

**BESLISSING VAN DE LEIDEND AMBTENAAR (artikel 143, § 1, 2 en 3 van de
gecoördineerde wet van 14 juli 1994)**

Dr. A...

Algemeen geneeskundige

BRS/N/2013/022

BVBA B..., KBO nr.: XXXX, met maatschappelijke zetel te XXXX.

Gelet op het onderzoek uitgevoerd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle naar de verstrekkingen die door Dr. A... aan de verplichte ziekteverzekering werden aangerekend;

gelet op de resultaten van dat onderzoek die zijn gebundeld in het dossier N2013/022 en dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd;

gelet op het proces-verbaal van vaststelling van 18/02/2013, opgesteld lastens Dr. A... , ter kennis gegeven met een aangetekende brief van 18/02/2013;

gelet op de ter post aangetekende brief van 15/07/2013 waarin de synthesesnota aan Dr. A... ter kennis werd gegeven, waarin Dr. A... werd verzocht zich schriftelijk te verantwoorden;

gelet op artikel 143, § 3, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (ingevoegd bij artikel 100 van de Wet van 13 december 2006);

gelet op de artikelen 73bis, 142, 156 en 157 van de gecoördineerde wet;

gelet op het koninklijk besluit van 11 mei 2007 (B.S., 1 juni 2007, blz. 29797) waarbij de datum van 15 mei 2007 wordt vastgesteld als datum van de inwerkingtreding van de artikelen 89 tot 112 van de Wet van 13 december 2006, van de artikelen 2 en 3 van de Wet van 21 december 2006, van de artikelen 254 tot 261 van de Wet van 27 december 2006 (I), en van artikel 159 van de Wet van 27 december 2006 (II).

gelet op artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek (wet van 6 juni 2010, Belgisch Staatsblad van 1 juli 2010, inwerking getreden op 1 juli 2012).

GEFORMULEERDE TENLASTELEGGING

Dr. A... heeft in de periode van 03-03-2011 tot en met 15-11-2011 de volgende inbreuk begaan op de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering:

Het attesteren van verstrekkingen die niet voldoen aan de voorwaarden voorzien in de wet of zijn uitvoeringsbesluiten.

Het honorarium voor de verstrekking 109723 (*Honorarium voor de behandelende erkende huisarts, voor het bezoek aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende*) is niet verschuldigd daar

- 1) in het dossier van de behandelende erkende huisarts de conclusie van het overleg tussen deze geneesheer en de behandelende ziekenhuisgeneesheer niet is vermeld en/of
- 2) het slechts éénmaal per week verschuldigd is.

Het betreft verstrekkingen die zijn geattesteerd op getuigschriften voor verstrekte hulp van de "bvba B..." die door dokter A... in zijn kabinet zijn ondertekend of zijn aangerekend d.m.v. of verzamelgetuigschriften voor verstrekte hulp XXXX. Deze getuigschriften werden bij de verzekeringsinstellingen ingediend in de periode vanaf 3/03/2011 t.e.m. 15/11/2011.

Het betreft 8 verstrekkingen code 109723 voor een bedrag van € 232,19.

Reglementaire basis :

Art. 73 bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994:

Art. 73 bis: "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 voorzien in deze wet, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden; ..."

Nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, Art. 2

109723: Honorarium voor de behandelende erkende huisarts, voor het bezoek aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende.

"Het honorarium dat is bepaald voor de verstrekking nr. 109723 is slechts éénmaal per week verschuldigd en mag niet worden gecumuleerd met het honorarium dat is vastgesteld voor andere verstrekkingen uitgevoerd door de betrokken geneesheer, met uitsluiting van de verstrekkingen voorzien in artikel 16, § 5 als ze niet dezelfde dag uitgevoerd worden als de verstrekking nr. 109723. Het honorarium omvat de verplaatsingskosten."

"Het honorarium voor de verstrekking 109723 is slechts verschuldigd als in het dossier van de behandelende erkende huisarts de conclusie van het overleg tussen deze geneesheer en de behandelende ziekenhuisgeneesheer is vermeld."

