

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

Betreft: **De heer A...**

**Gegradueerden in de kinesitherapie en met dezen gelijkgesteld**

**XXXX**

**XXXX XXXX**

**RR-nr.: XXXX**

**RIZIV-nr.: XXXX**

**B... (sinds 1/1/2020: CommV.)**

**XXXX**

**XXXX XXXX**

**KBO-nr.: XXXX**

**BRS/N/2021/13**

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

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

gelet op het proces-verbaal van vaststelling van 21/01/2021, opgesteld lastens de heer A..., ter kennis gegeven aan de heer A... en aan B... met de aangetekende brieven van respectievelijk 02/02/2021 en 03/02/2021;

gelet op de ter post aangetekende brief van 17/11/2021 waarin de synthesesnota aan de heer A... en aan B.... ter kennis werden gegeven, waarin zij werden verzocht zich schriftelijk te verantwoorden;

gelet op schriftelijke verweermiddelen van 13/01/2022;

gelet op de artikelen 73bis, 142, 143, 156, 157 en 164 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna 'GVU-wet' of 'VGVU-wet' genoemd).

## **GEFORMULEERDE TENLASTELEGGING**

De heer A... heeft in de periode van 01/01/2018 tot 30/06/2018 de volgende inbreuk begaan op de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering:

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen wanneer 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 afgesloten krachtens deze zelfde wet en/of verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

Dit vormt een inbreuk op artikel 73bis, 2° van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De inbreuk betreft meer bepaald reglementaire documenten die de terugbetaling hebben toegelaten van geneeskundige verstrekkingen waarbij niet werd voldaan aan de algemene bepalingen van artikel 7, § 19 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

### **Wettelijke en/of reglementaire basis voor de tenlastelegging :**

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:

#### **Art. 7.**

**§ 19.** De verzekeringstegemoetkoming is onderworpen aan de volgende twee voorwaarden:

- voor een gegeven periode van drie maanden, mag per zorgverlener een maximum van 40.000 M-waarden worden aangerekend aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- voor een gegeven periode van één kalenderjaar mag per zorgverlener een maximum van 156.000 M-waarden worden aangerekend aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

#### **Ten laste gelegd:**

Deze tenlastelegging heeft betrekking op 317 verstrekkingen, voor de prestatiedata van 01/01/2018 tot 30/06/2018 en data van indiening bij de VI van 22/01/2018 tot 23/12/2019, voor een onverschuldigd bedrag van 5.766,31 euro. Er werd niets terugbetaald.

## **VERWEER**

Met de aangetekende brieven van 18/11/2021 werd de synthesesnota aan de heer A... en aan B... ter kennis gegeven en werd gevraagd hun schriftelijke verweermiddelen mee te delen. Zij hebben hieraan gevolg gegeven met het verweerschrift van hun raadsman, mr. C... van 13/01/2022, waarin gesteld wordt dat:

*Cliënt is niet bereid tot integrale betaling over te gaan.*

Onder voorbehoud van alle rechten en zonder enige nadelige erkenning is cliënt bereid de helft van het bedrag, zijnde 2883,15 €, op een jaar af te betalen mits maandelijks afkortingen à rato van 240,26 € en dit zonder verdere rente.

Sinds de melding, zonder voorafgaande verwittiging, houdt cliënt zich strikt aan de regels.

Bij het verhoor werd gemeld dat er geen verdere controles zullen komen voor 2019 en 2020.

Er zijn tal van redenen aan te halen om het bedrag tot 50% te verminderen:

1. Cliënt wist niet van deze regels af en wordt eigenlijk beperkt in zijn recht op arbeid.
2. hij is het slachtoffer van zijn eigen succes nu hij veel wordt geconsulteerd en ook niet beroerd is om veel uren te werken.  
Cliënt is een man met passie voor het vak en doet al jaren tal van aanvullende opleidingen die ook kostelijk zijn qua aanvullende verzekering en bijscholingen.
3. sinds hij kennis kreeg van dit gegeven (2021) zegt hij zijn patiënten af wanneer blijkt dat hij aan de maximale m waarden is gekomen. Nochtans mag men ethisch gezien geen patiënten weigeren vanuit een zorgverstrekking functie.
4. in de coronaperiode diende cliënt 9000 € te investeren om zijn praktijk aan te passen aan alle gevraagde maatregelen, o.m. onder andere ontsmettingszuilen, chirurgische maskers, handschoenen, patiëntenpapier, dettol, alcoholgels,...
5. in de coronaperiode heeft cliënt geen enkele steun gevraagd van de overheid en is hij, mits de nodige investeringen, blijven werken. Hij is er blijven staan voor zijn patiënten en heeft ook zelf corona opgelopen door een besmetting via een patiënt.  
Dit brengt opnieuw inkomstenverlies met zich mee en verlies aan patiënten. Mensen met rug of knieoperaties kunnen geen week zonder behandeling blijven.
6. huisartsen klagen dat ze tot 16 uur per dag moeten werken omdat er te weinig controles zijn. Zullen deze ook dergelijke vordering krijgen?
7. in de berekening zit voor 1407,7 € aan verplichte schriftelijke verslaggeving. Dit betreft evenwel geen manuele handeling en kan aldus niet mee opgenomen worden in de samentelling van de maximale m waarden.
8. het kabinet omvat ook een apart ingerichte revalidatieruimte en een infra-rood cabine zodat de voornamelijk sporters na de behandeling verder oefeningen kunnen doen.
9. cliënte werkt 6 dagen op 7 en neemt nauwelijks vakantie. De veronderstelling dat de behandelingen onvoldoende zijn omdat de m waarden zijn overschreden slaat in die optiek nergens op. Het succes van de praktijk toont de facto het ongelijk aan van het systeem.
10. cliënt dient terug te betalen voor consultaties waarvoor hij zelf grote kosten heeft moeten maken, zoals verplaatsingskosten, verwarming, gebruik infra rood cabine, elektriciteit, materialen, ...  
Het is dus een dubbele kost.
11. cliënt heeft door een fout van de aannemer 35000 € moeten bijleggen bij de aanleg van een revalidatiebad in 2018.

Cliënt heeft het dus financieel bijzonder zwaar zodat de helft af te betalen in schrijven het maximaal haalbare is.

Ik wijs er ook op dat cliënt wel netjes belastingen heeft betaald op wat u terugvordert en dat de patiënten een waardevolle behandeling hebben gekregen x-waarbij cliënt ook zijn tijd, materiaal, verplaatsingskosten, energiekosten heeft ingestoken.

*Samengevat lijkt de beslissing gelet op bovenstaande niet proportioneel met de eventuele inbreuken en lijkt een vermindering tot de helft bij een eerste inbreuk zeer correct.*

## **BEOORDELING**

- Het dossier werd behoorlijk ingezien en onderzocht.

De tenlastelegging, de motivering in rechte en in feite, de verklaring van de zorgverlener en de synoptische tabel zijn opgenomen in de synthesesnota die ter kennis werd gegeven aan de heer A... en aan B.... De synthesesnota maakt deel uit van het dossier dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd en de heer A... en aan B... werden 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 artikel 66 Soc.Sw. en artikel 142, §2 GvU-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.<sup>1</sup>

- De GvU-wet en haar uitvoeringsbesluiten beteugelen "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 zorgverleners betrokken worden bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering waardoor zij geacht worden hun medewerking te verlenen aan een openbare dienst.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup>

De heer A..., met RIZIV-nummer XXXX is als zorgverlener dus betrokken bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering en dient in deze hoedanigheid de verplichtingen, opgelegd door de GvU-wet en haar uitvoeringsbesluiten, na te leven.

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

---

<sup>1</sup> 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).

<sup>2</sup> Arbitragehof 12 maart 2003, 31/2003.

<sup>3</sup> Arbitragehof 30 januari 2002, 26/2002.

- Het onderzoek betreft de aangerekende M-waarden voor prestaties uitgevoerd in 2018. De nomenclatuur bevat een beperking op het aantal M-waarden dat de zorgverlener mag aanrekenen per periode van drie maanden of per kalenderjaar.

Gezien de reglementaire basis over het aanrekenen van prestaties boven de M-waarden maxima aan de ziekte –en invaliditeitsverzekering, is de inbreuk duidelijk.

De Dienst baseert zich op de prestaties met prestatiedata van 01/01/2018 tot 31/12/2018 en met ontvangstdata bij de verzekeringsinstellingen van 22/01/2018 tot 23/12/2019.

Voor het eerste trimester van 2018 wordt een aanrekening van 45.641,22 M-waarden vastgesteld. De trimesterlimiet van 40.000 M-waarden wordt met 5.641,22 M-waarden overschreden.

