niet aan de vereiste criteria omschreven in de nomenclatuur. Door het te hoog inschalen van de graad van afhankelijkheid van de verzekerde werden te hoge forfaitaire honoraria aangerekend.

Reglementaire basis: art. 8, §1 tem §6 van de Nomenclatuur van de Geneeskundige Verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor

geneeskundige verzorging en uitkeringen (bijlage bij het KB van 14 september 1984):

Ten laste gelegde verstrekkingen

Codenr. verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
425014	W 0,879	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425036	W 0,879	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425051	W 0,879	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425110	W 1,167	Hygiënische verzorging (toiletten)	01/10/2005
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)	01/10/2005
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 continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	01/01/2005
427055	W 10,887	Forfaitair honorarium PA, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend: • aan een 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) • op voorwaarde dat deze rechthebbende beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	01/10/2005
427033	W 11,750	Forfaitair honorarium PB, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het	01/10/2005

		geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende: • wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijkheid 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) • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	
425412	W 1,206	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425434	W 1,206	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425456	W 1,206	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425515	W 1,754	Hygiënische verzorging (toiletten)	01/10/2005
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 - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4)	01/01/2005
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)	01/01/2005
427136	W 16,253	Forfaitair honorarium PA, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend: • aan een 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)	01/10/2005

		• op voorwaarde dat deze rechthebbende beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	
427114	W 17,493	Forfaitair honorarium PB, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende: • wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijkheid 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) • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	01/10/2005

Ten laste gelegd:

Deze tenlastelegging betreft 9 verzekerden en 2.318 verstrekkingen met prestatiedata van 1/5/2018 tot 31/12/2019 en data van indiening bij de V.I. (verzekeringsinstellingen) van 6/6/2018 tot 3/1/2020, voor een onverschuldigd bedrag van 61.209,30 euro.

3.2.2. TENLASTELEGGING 2: “niet-conforme verstrekkingen”

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.

Inbreuk die wordt beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name: het aanrekenen van toiletten terwijl in werkelijkheid enkel compressietherapie werd uitgevoerd.

Met name: het aanrekenen van toiletten terwijl in werkelijkheid enkel compressietherapie werd uitgevoerd, evenwel zonder geldig medisch voorschrift voor compressietherapie.

Met name: het aanrekenen van zowel een toilet als compressietherapie met telkens een basisverstrekking, terwijl in werkelijkheid de compressietherapie werd uitgevoerd tijdens één zitting, evenwel zonder geldig medisch voorschrift voor compressietherapie.

Reglementaire basis: artikel 8, §1 en §2 van de Nomenclatuur van de Geneeskundige Verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (bijlage bij het KB van 14 september 1984):

Ten laste gelegde verstrekkingen

Codenr. verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
425014	W 0,879	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425036	W 0,879	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425051	W 0,879	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425110	W 1,167	Hygiënische verzorging (toiletten)	01/10/2005
424933	W 0,484	In het kader van compressietherapie: aandoen en/of uittrekken van kous (en)	01/04/2014
425412	W 1,206	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425434	W 1,206	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425456	W 1,206	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425515	W 1,754	Hygiënische verzorging (toiletten)	01/10/2005
424955	W 0,730	In het kader van compressietherapie: aandoen en/of uittrekken van kous (en)	01/04/2014

Ten laste gelegd:

Deze tenlastelegging betreft 2 verzekerden en 845 verstrekkingen met prestatiedata van 1/5/2018 tot 31/12/2019 en data van indiening bij de V.I. van 6/6/2018 tot 3/1/2020, voor een onverschuldigd bedrag van 4.292,92 euro.

3.2.3. TENLASTELEGGING 3: “niet-conforme verstrekkingen”

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.

Inbreuk die wordt beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name : er werd een forfait B – palliatieve forfait B aangerekend zonder dat er een toilet werd gegeven, zoals vereist volgens § 5, 3° van Artikel 8 van de nomenclatuur.

Met name : er werd enkel compressietherapie uitgevoerd, evenwel zonder geldig medisch voorschrift.

Reglementaire basis art. 8, §1 en §2 van de Nomenclatuur van de Geneeskundige Verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (bijlage bij het KB van 14 september 1984):

Ten laste gelegde verstrekkingen

Codenr. 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 continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	01/01/2005
427033	W 11,750	Forfaitair honorarium PB, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende: • wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijkheid 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) • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	01/10/2005
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 :	01/01/2005

		- 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)	
427114	W 17,493	Forfaitair honorarium PB, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende: • wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijkheid 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) • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	01/10/2005

Ten laste gelegd:

Deze tenlastelegging betreft 2 verzekerden en 328 verstrekkingen met prestatiedata van 1/5/2018 tot 31/12/2019 en data van indiening bij de V.I. van 4/6/2018 tot 3/1/2020, voor een onverschuldigd bedrag van 19.534,62 euro.

3.2.4. TENLASTELEGGING 4: “niet-conforme verstrekkingen”

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.