Verklaring van dokter A... d.d. 4/12/2012:

Ad 1/ Niet genoteerd in dossier:

Hierover ondervraagd verklaarde dokter A... op 4/12/2012 in het algemeen:

"Ambtenaar FOD Volksgezondheid sinds 1968, later Vlaamse Gemeenschap: ik was tewerkgesteld in het XXXX te XXXX, met enkele bijkomende opdrachten.

Het werk in het XXXX heb ik kunnen combineren met een huisartsenpraktijk.

.../...

Een aantal patiënten die uit de gezinsverpleging van het XXXX in een rusthuis zijn geplaatst, volg ik nog op dit op vraag van het rusthuis of XXXX. Ik bezoek hen in het ziekenhuis als ze zijn opgenomen op vraag van het rusthuis, of de specialist.

De meeste honoraria 109723 worden geïnd door het XXXX te XXXX, dit is vrijwel het enige ziekenhuis waar ik opgenomen patiënten bezoek. Het ziekenhuis stort het honorarium door aan mij."

Hierover ondervraagd verklaarde hij bij de gevalsbespreking bv.

- Inzake verzekerde C...:
"Staat genoteerd in mijn agenda van 2011."
- Inzake verzekerde D...:
"In mijn dagboek van 2011 waarin de huisbezoeken worden genoteerd, staat op 17/8/11 een ziekenhuisbezoek aan D...."
- Inzake verzekerde E...:
"Op 23/11/10 staat er niets genoteerd."
- Inzake verzekerde F...:
"U toont mij het getuigschrift van 12/8/11 en de factuur v.h. ziekenhuis. .../... U zegt mij dat ook hier het nummer 109723 2 x binnen de 7 dagen is aangerekend. Ik ging er van uit dat er een kalenderweek werd bedoeld. In het dossier staat er 6/8/11 en 8/8/11 genoteerd in het dossier. Op 12/8/11 niet"
- Inzake verzekerde G...:
"In het dossier staat op 20/8/11 een bezoek in het ziekenhuis genoteerd"

Ad 2/ Slechts éénmaal per week verschuldigd:

- Inzake verzekerde H...:
"in het dossier staat het ziekenhuisbezoek genoteerd op 4/2/11 en 10/2/11."
- Inzake verzekerde I...:
"U zegt mij dat het nummer 109723 maar 1 maal per 7 dagen mag worden aangerekend. Ik was er van overtuigd dat er een kalenderweek wordt bedoeld."

Verklaring verzekerde:

Verklaring verzekerde F... d.d. 17/08/2012:

"Ik was vorig jaar 2 keer opgenomen voor hartklachten. .../...
Ik was in mei en in augustus '11 in het ziekenhuis. Dr. A... is me komen bezoeken.
Ik heb hem dan niet moeten betalen."

Het betreft in totaal 8 verstrekkingen code 109723 aan € 232,19 verzekeringstegemoetkoming waarvoor geen vergoeding verschuldigd is.

Synoptische tabel

| Naam verzekerde | Datum prestatie | Code prestatie | Bedrag in euro | VVT in euro |
|-----------------------------------|-----------------|----------------|----------------|-------------|
| Ad 1. Niet in dossier genoteerd | | | | |
| C... | 01-03-11 | 109723 | 25,89 | 0,00 |
| D... | 17-08-11 | 109723 | 31,06 | 0,00 |
| E... | 23-11-10 | 109723 | 25,53 | 0,00 |
| F... | 12-08-11 | 109723 | 25,89 | 0,00 |
| G... | 17-08-11 | 109723 | 31,06 | 0,00 |
| Ad 2. Ten onrechte binnen de week | | | | |
| J... | 10-02-11 | 109723 | 31,06 | 0,00 |
| H... | 10-02-11 | 109723 | 31,06 | 0,00 |
| I... | 22-11-10 | 109723 | 30,64 | 0,00 |
| Totalen | | | | |
| 8 verzekerden | | 8 codes | 232,19 | 0,00 |

Voor deze tenlasteleggingen bedraagt het totale bedrag van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen € 232,19.