De Dienst berekende het ten laste gelegde bedrag door de gemiddelde prijs van één M-waarde in het eerste trimester van 2018 te berekenen. Bij de betrokken zorgverlener is één M-waarde in het eerste trimester van 2018 gelijk aan 0,750 € (34.241,17/45.641,22). Dit gemiddeld bedrag werd vermenigvuldigd met het aantal M-waarden die het maximaal toegelaten aantal M-waarden per trimester overschrijden. Voor het eerste trimester van 2018 is dit 5.641,22 M-waarden.

Het totaal bedrag te veel aangerekend aan de ziekteverzekering in de bovenvermelde periode bedraagt dus  $0,750 \times 5.641,22 = 4.230,92$  euro.

Voor het eerste trimester van het 2018 komt dit overeen met 233 verstrekkingen. Deze 233 verstrekkingen zijn een verhouding van het aantal ten laste gelegde verstrekkingen ten opzichte van het totaal aantal verstrekkingen. Deze verhouding is dezelfde als de verhouding tussen het bedrag dat te veel werd aangerekend aan de ziekteverzekering (4.230,92 euro) en het totaal bedrag in het eerste trimester van 2018 (34.241,17 euro).

Voor het tweede trimester van 2018 wordt een aanrekening van 42.028,26 M-waarden vastgesteld. De trimesterlimiet van 40.000 M-waarden wordt met 2.028,26 M-waarden overschreden.

De Dienst berekende het ten laste gelegde bedrag door de gemiddelde prijs van één M-waarde in het tweede trimester van 2018 te berekenen. Bij de betrokken zorgverlener is één M-waarde in het tweede trimester van 2018 gelijk aan 0,757 € (31.796,64/42.028,26).

Dit gemiddeld bedrag werd vermenigvuldigd met het aantal M-waarden die het maximaal toegelaten aantal M-waarden per trimester overschrijden. Voor het tweede trimester van 2018 is dit 2.028,26 M-waarden.

Het totaal bedrag te veel aangerekend aan de ziekteverzekering in de bovenvermelde periode bedraagt dus  $0,757 \times 2.028,26 = 1.535,39$  euro.

Voor het tweede trimester van het 2018 komt dit overeen met 84 verstrekkingen. Deze 84 verstrekkingen zijn een verhouding van het aantal ten laste gelegde verstrekkingen ten opzichte van het totaal aantal verstrekkingen. Deze verhouding is dezelfde als de verhouding tussen het bedrag dat te veel werd aangerekend aan de ziekteverzekering (1.535,39 euro) en het totaal bedrag in het tweede trimester van 2018 (31.796,64 euro).

Het totale ten laste gelegde bedrag bedraagt 5.766,31 euro en komt overeen met 317 verstrekkingen. Dit bedrag werd correct berekend.

- De heer A... verklaarde tijdens zijn verhoor van 25/02/2021:

“ ...

*D...: Wilt u uw opmerkingen in verband met proces-verbaal van vaststelling d.d. 21/01/2021 toelichten?*

*A...: Ik heb mijn frustratie al beetje op tafel gegooid. Ik heb ook geen verwittiging gekregen. Ik heb er wel voor gewerkt. Ik kan echt niet begrijpen dat dit kan, ik vind dit*

*demotiverend. Ik kan nu zeggen dat ik de woensdag mijn boel ga toedoen, maar ik ben een werker van nature uit. Ik bouw iets op van jaren ver, ik heb een goede naam in de streek. Het is niet gemakkelijk, ik voel mij er heel raar bij.*

*Ik wist niet wat de M-waarden inhielden. Vanaf uw telefoon ben ik in paniek geschoten, ik moet nu patiënten weigeren omdat ik anders over de M-waarden zal geraken. Voor hetzelfde geld zit ik over 2 dagen aan mijn M-waarden en mag ik tot eind maart niet meer werken. Het zou dom zijn van mij als ik dit systeem wel kende dat ik erover zou gegaan zijn. Door het systeem van de M-waarden kan je niet zoveel werken zoals je zelf wilt.*

*Jullie gaan kijken per trimester. Maar dit klopt niet. Als ik bijvoorbeeld eind december een voorschrift krijg voor een behandeling van 60 beurten, en ik zie dat ik voor dat trimester bijna boven mijn M-waarden zit, dan zou ik tegen de patiënt moeten zeggen dat ik hem pas in januari kan behandelen, maar dit zal de patiënt natuurlijk niet aanvaarden.*

*Als ik niet voldoende kwaliteit zou leveren zouden mijn patiënten ook niet meer terugkeren.*