Inbreuk die wordt beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name: het dossier (verpleegdossier, wondzorgdossier, palliatief dossier) ontbreekt of de minimale inhoud, omschreven in artikel 8 §4, 2°, § 5bis 5° en § 8, 5° van de nomenclatuur, staat er niet in vermeld.

Reglementaire basis:

- art. 8, §1 tot §8 van de Nomenclatuur van de Geneeskundige Verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (bijlage bij het KB van 14 september 1984):
- 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, bijgesteld 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.

- Richtlijn van 23 mei van het Verzekeringscomité (omzendbrief aan de verpleegkundigen 2012/1)

Schema van de minimale inhoud

Minimale inhoud	Verstrekkingen type 1: Nomenclatuur per akte (behoudens verstrekkingen ressorterend onder een ander type) + T2 en T7	Verstrekkingen type 2: Forfaitaire verstrekkingen en complexe wondzorg	Verstrekkingen type 3: Palliatieve verstrekkingen, STVV's, verpleegkundig consult, diabetesverstrekkingen, specifieke wondzorg
Niveau 1	- ID rechthebbende - ID verpleegkundige - Verleende verstrekkingen - Evaluatieschaal indien vereist - Voorschrift indien vereist - ID voorschrijver indien vereist	- ID rechthebbende - ID verpleegkundige - Verleende verstrekkingen - Evaluatieschaal indien vereist - Voorschrift indien vereist - ID voorschrijver indien vereist	- ID rechthebbende - ID verpleegkundige - Verleende verstrekkingen - Evaluatieschaal indien vereist - Voorschrift indien vereist - ID voorschrijver indien vereist

Niveau 2 Planning en evaluatie	- Planning - Evaluatie Minimaal om de twee maanden moeten de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld worden.	- Planning - Evaluatie Minimaal om de twee weken moeten de relevante elementen van planning en evaluatie van de verzorging vermeld worden.	- Planning - Evaluatie Minimaal wekelijks moeten de relevante elementen van planning en evaluatie van de verzorging vermeld worden. (deze frequentie geldt niet voor consults en diabetes-verstrekingen aangezien die éénmalig worden verleend of een verslag of een verpleegplan omvatten).
---	--	---	---

...

- Richtlijnen betreffende de inhoud van het verpleegkundig dossier inzake de complexe en specifieke wondzorg.

Dit dossier maakt integraal deel uit van het verpleegdossier en bevat de verpleegkundige anamnese, de klinische beoordeling van de verpleegkundige (verpleegkundige diagnoses), het verzorgingsplan (verpleegkundige interventies) en de evaluatie van de resultaten.

- **De verpleegkundige anamnese bevat de volgende elementen:**

- o Datum van de verpleegkundige anamnese
- o Identificatiegegevens van de patiënt
- o Huisarts: identificatiegegevens
- o Geneesheer-specialist : identificatiegegevens
- o Vaste verpleegkundige : identificatiegegevens
- o Referentieverpleegkundige inzake wondzorg : identificatiegegevens
- o Medische of heelkundige antecedenten die een invloed kunnen hebben op de wonde, indien er medische gegevens hierover beschikbaar zijn.
- o Allergieën:
 - huid
 - geneesmiddelen: als er medische gegevens hierover beschikbaar zijn (naam van de arts en datum waarop de gegevens werden overgemaakt)
 - voeding
- o Beïnvloedende factoren of potentieel beïnvloedend :
 - voedingstoestand
 - hydratatiestoestand
 - van medische oorsprong (bijvoorbeeld: hartinsufficiëntie, arteritis,...)
 - van therapeutische oorsprong (bijvoorbeeld: anti-ontstekings- en anti-infectieuze geneesmiddelen, chemotherapie, ...)
 - verlies van mobiliteit
 - andere (te specificeren)
- o Gezinstoestand
 - Alleenstaande
 - Leeft in een gezin
- o Contactperso(o)n(en) voor de patiënt: identificatiegegevens

- **De klinische beoordeling (verpleegkundige diagnoses) omvat de volgende elementen:**

- **Beschrijving van de wonde(n)**
 - o aantal wonde(n)
 - o lokalisatie van de wond(en)
 - o oorsprong van de wonde(n) en de datum dat ze zijn verschenen

- type wonde(n)
 - wonde(n) met drain met/zonder aspiratie
 - wonde(n) met wiek 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
 - tweede- of derdegraadsbrandwonde(n) of ent(en) met een oppervlakte van 60 cm² of meer
 - ulcus of ulcera met een oppervlakte van 60 cm² of meer
 - diepe doorligwonde(n) die de pezen en de beenderen aantasten
 - het debrideren van doorligwonde(n)
- **Evaluatie van de wonde(n)**
 - afmetingen (diepte, breedte, lengte)
 - stadium van de wondheling (roze, rood, geel, zwart)
 - exsudaat (0, +, ++, +++)
 - wondranden
 - pijn (acuut of chronisch)
- **Het verzorgingsplan omvat:**
 - **De planning van de verpleegkundige interventies**
 - **De lokale behandeling van de wonde(n)**
 - aard
 - frequentie
 - spreiding van de verzorging over de dag
 - reiniging van de wonde en gebruikte producten
 - afdekking van de wonde
 - fixatiemiddelen
 - compressiemiddelen
 - **De evaluatie van het resultaat van de behandeling**

