

## BESLISSING VAN DE LEIDEND AMBTENAAR

Inzake : De heer A...  
Kinesitherapeut  
BRS/N2012/20

---

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 NA 2012/020 en dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd.

Gelet op het proces-verbaal van vaststelling van 31 augustus 2011, opgesteld lastens de heer A..., ter kennis gegeven met een aangetekende brief van 7 september 2012.

Gelet op de ter post aangetekende brief van 9 juli 2012 waarin de synthesesnota aan de heer A... ter kennis werd gegeven en waarin de heer 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 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 art. 101 van het Sociaal Strafwetboek (wet van 6 juni 2010, Belgisch Staatsblad van 1 juli 2010, in werking getreden op 1 juli 2012).

### GEFORMULEERDE TENLASTELEGGINGEN

Het opstellen, ondertekenen en afleveren van getuigschriften voor verstrekte hulp waardoor aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verstrekkingen behorende tot Art. 7 van de Afdeling 3 van de Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen (verder afgekort tot NGV) (KB 14/09/1984) ten onrechte werden in rekening gebracht.

Het gaat om de volgende nomenclatuurcodes -met telkens als plaats van inbreuk XXXX-: van de N.G.V. Afdeling 3 Art. 7 § 1 :

*2° Verstrekkingen, verricht aan rechthebbenden bedoeld in § 11 van dit artikel.*

*1.a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.*

560652

*Individuele kinesitherapiezingting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft* M24

"II. Verstrekkingsen, verricht bij de rechthebbenden thuis.

561013

*Individuele kinesitherapiezingting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft* M22

A. Het aanrekenen van niet verleende verstrekkingsen , wat een inbreuk betekent op de bepalingen van het Art. 73bis 1° van de Gecoördineerde Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994.

**Reglementaire basis :**

- **Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14/07/1994, art 53:**

*"De zorgverleners van wie de verstrekkingsen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering zijn er toe gehouden aan de rechthebbenden of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen, een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document uit te reiken waarvan het model door het Verzekeringscomité wordt vastgesteld, waarop de verrichte verstrekkingsen zijn vermeld."*

- **Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingsen (Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 en wijzingsen)**

**Tenlastegelegd : 155 verstrekkingsen ten bedrage van 2.903,75 EUR.**

B. Het aanrekenen van verstrekkingsen die niet beantwoorden aan de reglementaire voorwaarden, wat een inbreuk betekent op de bepalingen van het Art. 73bis 2° van de Gecoördineerde Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14 juli 1994.

**B1** Het aanrekenen van verstrekkingsen 560652 , hoewel de behandelingen niet werden uitgevoerd in de praktijkkamer van de kinesitherapeut, doch ten huize van de betrokkene, waar het codenummer 561013 van toepassing is waarvan de vergoeding cfr. Art. 7§9bis afhankelijk gesteld is van de expliciete vermelding op het voorschrift "...dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten."

**Reglementaire basis :**

***Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 en wijzigingen)*** : het geattesteerde codenummer 560652 vereist dat de verstrekking werd verricht in de praktijkkamer van een kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst.

Het codenummer 561013 zou hier van toepassing geweest zijn, doch de vergoeding ervan is cfr. Art. 7§9bis afhankelijk gesteld van de expliciete vermelding op het voorschrift "... *dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten.*", wat in de weerhouden gevallen niet het geval was.

**Tenlastegelegd : 1284 verstrekkingen ten bedrage van 22.812,08 EUR.**

**B2** Het aanrekenen van verstrekkingen hoewel niet voldaan werd aan alle vereisten qua medisch voorschrift overeenkomstig de bepalingen van §§2 en 3 en/of van §9 bis van Art.7 van de N.G.V.