*Dan wil ik het ook nog even over de M-waarden hebben. Daarin zitten ook de schriftelijke verslagen. Een schriftelijk verslag is 34.62 M-waarden. Voor mij is dit geen behandeling. Ik zou dan beter geen verslag meegeven. Er kruipt daar wel veel tijd in in het maken van een verslag. Ik word dan gestraft voor het maken van een verslag.*

*Ik heb een rekensommetje gemaakt. Als je de schriftelijke verslagen niet zou meerekenen dan zou het ten laste gelegde bedrag van 5 766,31€, verminderd worden met 1 407,7€.*

*Worden de pseudocodes en verplaatsingskosten ook meegerekend in de M-waarden?*

*D...: nee  
..."*

In het verweerschrift van 13 januari 2022 stelde de raadsman van de heer A... dat zijn cliënt niet op de hoogte van deze regels was en in zijn recht op arbeid beperkt wordt. Hij is het slachtoffer van zijn eigen succes en is niet beroerd is om veel uren te werken. Hij stelt sinds hij kennis kreeg van dit gegeven (2021) zijn patiënten afzeggen wanneer blijkt dat hij aan de maximale m waarden is gekomen. Hij wijst op de gedane investeringen in zijn praktijk. In de coronaperiode heeft hij geen enkele steun gevraagd van de overheid en is hij, mits de nodige investeringen, blijven werken. Hij is er blijven staan voor zijn patiënten en heeft ook zelf corona opgelopen door een besmetting via een patiënt. In de berekening zit voor 1407,7 € aan verplichte schriftelijke verslaggeving. Dit betreft evenwel geen manuele handeling en kan aldus niet mee opgenomen worden in de samentelling van de maximale m waarden. Hij heeft het dus financieel bijzonder zwaar, zodat de helft af te betalen in schrijven het maximaal haalbare is. Samengevat lijkt de beslissing niet proportioneel met de eventuele inbreuken en lijkt een vermindering tot de helft bij een eerste inbreuk zeer correct.

- Deze argumenten verklaren weliswaar waarom de heer A... in de ten laste gelegde periode te veel M-waarden heeft uitgevoerd en aangerekend, maar deze doen geenszins afbreuk aan de vastgestelde inbreuk.

De bepalingen van de nomenclatuur (inclusief de M-waarden) zijn van openbare orde en moeten strikt toegepast worden.<sup>4</sup> Dat wil zeggen zonder enige toevoeging of weglating,

---

<sup>4</sup> Cass. (3e k.) 20 november 2017, AR C.15.0213.N; Arbrb. Henegouwen (afd. Charleroi) (4e k.) 2 maart 2020, *JLMB* 2021/21, p. 950-956.

gesteund op een eigen persoonlijke interpretatie, omwille van zogenaamde billijkheidsgronden, sociale overwegingen en/of het belang en comfort van de patiënt.<sup>5</sup>

- Bedrieglijk opzet is niet vereist. Goede trouw en/of de onwetendheid van een zorgverlener, sluit de toepassing van de wet niet uit.<sup>6</sup>

De inbreuken op de bepalingen van de nomenclatuur zijn zogenaamd technische inbreuken. Het bewijs wordt geleverd op grond van de overtreding van het voorschrift zelf, met dien verstande evenwel dat de inbreuk niet kan worden toegerekend aan de betrokken zorgverlener wanneer overmacht, onoverwinnelijke dwaling of een andere schulduitsluitingsgrond wordt aangetoond, minstens niet ongeloofwaardig is.<sup>7</sup> Dat laatste kan door de heer A... niet genoegzaam worden aangetoond.

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 wordt dan ook verwacht dat deze voldoende kennis heeft van de vigerende bepalingen.<sup>8</sup> Vooral dan van de nomenclatuurcodes die specifiek tot het beroepsdomein van die zorgverlener behoren.<sup>9</sup> De heer A... was niet op de hoogte van de reglementering over de M-waarden.

De vrijheid van ondernemen is niet absoluut en sluit niet uit dat er in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging aanrekeningsbeperkingen kunnen worden ingevoerd.

De ziekteverzekering kan voorwaarden voor de vergoedbaarheid stellen.<sup>10</sup>

- Op het voorstel tot de terugbetaling van de helft van het bedrag, zijnde € 2.883,15 (op één jaar à rato van 240,26 €, zonder rente) kan niet worden ingegaan.