Verweer

Met de aangetekende brief van 15/07/2013 werd de synthesenota aan Dr. A... ter kennis gegeven en werd gevraagd zijn schriftelijke verweermiddelen mee te delen. Hij heeft hieraan gevolg met de brief van 31/07/2013, waarin het volgende wordt gesteld:

dat de geneesheer-inspecteur een persoonlijke vendetta tegen zijn persoon en dokterspraktijk voert, omdat de cumulatie ambtenaar-privépraktijk, waarvoor hij de toestemming kreeg, hem klaarblijkelijk stoort;

dat de geneesheer-inspecteur tevergeefs heeft geprobeerd om negatieve informatie te verkrijgen van zijn patiënten via insinuaties dat het om een belangrijk fraude-onderzoek ging, de opmerkingen tijdens het verhoor van 4/12/2012 die hem niet zinden heeft weggelaten (zie zijn onmiddellijke reactie daarop met een brief van 4/12/2012) en het PJ heeft 'aangepast';

→ er staat niet in vermeld dat hij niet over de thuiszorg- en palliatieve dossiers beschikte omdat er enkel een controle werd aangekondigd over laattijdig afgeleverde getuigschriften;

→ er staat ook nergens in de onderrichtingen in welk dossier het verslag ziekenhuisbezoek moet staan; evenmin dat het dezelfde avond reeds moet neergeschreven zijn (vaak dient te worden gewacht op bijkomende info van de specialist);

→ alle casussen werden niet in extenso behandeld en het zeer gedetailleerd dossier (proces-verbaal van vaststelling) van tientallen bladzijden werd niet voorgelezen.

dat de advocaat van het RIZIV voor de Arbeidsrechtbank van Turnhout moest toegeven dat er nooit enige intentie tot fraude was;

dat van de drie betwiste gevallen er een verslag(je) staat in het thuiszorg- of palliatief dossier en hij dus in regel is;

dat hij, hoewel hij het niet eens is met redenering van de Dienst, bereid is om de vijf overige GVVH terug te betalen indien daarmee de zaak afgehandeld is;

dat hij, wanneer de Dienst vasthoudt aan een boete, de voorliggende zaak zal meenemen bij zijn beroep dat hij reeds aantekende bij de Arbeidsrechtbank tegen twee boetes van het RIZIV (1.500 en 835 euro);

dat de redenering van de Dienst, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen 'één maal per week' en 'één maal per zeven dagen' en waarbij wordt verwezen naar de regels voor verpleegkundigen, volgens een magistraat, aan wie hij het dossier voorlegde, voor interpretatie vatbaar is;

dat voor een nieuwe patiënt een GMD openen op 31/12/2012 en opnieuw op 2/1/2013 volgens hem veel meer vraagtekens op roept;

dat er rekening moet worden gehouden met zijn onberispelijk verleden en met zijn goede intenties.

Beoordeling

Het dossier werd behoorlijk ingezien en onderzocht.

De tenlasteleggingen, de motivering in rechte en in feite, de verklaringen van de zorgverlener, de synoptische tabel zijn opgenomen in de synthesenota die ter kennis werd gegeven aan dr. A.... De synthesenota maakt deel uit van het dossier dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd en dr. A... werd ertoe inzage verleend. Het is naar die nota en naar dat neergelegde dossier dat verwezen wordt in deze beslissing.

De Leidend ambtenaar beoordeelt soeverein de bewijswaarde en de bewijskracht van alle gegevens die hem worden voorgelegd. De processen-verbaal, bedoeld in art. 66 SSW en art. 142, §2, in fine van de ZIV-wet, zijn bewijskrachtig tot het bewijs van tegendeel. Deze processen-verbaal, waarvan het tegenbewijs niet werd geleverd, bieden voldoende waarborgen van juistheid en nauwkeurigheid van de ten laste gelegde inbreuk op de wets- en verordeningsbepalingen inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De bepalingen van de nomenclatuur zijn van openbare orde en moeten dus strikt toegepast worden. Dat wil zeggen zonder enige toevoeging of weglating, gesteund op een eigen persoonlijke interpretatie, omwille van zogenaamde billijkheidsgronden, sociale overwegingen en/of het belang en comfort van de patiënt (Cf. een noot onder het arrest van het Arbeidshof te Bergen dd. 13 december 1995, gepubliceerd in het Informatieblad van het RIZIV 1996/3 blz. 365 e.v.