Ten laste gelegde verstrekkingen

Codenr. verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
425014	W 0,879	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425036	W 0,879	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425110	W 1,167	Hygiënische verzorging (toiletten)	01/10/2005
424933	- W 0,484	In het kader van compressietherapie: aandoen en/of uittrekken van kous (en)	01/04/2014
424351	W 1,759	Complexe wondzorg	01/07/2009
425176	W 0,804	blaassondage; blaasinstillatie; blaasspoeling	01/06/1997
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	01/10/2005

		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)	
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 continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4)	01/01/2005
425316	W 10,083	- 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)	01/01/2005
427033	W 11,750	Forfaitair honorarium PB, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende: • wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijkheid wegens het criterium zich wassen en het	01/10/2005

		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) • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	
427070	W 7,062	Supplementair honorarium, forfait PN genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende: • in wiens hoofde één of meer verstrekkingen bedoeld sub I of sub III van deze rubriek worden aangerekend, zonder dat het dagplafond bedoeld in § 4, 6° wordt bereikt, • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	01/10/2005
428035	W 0,134	Vergoeding voor de herhaaldelijke noodzakelijke verstrekkingen bij zeer afhankelijke patiënten	01/01/2010
425412	W 1,206	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425434	W 1,206	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	01/06/1997
425515	W 1,754	Hygiënische verzorging (toiletten)	01/10/2005
424955	W 0,730	In het kader van compressietherapie: aandoen en/of uittrekken van kous (en)	01/04/2014
424513	W 2,562	Complexe wondzorg	01/07/2009
425574	W 1,206	blaassondage; blaasinstillatie; blaasspoeling	01/06/1997
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 - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4)	01/01/2005
425692	W 10,944	Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de	01/01/2005

		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)	
425714	W 15,017	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 continentie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3)	01/01/2005
427114	W 17,493	Forfaitair honorarium PB, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende: • wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria : - afhankelijkheid 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) • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	01/10/2005
427151	W 10,624	Supplementair honorarium, forfait PN genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de	- 01/10/2005

		verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende: • in wiens hoofde één of meer verstrekkingen bedoeld sub I of sub III van deze rubriek worden aangerekend, zonder dat het dagplafond bedoeld in § 4, 6° wordt bereikt, • en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°	
428050	W 0,134	Vergoeding voor de herhaaldelijke noodzakelijke verstrekkingen bij zeer afhankelijke patiënten	01/01/2010

Ten laste gelegd:

Deze tenlastelegging betreft 14 verzekerden en 1.042 verstrekkingen met prestatiedata van 1/6/2018 tot 31/08/2018 en data van indiening bij de V.I. van 4/7/2018 tot 7/9/2018, voor een onverschuldigd bedrag van 18.242,82 euro.

3.2.5. Synoptische Tabel

Tenlasteleggingen	Referenties	NVG-codes	Aantal verstrekkingen		Aantal verzekerden	Onverschuldigd bedrag
TLL 1: Overscoring	Art. 8, § 1 NGV	425294	1515	2318	9	61.209,3 €
		425692	674			
		427033	65			
		427114	64			
TLL 2: Toilet aangerekend i.p.v. compressietherapie	Art. 8, § 1 NGV	424933	18	845	2	4.292,92 €
		424955	3			
		425014	262			
		425036	18			
		425110	295			
		425412	117			
		425434	3			
		425456	1			
TLL 3: Forfait zonder toilet	Art. 8, §1 NGV	425294	12	328	2	19.534,62 €
		425692	6			
		427033	238			
		427114	72			
TLL 4: Ontbreken/onvolledig verpleegdossier	Art. 8, §1 NGV	424351	36	1042	14	18.242,82 €
		424513	9			
		424933	52			
		424955	26			
		425014	150			
		425036	38			
		425110	126			
		425176	20			
		425272	18			
		425294	154			
		425316	75			
		425412	65			
		425434	19			
		425515	54			

		425574	13			
		425670	12			
		425692	61			
		425714	22			
		427033	18			
		427070	5			
		427114	8			
		427151	3			
		428035	38			
		428050	20			
Periode van prestatie van 1/5/2018 tot 31/12/2019	Periode van indiening V.l.: van 6/6/2018 tot 3/1/2020	TOTAAL		4533	27	<u>103.279,66 €</u>

Er werd volgens de DGEC niets terugbetaald.

4. DE BESLISSING VAN DE KAMER VAN EERSTE AANLEG

4.1. Op 20 juni 2022 heeft de DGEC de zaak via verzoekschrift ingeleid bij de Kamer van eerste aanleg.

De vordering van de DGEC strekte er toe

- vast te stellen dat de feiten, geacteerd in het proces-verbaal van vaststelling van 02/06/2021, bewezen zijn en een inbreuk vormen op de bepalingen van artikel 73bis, 2° van de Gvu-wet;
- aan mevrouw A... 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 103.279,66 euro, hoofdelijk met B... op basis van artikel 164, tweede lid van de Gvu-wet;
- aan mevrouw A... op grond van artikel 142, § 1, 2° van de Gvu-wet een administratieve geldboete van 150 % of 154.919,49 euro effectief op te leggen;
- aan mevrouw A... en B... op grond van artikel 156, § 1, tweede lid van de Gvu-wet de betaling op te leggen van de verwijlinteressen 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.