De schade aan de verplichte ziekteverzekering bedraagt € 5.766,31 en moet integraal vergoed worden. De zorgverlener die ten onrechte gelden heeft ontvangen van de ziekteverzekering, moet die gelden volledig teruggeven. Het is een herstel van een toestand zodat de toestand terug overeenkomt met de wettelijke werkelijkheid.

#### Besluit:

De feiten die zijn opgenomen in het proces-verbaal van vaststelling van 21/01/2021 zijn naar genoegen van recht bewezen en dienen te worden aangehouden.

Ten opzichte van een zorgverlener die zich niet gedraagt of voegt naar de wettelijke en reglementaire bepalingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en

---

<sup>5</sup> Arbh. Luik nr. 2010/AL/650, 14 oktober 2011, *Inf.RIZIV* 2011, afl. 3, 329.

<sup>6</sup> J. BEULS, "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 (red.) *Recht en gezondheidszorg*, Gent, Mys en Breesch, 1999, 66.

<sup>7</sup> Zie en vgl. naar analogie Cassatie 27 september 2005, *Arr. Cass.* 2005, nr. 461, hier navolgbaar.

<sup>8</sup> J. BEULS, "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 (red.) *Recht en gezondheidszorg*, Gent, Mys en Breesch, 1999, 74.

<sup>9</sup> RvS (7e k.) 2 september 2014, nr. 228.245.

<sup>10</sup> Arbrb. Henegouwen (afd. Charleroi) (4e k.) 2 maart 2020, *JLMB* 2021/21, p. 950-956.

uitkeringen, kunnen steeds de maatregelen opgelegd worden zoals bepaald in artikel 142 GvU-wet.

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

Artikel 164, tweede lid GvU-wet dat stelt dat, indien een rechtspersoon de prestaties voor eigen rekening heeft geïnd, deze samen met de zorgverlener hoofdelijk aansprakelijk is voor de terugbetaling ervan, staat hieraan niet in de weg, nu verweerder ook een zorgverlener is in de zin van GvU-wet.<sup>11</sup>

De heer A... en B... zijn samen hoofdelijk gehouden tot de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen.

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

Gelet op het beperkte budget van de ziekteverzekering is elke zorgverlener er zelf mee verantwoordelijk voor dat dit correct wordt aangewend. Misbruiken ten voordele van een bepaalde zorgverlener, ongeacht welke diens motieven zijn, dienen streng te worden bestraft. (Beslissing Kamer van eerste aanleg inzake NA-019-11 en NA-019-13 dd. 18.09.2014<sup>12</sup>)

Bij het bepalen van de hoogte van de sanctie wordt rekening gehouden enerzijds met de intrinsieke ernst van de feiten, namelijk het aanrekenen van niet-conforme verstrekkingen en de financiële repercussie (€ 5.766,31) op het stelsel van de verplichte ziekteverzekering, waarvan niets werd terugbetaald en anderzijds heeft de heer A... geen antecedenten binnen de Dienst. Gelet op deze elementen kan *in casu* de administratieve geldboete beperkt worden tot 25 % (van het wettelijk voorziene maximum van 150 %).

---

<sup>11</sup> RvS 19 februari 2004, nr. 128.290; RvS 19 februari 2004, nr. 128.291.

<sup>12</sup>



## **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 die zijn vastgesteld in het proces-verbaal van vaststelling van 21/01/2021 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° GUV-wet;
- veroordeelt de heer A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 2° GUV-wet tot de terugbetaling van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, zijnde € 5.766,31; en dat overeenkomstig artikel 164, tweede lid GUV-wet, hoofdelijk met de B...;
- veroordeelt de heer A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 2° GUV-wet tot een administratieve geldboete van 25 % van de waarde van de terugbetaling zijnde € 1.441,57 effectief.

De heer A... moet het bedrag van **€ 5.766,31** ten titel van terugbetaling betalen, hoofdelijk met B..., en de heer A... moet tevens het bedrag van **€ 1.441,57** ten titel van administratieve geldboete betalen door overschrijving op door overschrijving op het rekeningnummer IBAN: BE56 6790 0197 7988 / BIC: PCHQBEBB van het RIZIV, binnen de dertig dagen te rekenen vanaf de kennisgeving van de beslissing. Bij gebrek aan betaling binnen die termijn, brengen de nog verschuldigde sommen van rechtswege interesten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken zoals voorzien in artikel 2, § 3, van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening, te rekenen vanaf het verstrijken van die termijn.

Aldus beslist te Brussel.

23/02/2022

De Leidend ambtenaar,

Dr. Philip Tavernier

Arts-directeur-generaal