- De ZIV-wet en haar uitvoeringsbesluiten beteugelt "het niet naleven van de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen" door de "zorgverleners".

De zorgverlener in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dient minstens te voldoen aan de dubbele voorwaarde van (1) diploma/erkenning en (2) RIZIV-nummer.

Het verzorgen van verzekerden (door het verkrijgen van een RIZIV-nummer) leidt ertoe dat de zorgverlener betrokken worden bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering waardoor zij geacht worden hun medewerking te verlenen aan een openbare dienst. Als zodanig hebben zij ook verplichtingen na te leven, (zie R.v.St. Liesbet, nr. 14.385,4 december 1970) Als de zorgverlener deze verplichtingen niet naleeft, kunnen een aantal sancties worden opgelegd. Deze sancties vinden hun grondslag in de verstoring van de goede verstrekking van de verplichte verzekering, (zie Arbitragehof nr. 26/2002, 30 januari 2002, B.S. 29 mei 2002)

Dr. A..., met Rizivnr. XXXX, is als zorgverlener dus betrokken bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering en dient in deze hoedanigheid de verplichtingen, opgelegd door de ZIV-wet en haar uitvoeringsbesluiten, na te leven.

Bij gebeurlijke inbreuken op deze verplichtingen is Dr. A... dan ook persoonlijk, in zijn hoedanigheid van zorgverlener en medewerker van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, die hiervoor de verantwoordelijkheid draagt.

- Betreffende de tenlasteleggingen :

Het honorarium voor de verstrekking 109723 (*Honorarium voor de behandelende erkende huisarts, voor het bezoek aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende*) is niet verschuldigd daar

- 1) in het dossier van de behandelende erkende huisarts de conclusie van het overleg tussen deze geneesheer en de behandelende ziekenhuisgeneesheer niet is vermeld en/of
- 2) het slechts éénmaal per week verschuldigd is.

Ad 1/ Niet genoteerd in dossier:

In de tenlastegelegde gevallen is inzake het ziekenhuisbezoek in het medisch dossier van dokter A..., huisarts, op de nageziene data geen enkel medisch gegeven genoteerd noch notitie gemaakt inzake de conclusie van het eventuele overleg tussen hem en de behandelende ziekenhuisgeneesheer.

Het bezoek is soms wel genoteerd in zijn dagboek of afsprakenboek/agenda doch vermeldt geen medische gegevens.

Bij het controlebezoek op 4/12/2012 werd nagezien of gegevens van het overleg met de ziekenhuisgeneesheer in zijn dossier werden genoteerd.

In een paar gevallen verklaarde hij dat het dossier zich in het rusthuis bevond. Deze gevallen werden niet verder in het rusthuis nagezien en niet weerhouden.

Ziekenhuisbezoeken die niet via de verplichte ZIV-verzekering werden aangerekende resorteren niet onder de controle van de DGEC en kunnen niet ten laste worden gelegd. Ze kunnen ook niet in aanmerking worden genomen om tenlastegelegde gevallen te compenseren.

Op de opmerkingen in zijn brief inzake verzekerden D..., E... en G... wordt in de gevalsbespreking gerepliceerd.

Gevalsbespreking per verzekerde:

- Verzekerde C...

Aangerekend op nr. 10011909 van 01/03/2011:

01/03/11 109723 € 25,89 Receivedate 8/06/2011

Verklaring verstrekker:

"Staat genoteerd in mijn agenda van 2011."

Argumentatie:

Het bezoek is wel genoteerd in de agenda van dokter A..., doch deze vermeldt geen medische gegevens.

In zijn medisch dossier is op 1/03/2011 geen enkel medisch gegeven genoteerd, noch enige notitie gemaakt inzake de conclusie van het eventuele overleg tussen hem en de behandelende ziekenhuisgeneesheer.

Tenlastelegging:

109723 op 01/03/2011: Niet genoteerd in dossier.

- Verzekerde D...