4.2. Bij beslissing van 4 september 2023 verklaarde de Kamer van eerste aanleg de vordering van DGEC ontvankelijk en gegrond als volgt:

- mevrouw A... werd veroordeeld tot terugbetaling van de waarde van de onterecht aangerekende verstrekkingen ten belope van het bedrag van 103.279,66 euro, hoofdelijk met B... op basis van artikel 164, tweede lid van de GVVU-wet;
- mevrouw A... werd voor de vier tenlasteleggingen samen veroordeeld tot een administratieve geldboete, bepaald op 150 % van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen of een bedrag van 154.919,49 euro effectief.

De appellanten hebben hoger beroep aangetekend tegen deze beslissing.

5. BEROEPSGRIEVEN

5.1. De vorderingen en middelen van de appellanten

De appellanten vorderen:

- het hoger beroep ontvankelijk en gegrond te verklaren,
- het onderzoek van de DGEC nietig te verklaren gelet op
 - de gebrekkige bewijsvoering die krachtens het recht onmogelijk kan leiden tot een regelmatige besluitvorming met betrekking tot de tenlasteleggingen.
 - het feit dat er geen sprake was van een overschoring.
- in ondergeschikte orde, met betrekking tot de administratieve geldboete:
 - indien er besloten wordt om een administratieve geldboete op te leggen, deze te reduceren tot het minimum, minstens deze te herleiden tot een proportionele sanctionering, gelet op de nieuwe en correcte inzichten van de eerste appellante.
 - de administratieve geldboete met volledig of gedeeltelijk uitstel op te leggen (art. 157 van de GVVU-wet).

5.2. De vorderingen en middelen van de DGEC

De DGEC vordert het hoger beroep ontvankelijk, doch ongegrond te verklaren.

De DGEC vraagt de beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 4 september 2023 in al haar onderdelen te bevestigen.

6. BEOORDELING

6.1. De ingeroepen gebrekkige bewijsvoering

1. De appellanten stellen dat het van belang is dat de verzekerden, die als getuigen zijn verhoord en kwetsbare personen betreffen, bijstand hadden van een advocaat. Dit laatste was niet het geval.

Deze stelling is op zich echter geen reden om de verklaringen afgelegd in het huidige dossier door de verzekerden bij voorbaat buiten beschouwing te laten.

De bijstand van een advocaat was krachtens artikel 6, §3 van het EVRM niet verplicht aangezien de verzekerden niet werden verhoord als verdachte.

Het recht op bijstand van een advocaat geldt overigens enkel ten persoonlijke titel. De appellanten kunnen zich dus in beginsel niet beroepen op de eventuele miskenning van dit recht ten aanzien van een ander persoon, die enkel als getuige verklaringen heeft afgelegd (Cass. 6 februari 2018, *RW* 2018-2019, 1150). Dit is in de huidige zaak het geval ten aanzien van de verzekerden.

2. De appellanten werpen in de tweede plaats op dat er in de processen-verbaal van verhoor van de verzekerden niet werd vermeld welke vragen hen precies gesteld zijn en dat nergens blijkt dat zij gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om vragen toe te voegen.

Deze vaststelling is op zich correct, maar laat evenmin toe om de verklaringen van de verzekerden bij voorbaat ter zijde te schuiven.

Het noteren van de vragen is niet algemeen verplicht. Het is enkel opgelegd in het geval de verhoorde persoon daarom uitdrukkelijk vraagt (cf. art. 62, eerste lid, 1°a) Sociaal Strafwetboek). Dit blijkt in deze zaak niet het geval te zijn.

De appellanten stellen dat het noteren van de vragen niettemin van belang kan zijn bij de beoordeling van de verklaringen omdat het mogelijk is dat er suggestieve vragen zijn gesteld.

Dat er effectief suggestieve vragen zijn gesteld, kan echter niet bij voorbaat als een algemeen en vaststaand feit worden aangenomen. In zoverre het ontbreken van de vragen belang vertoont voor de beoordeling van de bewijswaarde van de verklaring, moet dit concreet worden aangewezen.

3. Ook de overige punten van kritiek, geformuleerd door de appellanten, zijn geen reden zijn om de verklaringen van de verzekerden bij voorbaat integraal te weren als bewijselementen.

Dit geldt met name voor het feit dat de verklaringen onvolledig of zelfs onderling tegenstrijdig zouden zijn, dat er bij gebrek aan aanwezigheid van de verzekerde persoon een andere persoon uit zijn/haar omgeving werd verhoord, of het feit dat er niet voldoende werd doorgevraagd naar de exact toegediende zorg, of de exacte periode van de zorg.