*"§ 2. Voor de in de vorige paragraaf omschreven verstrekkingen wordt een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging alleen verleend als ze door een arts zijn voorgeschreven, behalve de verstrekking « schriftelijk verslag » die niet uitdrukkelijk vermeld moet zijn op het voorschrift." (K.B.18.12.2002"(in werking 1.1.2003)*

*"§ 3. Het medisch voorschrift. ( "K.B. 20.10.2008" (in werking 1.1.2009)*

*Het medisch voorschrift moet minimaal volgende gegevens bevatten:*

- a) naam en voornaam van de patiënt;*
- b) naam, voornaam en RIZIV-nummer van de voorschrijver;*
- c) datum van het voorschrift;*
- d) handtekening van de voorschrijver;*
- e) het maximale aantal zittingen,*
- f) de diagnose en/of de diagnose-elementen van de te behandelen aandoening;*
- g) de anatomische lokalisatie van de letsels indien zulks niet blijkt uit de diagnose;*
- h) de aanvangsdatum van de behandeling, indien deze afwijkt van de datum van het voorschrift*

- i) de vermelding « dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten » indien de verstrekkingen bij de rechthebbende thuis dienen te worden verleend.

Indien de aanvangsdatum van de behandeling afwijkt van de datum van het voorschrift wordt de tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering slechts toegekend indien de behandeling werd aangevat binnen een periode van twee maanden vanaf de datum van het voorschrift.

Het voorschrift bevat bovendien, naargelang de pathologische situatie, de volgende elementen :

- a) de motivering van een tweede zitting per dag overeenkomstig de bepalingen van § 11, van § 12, 2° of van § 14bis, van dit artikel;"

"K.B. 20.10.2008" (in werking 1.1.2009) + "K.B. 29.8.2009" (in werking 1.11.2009)

- "b) het nomenclatuurnummer en de datum van de chirurgische ingreep voor de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A, a);"

"K.B. 20.10.2008" (in werking 1.1.2009)

- "c) het voorschrift van een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek. Indien een behandeling wordt voorgeschreven na een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek, dan verwijst het medisch voorschrift naar dit kinesitherapeutisch onderzoek; (Geschrapt door K.B. 5/4/2011 in werking 1.7.2011)

- d) het verzoek om een schriftelijk verslag."

"K.B. 29.4.2009" (in werking 1.7.2009)

- "e) de noodzaak om een kinesitherapiezitting te verrichten tijdens de daghospitalisatie in de gevallen bedoeld in § 1, 8°;"

"K.B. 20.10.2008" (in werking 1.1.2009)

"Het concept van de behandeling en de frequentie worden vastgesteld op initiatief en onder de verantwoordelijkheid van de kinesitherapeut, behalve als de voorschrijver beide of een van beide vermeldt. Als de kinesitherapeut het niet eens is met de frequentie of met het concept van de voorgeschreven behandeling, neemt hij, met het oog op eventuele wijzigingen, contact op met de voorschrijver. Die wijzigingen alsmede het akkoord van de voorschrijvend geneesheer moeten in het dossier van de rechthebbende worden vermeld.

*De kinesitherapeut mag minder verstrekkingen uitvoeren dan voorgeschreven."*

**§ 9bis. ... "K.B.18.12.2002"(in werking 1.1.2003)**

".....

*De verstrekkingen bij de rechthebbenden thuis mogen enkel worden aangerekend indien de voorschrijvende arts uitdrukkelijk op het voorschrift heeft vermeld dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten."*

**B.2.a)** Er werd gebruik gemaakt van een voorschrift waarop het voorgeschreven aantal verstrekkingen en/of de datum werd gewijzigd ofwel niet door de voorschrijvende arts werd vermeld. Ofwel werd er gebruik gemaakt van een voorschrift dat zelfs de naam van de verzekerde niet vermeldde en niet voor de verzekerde in kwestie was bedoeld, buiten het medeweten van de voorschrijvende arts:

**Reglementaire basis :**

***Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 en wijzigingen):*** zie de bepalingen van de §§2 en 3 van Art.7 van de NGV hierboven vermeld.

**Tenlastegelegd : 1174 verstrekkingen zonder schade voor de verplichte ziekte-verzekering.**

**B.2.b)** Inbreuk op § 9bis van het Art. 7 :

**Reglementaire basis :**

***Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 en wijzigingen):*** zie de bepalingen van §9 bis van Art.7 van de NGV hierboven vermeld.

**Tenlastegelegd : 240 verstrekkingen ten bedrage van 4659,9 EUR.**

<b>B3</b> Het aanrekenen van verstrekkingen op verkeerde data.
--

**Reglementaire basis :**

**Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14/07/1994, art 53 en**

***Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 en wijzigingen):*** geen verdere toelichting nodig.

Tenlastegelegde : 12 verstrekkingen zonder schade voor de verplichte ziekteverzekering.