Aangerekend op nr. 02107373 van 06/10/2011

17/08/11 109723 € 31,06 Receivedate 18/10/2011

Verklaring verstrekker:

"Patiënte overleed op 16/12/11. Ik zag haar op 29/8/11 in het ziekenhuis, genoteerd in dossier. In mijn dagboek van 2011 waarin de huisbezoeken worden genoteerd, staat op 17/8/11 een ziekenhuisbezoek aan D...."

Brief met opmerkingen van dokter A...:

D... E. : bezocht in ZH op 17/8 en 11/8 en slechts éénmaal aangerekend; verslag van beide bezoeken in het (palliatief) thuisdossier en op 29/8 genoteerd in mijn EMD en aan dr K... getoond cfr. Zijn PV "... genoteerd in het dossier.."

Argumentatie:

In het dagboek van 2011 van dokter A..., waarin de huisbezoeken worden genoteerd, staat op 17/8/11 een ziekenhuisbezoek aan D... genoteerd zonder verdere medische gegevens.

In zijn EMD is op 17/08/2011 geen enkel medisch gegeven genoteerd noch enige notitie gemaakt inzake de conclusie van het eventuele overleg tussen hem en de behandelende ziekenhuisgeneesheer.

Er is geen vergoeding voor verschuldigd wegens geen vermelding in zijn dossier.

In zijn brief deelt hij mede dat verzekerde werd bezocht in ZH op 17/8 en 11/8 en slechts éénmaal aangerekend. Het verslag van beide bezoeken is naar hij schrijft vermeld in het (palliatief) thuisdossier. Hij heeft n.a.v. het controlebezoek waarbij gevraagd werd de vermeldingen in het dossier te tonen geen melding gemaakt van een thuisdossier.

Na de tenlastelegging in de Pro Justitia kan niet meer ter vergoelijking aangehaald worden dat er elders toch nog enige notitie werd gemaakt wegens oncontroleerbaar. Het evt. bezoek van 11/8 kan evenmin ter compensatie in de plaats worden gesteld van het tenlastegelegde bezoek op 17/8.

In zijn EMD (elektronisch medisch dossier) maakt hij wel melding van een ziekenhuisbezoek op 29/08/2011. Dit werd niet geattesteerd. Hij kan deze evt. verstrekking niet ter compensatie in de plaats stellen van het tenlastegelegde bezoek op 17/8.

Het is ons onduidelijk waarom het bezoek van 29/8 wel in zijn EMD wordt vermeld en niet die van 11/8 en 17/8 die dan volgens zijn brief alleen in het (palliatief) thuisdossier zijn genoteerd.

Tenlastelegging:

109723 op 17/08/2011: Bij controle geen vermelding in het dossier kunnen tonen.

- Verzekerde E...

Aangerekend resp. op nr. 10006523 en 10006524 van 30/11/2011:

| | | | |
|----------|--------|---------|-----------------------|
| 18/11/10 | 109723 | € 25,53 | Receivedate 3/03/2011 |
| 23/11/10 | 109723 | € 25,53 | Receivedate 3/03/2011 |

Verklaring verstrekker:

"Op 18/11/10 staat het bezoek genoteerd in het dossier. Ik zag haar ook op 2/12/10, en genoteerd. Op 23/11/10 staat er niets genoteerd. ..."

Brief met opmerkingen van dokter A...:

E... V. : bezocht op 18/11 met verslag in dossier (aan K... getoond!) tevens bezoek op 23/11 en 2/12 (niet gerekend!) met vermelding in EMD-dossier (dd ontslag uit XXXX!)

Argumentatie:

Bezoek op 18/11/2010 genoteerd. In orde.

Bezoek op 23/11/2010 is niet vermeld in het dossier. Het wordt daarom ten laste gelegd.

Het evt. niet gerekende bezoek van 2/12 waarover dokter A... in zijn brief schrijft kan niet ter compensatie van de ten laste gelegde verstrekking van 23/11 in aanmerking genomen worden.

Tenlastelegging:

109723 op 23/11/2010: Niet genoteerd in dossier.

Subsidiair:

Code 109723 werd tevens ten onrechte op 23/11/2010 (= dinsdag) geattesteerd daar het honorarium niet verschuldigd is binnen de week na het honorarium van 18/11/2010 (= donderdag).