Concrete voorbeelden worden er in dit verband immers niet gegeven. Er is enkel sprake van een verwijzing naar de verhoren van 2 personen, die volgens de DGEC in de huidige zaak zelfs niet aan de orde zijn. De appellanten tonen ook niet aan dat deze personen effectief werden verhoord in het huidig dossier.

4. De Kamer van beroep kan bijgevolg enkel besluiten dat de algemene bemerkingen van de appellanten bij de bewijsvoering niet volstaan om deze bij voorbaat ter zijde te schuiven.

Elke verklaring dient concreet te worden beoordeeld. Daarbij moet worden nagegaan in welke mate zij inhoudelijk wordt betwist, of deze betwisting relevant is én in welke mate de kritiek - alle overige elementen en de rechten van verdediging in acht genomen - de bewijswaarde kan beïnvloeden.

Daarop gaan de appellanten in het kader van hun algemene kritiek op de bewijsvoering echter niet in.

6.2. Tenlastelegging 1: de inschatting van de KATZ-schaal

5. De eerste tenlastelegging betreft de beoordeling van de afhankelijkheidsgraad van de verzekerde aan de hand van de evaluatieschaal opgenomen in de nomenclatuur (de zgn. KATZ-schaal).

De graad van afhankelijkheid werd volgens de DGEC te hoog bepaald met als gevolg de aanrekening van te hoge forfaitaire honoraria.

De appellanten stellen dat de eigen scores werden bevestigd door de ziekenfondsen en door familiehelp.

Op de repliek van de DGEC dat dit op zich niet wordt aangetoond, gaan de appellanten echter niet in. Zij leggen de bedoelde scores van andere instanties niet voor.

Dit betekent dat ook niet kan worden nagegaan of de scores van de andere instanties effectief betrekking hebben op dezelfde periode, noch of de items van belang zijn voor de beoordeling van de ingeroepen foutieve inschatting. Dit argument faalt dan ook.

6. Daarnaast maken de appellanten per verzekerde opmerkingen over de graad van afhankelijkheid van deze personen. Deze opmerkingen blijken echter niet te raken aan het feit dat er nog steeds sprake is van een foutieve inschatting in de zin zoals ingeroepen door de DGEC.

Dit geldt met name voor:

- **Verzekerde G...** (of H... volgens het DGEC)

De DGEC stelt dat voor de periode van 1 september 2018 tot 30 november 2018 ten onrechte forfait B werd aangerekend omdat voor de items 'transfer en verplaatsing' en 'toiletbezoek' score 3 werd aangerekend in plaats van 2.

Score 3 voor beide voormelde items is minimaal vereist voor het forfait B en staat respectievelijk voor:

- nood aan volstreekte hulp van derden voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen
- moet volledig geholpen worden om naar het toilet te gaan en/of zich te kleden en/of zich te reinigen, met dien verstande dat er 2 van de 3 voormelde items hulp nodig is (cf. richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal van toepassing vanaf 1 april 2011).

De Kamer van beroep stelt vast dat de appellanten niet inroepen dat de voormelde voorwaarden zouden vervuld zijn.

Zij beroepen zich in essentie op het feit dat de toenemende dementie klaarblijkelijk problemen op het vlak van incontinentie met zich bracht, samen met onaangepast gedrag op dit punt.

Dit verweer spreekt echter niet tegen dat het item 'transfer en verplaatsing' wel mogelijk was zonder volstreekte hulp van derden, zoals het onderzoek van de DGEK uitwees. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheid om zich bij 'toiletbezoek' te verplaatsen en zich te kleden.

De Kamer van beroep dient dan ook vast te stellen dat de argumentatie van de appellanten niet raakt aan de kern van de zaak, nl. dat de aanrekening van het forfait B niet correct was omdat de items 'transfer en verplaatsing' en 'toiletbezoek' te hoog waren ingeschat.

- **Verzekerde I...**

De DGEK stelt dat voor de periode van 1 november 2018 tot 31 december 2019 ten onrechte forfait B werd aangerekend omdat voor de items 'transfer en verplaatsing' en 'toiletbezoek' score 3 werd aangerekend in plaats van 2.

Score 3 voor beide voormelde items is minimaal vereist voor het forfait B en staat respectievelijk voor:

- nood aan volstreekte hulp van derden voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen
- moet volledig geholpen worden om naar het toilet te gaan en/of zich te kleden en/of zich te reinigen, met dien verstande dat er 2 van de 3 voormelde items hulp nodig is (cf. richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal van toepassing vanaf 1 april 2011).

De Kamer van beroep stelt vast dat de appellanten niet inroepen dat de voormelde voorwaarden zouden vervuld zijn.

Zij beroepen zich op een brief van de dochter van de verzekerde, mevrouw J..., en op het feit dat mevrouw I... in principe elke dag gedoucht werd.

Het dagelijks toilet wordt op zich niet betwist door de DGEC, integendeel. Dit biedt echter geen argument voor de inschaling van de items 'transfer en verplaatsing' of 'toiletbezoek' op score 3.

De brief van mevrouw J... toont evenmin aan dat de vaststellingen gedaan in het kader van het onderzoek door de DGEC omtrent deze laatste items voor wat betreft de betwiste periode van aanrekening, onjuist zouden zijn.

De tenlastelegging is terecht.

- **Verzekerde K...**

De DGEC stelt dat voor de periode van 28 juni 2018 tot 31 december 2019 ten onrechte forfait B werd aangerekend omdat voor de items 'transfer en verplaatsing' en 'toiletbezoek' score 3 werd aangerekend in plaats van 2.

De DGEC verwijst naar de verklaringen van de verzekerde en zijn huisarts.

De appellanten betwisten een en ander niet. Zij stellen enkel dat er verschillende controles zijn geweest door het ziekenfonds en dat er steeds bevestiging was.

De DGEC merkt terecht op dat het resultaat van deze controles niet werd voorgelegd. Dit betekent dat noch de overeenstemming met de periode, noch de overeenstemming met de scores op de relevante items kan worden nagegaan.

De tenlastelegging, die werd gesteund op duidelijke en op zich niet betwiste vaststellingen, is dan ook als gegrond te beschouwen.

- **Verzekerde L...**

De DGEC stelt dat voor de periode van 1 november 2018 tot 31 december 2019 ten onrechte forfait B werd aangerekend omdat voor het item 'eten' score 3 werd aangerekend in plaats van 2.

De Kamer van beroep stelt vast dat dit niet doorslaggevend is. Opdat forfait B kan worden aangerekend, volstaat het dat hetzij het item 'eten', hetzij het item 'continentie' op score 3 wordt geëvalueerd.

De DGEC vermeldt in zijn conclusies zelf dat dit laatste het geval is volgens de inschatting gemaakt door de huisarts.

Dit brengt met zich dat er ten aanzien van de vastgestelde inbreuk minstens twijfel bestaat en dat deze niet kan worden weerhouden.

Het teruggevorderde bedrag moet worden herleid met het desbetreffend verschil tussen forfait B en forfait A, nl. de som van **7.329,64 euro**.

- **Verzekerde M..., N... en O...** (P... volgens de DGEC).

De appellanten stellen dat het patiënten betreft van Q... en dat de scores in verband met hun afhankelijkheid door Q... werden ingevuld. De appellanten zouden een niet nader bepaalde score zelf naar beneden hebben gebracht.

Dit verweer raakt echter niet aan de kern van de zaak. De appellanten kunnen niet alleen worden aangesproken voor het zelf opstellen of afleveren van reglementaire documenten die een terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken terwijl de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de nomenclatuur. Dit geldt ook voor het 'laten opstellen' of het 'laten afleveren' van dergelijke documenten.

Het verweer spreekt de tenlastelegging bijgevolg niet tegen. Er is geen reden om deze tenlastelegging ten aanzien van de appellanten in vraag te moeten stellen.

Ten aanzien van de heer N... past het bovendien op te merken dat het forfait B in de regel pas kan worden aangerekend indien er per verzorgingsdag een toilet wordt uitgevoerd conform de nomenclatuur (art. 8, § 5, 3° van de nomenclatuur). De appellanten bevestigen zelf dat de verpleegkundige geen toilet toediende. Bijgevolg werd door de DGEC terecht besloten dat het forfait B ten onrechte werd aangerekend.

6.3. Tenlastelegging 2: toilet aangerekend ipv compressietherapie

7. Deze tenlastelegging heeft betrekking op de verzekerden R... en P... (O... volgens de appellanten) en wordt op zich niet betwist.

6.4. Tenlastelegging 3: forfait zonder toilet

8. De appellanten stellen dat de verzekerden M..., S... en N... wel degelijk gewassen werden en dit ook bevestigen.

Tenlastelegging 3 heeft echter geen betrekking op de voormelde verzekerden. Het gaat daarentegen om de heren T... en N....

De heer T... verklaarde dat hij slechts 2 dagen per week door de thuisverpleging gewassen werd. Dit wordt op zich niet betwist. De tenlastelegging betreft de overige 5 dagen van de week. Dit is terecht.

De heer N... stelt dat hij niet door de thuisverpleging gewassen werd. Dit gebeurde volgens de DGEC door zijn vriendin. De tenlastelegging is bijgevolg eveneens terecht.

6.5. Tenlastelegging 4: Ontbreken/onvolledig verpleegdossier

9. Bij 14 verzekerden werd vastgesteld dat het dossier (verpleegdossier, wondzorgdossier, palliatief dossier) ontbreekt of dat de minimale inhoud niet werd opgenomen.

Krachtens de nomenclatuur is er geen honorarium verschuldigd indien het verpleegdossier niet bestaat of de minimale inhoud, omschreven in art. 8, §4, 2° van de nomenclatuur, niet in dat dossier vermeld is.

De appellanten stellen dat zij de zorgdossiers in het kader van het onderzoek van de DGEK ter beschikking hebben gesteld en dat er tijdens de verhoren foto's zijn genomen van deze dossiers.

Zij betwisten echter niet dat deze dossiers onvolledig waren.