- Verzekerde F...

Aangerekend resp. op nr. 02106279 van 6/10/2011 en 10013847 van 12/08/2011:

| | | | |
|------------|--------|---------|------------------------|
| 06/08/2011 | 109723 | € 25,89 | Receivedate 17/10/2011 |
| 12/08/2011 | 109723 | € 25,89 | Receivedate 30/09/2011 |

Verklaring verzekerde 17/08/2012:

*"Ik was vorig jaar 2 keer opgenomen voor hartklachten. .../...
Ik was in mei en in augustus '11 in het ziekenhuis. Dr. A... is me komen bezoeken.
Ik heb hem dan niet moeten betalen."*

Verklaring verstrekker:

*"... U zegt mij dat ook hier het nummer 109723 2 x binnen de 7 dagen is aangerekend.
Ik ging er van uit dat er een kalenderweek werd bedoeld.
In het dossier staat er 6/8/11 en 8/8/11 genoteerd in het dossier. Op 12/8/11 niet"*

Argumentatie:

Bezoek op 06/08/2011 genoteerd. In orde.
Bezoek op 12/08/2011 is niet vermeld in het dossier. Het wordt daarom ten laste gelegd.

Het evt. niet gerekende bezoek van 8/08 dat in het dossier vermeld staat kan niet ter compensatie van de ten laste gelegde verstrekking op 12/8 in aanmerking genomen worden.

Tenlastelegging:

109723 op 12/08/2011: Niet genoteerd in dossier.

Subsidiar:

Code 109723 werd tevens ten onrechte op 12/08/2011 (= vrijdag) geattesteerd daar het honorarium niet verschuldigd is binnen de week na het honorarium van 6/8/2011 (= zaterdag).

- Verzekerde G...

Aangerekend op nr. 02107659 van 06/10/2011:

| | | | |
|------------|--------|---------|------------------------|
| 17/08/2011 | 109723 | € 31,06 | Receivedate 15/11/2011 |
|------------|--------|---------|------------------------|

Verklaring verstrekker:

"In het dossier staat op 20/8/11 een bezoek in het ziekenhuis genoteerd"

Brief met opmerkingen van dokter A...:

G... : bezoek in AZ op 17/8 en op PV staat dat de notitie in het dossier 20/8 werd genoteerd. Dit dossier berust in de RVT te XXXX en werd daar bij mijn eerste bezoek ingevuld (2 d later) het werd ten overvloede ook in het EMD thuis vermeld die dag. Het RVT dossier kon ik die dag niet tonen omdat Dr K... op mijn vraag duidelijk gesteld had dat hij "zgz te laat afgeleverde attesten ..." kwam bespreken. De RVT wordt uiteraard maar periodisch bezocht; tijdens die bezoeken worden de dossiers bijgevuld.

Dit heb ik Dr K... duidelijk uitgelegd maar ik vind daar geen weerslag van in zijn PV.

Argumentatie:

Bezoek op 17/08/2011 werd niet in het EMD-dossier vermeld doch wel een bezoek op 20/8 dat niet werd aangerekend.

Het evt. niet gerekende bezoek van 20/8 dat in het dossier vermeld staat kan niet ter compensatie van de ten laste gelegde verstrekking op 17/8 in aanmerking genomen worden.

De verklaring van dokter A... werd door de dokters L... en K..., beëdigde ambtenaren, geacteerd in een PV van Verhoor. Wat genoteerd is wordt telkens voorgelezen. Dokter A... heeft niet verwezen naar het bestaan van een dossier in het RVT noch uitdrukkelijk gevraagd dit te acteren.

Wanneer hij dit wel deed is dat telkens in het PV van Verhoor geacteerd zoals bv. bij de bespreking van casus J... ("Dit is een patiënt van rusthuis XXXX. Hij is ondertussen overleden. Ik heb van hem hier geen dossier") en bv. bij I... ("Deze man kwam uit gezinsverpleging in XXXX, naar het rusthuis XXXX in XXXX. ..."). Er werd na de ondervraging van dokter A... niet meer in het rusthuis afgestapt om de dossiers aldan nog na te zien en er werd voor deze verzekerden ook geen evt. tenlastelegging opgesteld inzake het niet vermelden van het ziekenhuisbezoek in het dossier.