De DGEK stelde in dit verband vast dat de beschikbare papieren dossiers, nl. de zorgkaftjes, beperkt waren tot 1 pagina met enkel de naam, voornaam, het adres van de verzekerde en de naam van de behandelende huisarts. Het elektronisch dossier bevatte louter de administratieve gegevens en voorschriften.

Van een overzicht van de verleende zorgen, de planning en evaluatie van de verzorging, blijkt er bijvoorbeeld geen spoor te zijn.

Dit alles wordt niet betwist. De inbreuk staat dan ook vast.

6.6. Eventuele overige tenlasteleggingen

10. De appellanten bespreken nog andere eventuele inbreuken. Deze maken echter geen voorwerp uit van de vordering van de DGEK.

Bijgevolg dient hierop in het kader van de huidige zaak niet te worden ingegaan.

6.7. De vordering tot terugbetaling

11. De Kamer van beroep besluit dat alle door de DGEK ingeroepen inbreuken voldoende werden aangetoond, met uitzondering van de 1^e tenlastelegging betreffende de overscoring ten aanzien van verzekerde L....

De vordering tot terugbetaling van de waarde van onterecht aangerekende verstrekkingen is principieel gegrond ten aanzien van de beide appellanten (cf. art. 142, §1, 2° en artikel 164, tweede lid van de ZIV-wet 14 juli 1994).

Het bedrag van de terugvordering is bij gebrek aan bewijs van de 1^e tenlastelegging ten aanzien van verzekerde L... te herleiden met 7.329,64 euro.

Het verschuldigde bedrag is gelijk aan (103.279,66 euro – 7.329,64 euro) = **95.950,02 euro.**

De beslissing van de Kamer van beroep is in overeenstemmende zin te hervormen.

6.8. De administratieve geldboete

12. In de bestreden beslissing van de Kamer van eerste aanleg werd de vordering van de DGEK tot het opleggen van een administratieve geldboete aan mevrouw A... gegrond verklaard in zoverre deze werd bepaald op 150% van de waarde van de ten onrechte aangerekende prestaties.

Het bedrag werd aldus bepaald op 154.919,49 euro.

Aangezien tenlastelegging 1 niet weerhouden wordt ten aanzien van verzekerde L..., kan er hiervoor evenmin een geldboete worden opgelegd.

De vordering tot het opleggen van een geldboete voor de overige tenlasteleggingen wordt hierna besproken.

- De vraag om geen boete op te leggen

13. Mevrouw A... vraagt in hoofdde dat er geen geldboete zou worden opgelegd omdat er geen inbreuken zouden zijn gepleegd.

Op grond van de hoger vermelde bespreking kan de Kamer van beroep enkel vaststellen dat deze stelling onterecht is.

Het opleggen van een administratieve geldboete is bovendien aangewezen.

Een correcte naleving van de bepalingen van de nomenclatuur raakt het maatschappelijk belang. De financiële noden in de ziekteverzekering zijn hoog. De middelen dienen correct te worden ingezet.

De inbreuken die mevrouw A... heeft begaan, hebben betrekking op de aanrekening van verstrekkingen waarvan de voorwaarden bepaald in de nomenclatuur niet vervuld zijn.

Het betreft in de eerste plaats een overschatting van de afhankelijkheid van verzekerden en dit voor een bedrag van meer 50.000 euro over een periode van 20 maanden. Daarnaast werden er nog andere inbreuken begaan. Het gaat niet om een uitzonderlijke vergissing of misverstand.

De inbreuken zijn ernstig en kunnen niet getolereerd worden. Zij wijzen op een gebrek aan verantwoordelijkheidszin bij de aanrekening van de prestaties door een zorgverlener als medewerker aan een openbare dienst. Zij hebben tevens een niet te verwaarlozen financiële impact tot gevolg ten nadele van de verplichte ziekteverzekering.

Het aanrekenen van hogere bedragen dan die waarop men als zorgverlener gerechtigd is, verantwoordt het opleggen van een sanctie als antwoord op deze foutieve aanpak en met het oog op een ontradend effect.

Aangezien de terugvordering van de waarde van de ten onrechte aangerekende sommen enkel betrekking heeft op het herstel van deze onterecht ontvangen

bedragen, kan dit overigens niet als een tweede sanctie worden beschouwd. De boete wordt als enige sanctie opgelegd.

- **De hoogte van de boete**

14. De hoogte van de boete is te bepalen conform artikel 142, § 1, 2° van de ZIV-wet.

Dit betekent dat aan de zorgverlener een administratieve geldboete kan worden opgelegd van 5 % tot 150 % van de waarde van de terugbetaling.

De Kamer van eerste aanleg heeft een boete opgelegd van 150 %.

De DGEC vraagt dat deze beslissing wordt bevestigd. Dit komt op basis van het herleide bedrag van de waarde van de terugbetaling, neer op een boete van 143.925,03 euro.

Mevrouw A... stelt dat dit disproportioneel hoog is.