De hoofdmoot van het onderzoek betrof inderdaad het nagaan van het laattijdig uitreiken van gvvh. Het is evident dat tegelijkertijd naar de correcte opvolging van de reglementering inzake de geattesteerde verstrekkingen wordt gekeken – wat de opdracht is van de DGEC.

Tenlastelegging:

109723 op 17/08/2011: Bij controle geen vermelding in het dossier kunnen tonen.

Besluit: De tenlastelegging is bewezen en wordt weerhouden.

Ad 2/ Slechts éénmaal per week aanrekenbaar:

Dokter A... verklaarde dat hij er van overtuigd was dat in de omschrijving van code 109723 in de NGV een "kalenderweek" bedoeld werd en niet een periode van 7 dagen. Dat is zijn interpretatie van het woord "week" in de NGV.

Indien de NGV een kalenderweek bedoelt dan is dat zo vermeld in de NGV:
* bv in Art.8.par.4. inzake de verpleegkunde: "Voor deze paragraaf is een week een periode van maandag 0 uur tot zondag 24 uur" en
* bv. in Art. 8, par.6. "9°: "Voor de vaststelling van de wekelijkse frequentie van de toiletten strekt de week zich uit van maandag 0 uur tot zondag 24 uur".

Bij verstrekking 109723 wordt bij het woord "week" geen verdere omschrijving gegeven. Een week dient in de omschrijving van code 109723 bijgevolg als zijnde een periode van 7 dagen, van dag tot dag, gelezen te worden en niet als kalenderweek.

Het lijkt onwaarschijnlijk dat er door de NGV wel een vergoeding voor een ziekenhuisbezoek zou verschuldigd zijn voor bv. een bezoek op zondag (= dag 7) en dag erop maandag (zijnde dag 1 van een volgende kalenderweek) en dat er geen vergoeding zou verschuldigd zijn voor bv. een bezoek op maandag (= dag 1 van de week) en op de zondag erop (zijnde dag 7 van dezelfde week).

Per analogie kan men verwijzen naar wat in Art.1. par.11 van de NGV bedoeld wordt met de uitdrukking «per jaar»: *“Tenzij anders vermeld, wordt in deze nomenclatuur voor de verstrekkingen die mogen aangerekend worden door een geneesheer, met de uitdrukking «per jaar» een periode van twaalf maanden bedoeld, van datum tot datum.”*

Logischerwijze wordt dan met de uitdrukking «per week» een periode van datum tot datum, zijnde een periode van zeven dagen bedoeld en geen kalenderweek.

Zo wordt in de nomenclatuur veelvuldig gebruik gemaakt van de uitdrukking “kalenderjaar”. Zo bijvoorbeeld is GMD (102771) éénmaal per kalenderjaar aanrekenbaar, hetzelfde voor de preventiemodule (102395) en de diabetespas (114030), allen aanrekenbaar per kalenderjaar.

Indien in de NGV een “kalenderjaar” of “kalenderweek” (maandag 0 uur tot zondag 24 uur) wordt bedoeld dan is dat expliciet in de NGV vermeld.

Gezien de onduidelijkheid omtrent het begrip ‘week’ acht de Leidend ambtenaar de tenlastelegging niet bewezen en wordt deze dus niet weerhouden.

Conclusie

De feiten mbt Ad 1/ Niet genoteerd in dossier die zijn opgenomen in het proces-verbaal van vaststelling van 18/02/2013 zijn naar genoegen van recht bewezen en dienen te worden aangehouden. De feiten mbt Ad 2/ Slechts éénmaal per week aanrekenbaar zijn niet bewezen en worden niet weerhouden.

Ten opzichte van een zorgverlener die zich niet gedraagt of voegt naar de wettelijke en reglementaire bepalingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, kunnen steeds de maatregelen opgelegd worden zoals bepaald in artikel 142 van de gecoördineerde wet.

De zorgverlener als individuele zorgverlener is en blijft steeds verantwoordelijk voor alle prestaties die deze heeft aangerekend aan de verplichte verzekering onder haar eigen naam.