15. De Kamer van beroep is van oordeel dat een administratieve geldboete van 100% of 95.950,02 euro passend en proportioneel is, rekening houdend met de ernst van de inbreuken en met de omstandigheden waarin deze werden begaan.

De redenen hiervoor zijn de volgende.

Een minimumboete staat niet in verhouding tot het aantal en tot de ernst van de gemaakte fouten. Zij kan niet geacht worden het vereiste ontradend effect te hebben.

Het percentage van 100% houdt rekening met de ernst van de inbreuk en met het financieel voordeel dat ten onrechte werd bewerkstelligd of bekomen, enerzijds, en, anderzijds, met het feit dat mevrouw A... 3 antecedenten in de zin van voorgaande veroordelingen heeft opgelopen (cf. synthesenota DGEC, blz. 6). Het feit dat het gaat om andere inbreuken, belet niet dat deze eerdere veroordelingen gepaard gingen met waarschuwingen omtrent de correcte toepassing van de nomenclatuur.

Mevrouw A... wijst er terecht op dat het nominale bedrag van de boete, nl. bijna 96.000 euro, hoog is. Dit is echter in de eerste plaats te verklaren door het aantal en de ernst van de inbreuken, die voldoende bewezen zijn en die zijn vastgesteld. Dit gebeurde met respect voor het vermoeden van onschuld en van de rechten van verdediging. In geval van twijfel, werden de tenlasteleggingen niet weerhouden.

- **De vraag tot uitstel**

17. Op de vraag om de geldboete gedeeltelijk met uitstel op te leggen, wordt wel ingegaan en dit voor 50%.

Deze mogelijkheid werd opgenomen in artikel 157, § 1 van de ZIV-wet 1994 en laat toe dat de re-integratie van mevrouw A..., zo zij zich onthoudt van nieuwe inbreuken en blijk geeft van schuldinzicht, niet extra wordt bezwaard.

De medewerking die zij heeft verleend aan het onderzoek, de medische problemen waarmee zij destijds geconfronteerd werd en de intentie om via bijscholing de opvolging van de administratieve taken te verbeteren, verantwoorden dat haar deze kans wordt gegeven.

Zoals bevestigd ter zitting, blijkt er tot op heden weliswaar geen enkele terugbetaling te zijn verricht, noch afkorting van de boete te zijn uitgevoerd. Mevrouw A... schrijft dit toe aan de gezondheidsproblemen waarmee zij te kampen kreeg. Dit kan haar dus niet worden aangerekend.

De boete wordt in de gegeven omstandigheden uitgesproken met uitstel en dit voor de helft van de totale som of $1/2^{\text{de}} \times 95.950,02 \text{ euro} = \underline{\underline{47.975,01 \text{ euro}}}$.

De beslissing van de Kamer van eerste aanleg dient in overeenstemmende zin te worden hervormd.

OM DIE REDENEN,

DE KAMER VAN BEROEP 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, beslist de Kamer van beroep als volgt:

- verklaart het hoger beroep van mevrouw A... en B... ontvankelijk en gedeeltelijk gegrond als volgt;
- hervormt de bestreden beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 4 september 2023 en oordeelt opnieuw als volgt:
- verklaart de vordering van de DGEC ontvankelijk en gedeeltelijk gegrond;
- veroordeelt mevrouw A... en B... solidair tot terugbetaling aan het RIZIV van het bedrag van **95.950,02 euro**.
- veroordeelt mevrouw A... tot betaling aan het RIZIV van een administratieve geldboete van 100% of 95.950,02 euro, waarvan de helft, of **47.975,01 euro**, effectief en de andere helft, of 47.975,01 euro, met uitstel over een termijn van 3 jaar;

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 11 september 2025 van de Kamer van beroep 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 Marijke Demedts, magistraat, Voorzitter van de Kamer van beroep
- de heer Martin Volcke, griffier

Volgen de handtekeningen:

Martin VOLCKE

Martin
Volcke
(Signature)
Digitally signed
by Martin Volcke
(Signature)
Date: 2025.09.11
13:37:49 +02'00'

Marijke DEMEDTS

Marijke
Demedts
(Signature)
Digitally signed
by Marijke
Demedts
(Signature)
Date: 2025.09.11
13:31:15 +02'00'

De griffier,

De Voorzitter

De Kamer van beroep 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 mevrouw Marijke Demedts, magistraat, stemgerechtigd Voorzitter, dokter Els De Letter en dokter Viviane Van Elshocht, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede uit mevrouw Mimount El Abboudi en de heer Freddy Raymackers, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve verenigingen van verpleegkundigen.

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

De beslissingen van de Kamer van beroep zijn van rechtswege uitvoerbaar bij voorraad niettegenstaande administratief cassatieberoep (artikel 156, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994). De sommen brengen van rechtswege verwijlinteressen op aan de wettelijke rentevoet vanaf de dag volgend op de datum van de beslissing (artikel 156, § 1, tweede lid, van de gecoördineerde wet van 1 juli 1994). Het beroep bij de Raad van State, afdeling bestuursrechtspraak, schort de uitvoering van de beslissing niet op (artikel 156, § 2, tweede lid, van de gecoördineerde