De leidend ambtenaar benadrukt dat de bepalingen van de nomenclatuur van openbare orde zijn en moeten dus altijd strikt toegepast worden, zonder enige afwijking.

Aan de voorgeschreven reglementering mag niets toegevoegd of gewijzigd worden, naar eigen interpretatie gebaseerd op billijkheidsgronden, sociale overwegingen of het belang en comfort van de patiënten. (cf. Informatieblad RIZIV 1996/3 bladzijde 365 e.v., noot van mevrouw de GHELLINCK onder het arrest van het Arbeidshof te Bergen dd. 13 december 1995).

De nomenclatuur moet strikt worden toegepast.

Bedrieglijk opzet is niet vereist. Goede trouw en/of de onwetendheid van een zorgverlener, sluit de toepassing van de wet niet uit. (J. BEULS, "De zorgverlener administratief gesanctioneerd: het verbod om tegemoet te komen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen" in A. PRIMIS, B. DE RUYVER, E. GULDIX en T. VANSWEEVELT (red.) Recht en gezondheidszorg, Gent, Mys en Breesch, 1999, 66.)

Door het verzorgen van verplicht 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 wordt dan ook verwacht dat deze voldoende kennis heeft van de vigerende bepalingen (J. BEULS, "De zorgverlener administratief gesanctioneerd: het verbod om tegemoet te komen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen" in A. PRIMIS, B. DE RUYVER, E. GULDIX en T. VANSWEEVELT (red.) Recht en gezondheidszorg, Gent, Mys en Breesch, 1999, 74). Vooral dan van de nomenclatuurcodes die specifiek tot het beroepsdomein van die zorgverlener behoren.

Een administratieve geldboete kan zelfs worden opgelegd in geval van louter administratieve vergissing, onachtzaamheid, slordigheid of onwetendheid.

Een zorgverlener blijft altijd zelf verantwoordelijk voor de correcte aanrekening van de verstrekkingen.

De BVBA B..., KBO-nr. XXXX met maatschappelijke zetel te XXXX is als innende instelling, overeenkomstig artikel 164, tweede lid van de ZIV-wet, samen met dr. A... hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen.

Bij het bepalen van de hoogte van de sanctie wordt rekening gehouden met de intrinsieke ernst van de feiten, namelijk het aanrekenen van niet-conforme verstrekkingen en de beperkte financiële repercussie (€ 139,43) op het stelsel van de verplichte ziekteverzekering.

OM DIE REDENEN,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,

NA ER OVER BERAADSLAAGD TE HEBBEN,

De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- stelt vast dat de feiten mbt *Ad 1/ Niet genoteerd in dossier* die zijn vastgesteld in het proces-verbaal van vaststelling van 18/02/2013 naar genoegen van recht bewezen zijn en houdt ze dus aan;
- stelt vast dat de feiten een inbreuk zijn op het bepaalde in artikel 73bis, 2° van de gecoördineerde ZIV-wet;

- de feiten *mbt Ad 2/ Slechts éénmaal per week aanrekenbaar* zijn niet bewezen en worden niet weerhouden;
- vordert van dr. A... op basis van artikel 142, § 1, 2° van de gecoördineerde ZIV-wet de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van € 139,43 terug; De *BVBA B...* is, overeenkomstig artikel 164, tweede lid ZIV-wet, samen met dr. A... mede hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling van dit bedrag.
- legt aan dr. A... geen administratieve geldboete op.

Dr. A... moet het bedrag van € 139,43 ten titel van terugbetaling, betalen door overschrijving op het rekeningnummer IBAN: BE56 6790 0197 7988/BIC/: PCHQBEBB van het RIZIV, binnen de maand te rekenen vanaf de dag waarop de beslissing is ontvangen, met dien verstande dat de niet-betaling van het geheel van deze som of elke laattijdige aanbetaling, het resterend verschuldigd saldo van rechtswege onmiddellijk invorderbaar maakt via de Administratie van de belasting over de toegevoegde waarde, registratie en domeinen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

Aldus beslist te Brussel op 6 januari 2014

De Leidend ambtenaar

Dr. Bernard Hepp

Geneesheer-directeur-generaal