Synoptische tabel

T.L.L.	NGV-codes	Aantal verstrekkingen	Overeenkomstig onterecht ZIV- bedrag	Aantal verze- kerden
Art. 73bis 1°.(Niet uitgevoerd)	A. Niet uitgevoerde verstrekkingen codes 560652	155	2.903,75 EUR(er is een totale over- lapping met onderstaand bedrag en wordt niet geteld))	2
Art. 73bis 2°(.Niet conform uitgevoerd: 4TTL)	B1 Codes 560652 M24 onterecht aangerekend voor verstrekkingen thuis bij de verzekerden	1284	<b>22.812,08EUR</b>	6
	B2a Codes 560652 M24 en codes 561013 M22 aangerekend zonder eerbiediging van de vereisten bepalingen van de §§2 en 3 van Art.7 van de NGV.	1174	0 EUR	6
	B2b. Codes 561013 M22 aangerekend zonder eerbiediging van de bepalingen van de §9bis van Art.7 van de NGV.	240	<b>4659,9 EUR</b>	1
	B3.Verstrekkingen werden aangerekend op verkeerde data.	12	0 EUR	2
<b>TOTAAL</b>			<b>27.471,98 EUR</b>	1

totaalbedragen per nomenclatuurnummer in euro voor de 5 tenlasteleggingen samen (zonder overlapping)

Naam	Totale bedragen in €	560652	561013
B...	4.659,9		4.659,9
C...	7.218,28	7.218,28	
D...	2.269,2	2.269,2	
E...	6.351,11	6.351,11	
F...	4.519,49	4.519,49	
G...	1.974	1.974	
H...	480	480	
<b>TOTAAL</b>	<b>27.471,98</b>		

Verweer

Met de aangetekende brief van 9 juli 2012 werd de synthesenota aan de heer A... ter kennis gegeven en is gevraagd zijn schriftelijke verweermiddelen mee te delen.

Hij heeft hieraan gevolg gegeven met een brief van 9 september 2012 waarin hij het volgende stelde.

- dat hij zijn **praktijk** sedert augustus 2011, **na de vaststellingen** van de DGEK, heeft **afgebouwd om meer aandacht** te besteden aan het **administratief werk**;
- dat er tot augustus 2011, zijnde **33 jaar**, er t.a.v. zijn praktijk **geen enkele negatieve vaststelling** is gedaan;
- dat de **hulpverlening** aan de **patiënt** steeds **op de eerste plaats** kwam en **daardoor** de administratieve **regelgeving** niet of **niet volledig** werd **nageleefd**, echter zonder een persoonlijk voordeel na te streven;
- dat **bij de thuisbezoeken** het **ereloon** van een **kabinetbezoek** en niet het hoger tarief van een huisbezoek werd **aangerekend**;
- dat een **confrontatie met de verzekerden** in het bijzijn van zijn raadsman **duidelijk kon maken** dat hij **goedbedoeld** (gelet op de hoge leeftijd van de verzekerden) **thuisbezoeken** heeft afgelegd (licht dat toe aan de hand van de situatie van de verzekerden C..., E..., F..., G..., B...);

- dat daar waar de **voorschriften** werden **aangevuld of aangepast**, dat **steeds** gebeurde **na samenspraak** met de **voorschrijvende arts** en dat dat **niet kwaadwillig** gebeurde.

## **BEOORDELING**

### **Betreffende tenlastelegging 1**

Deze tenlastelegging is gebaseerd op de verklaringen opgenomen in de processen-verbaal van verhoor van de verzekerden en op documenten.

Voor het geval waarvoor de heer A... geen uitleg heeft, beschikt de Dienst over een document uitgaande van het ziekenfonds m.b.t. de hospitalisatie van de verzekerde.

Voor het tweede geval werd de betrokken verzekerde opnieuw ondervraagd. Hij bevestigde zijn eerste verklaringen.

### **Betreffende tenlastelegging 2**

De tenlastelegging is gebaseerd op de verklaringen opgenomen in de processen - verbaal van verhoor van de verzekerden en op de medische voorschriften waarop de expliciete vermelding "*...dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten.*", **niet** voorkomt.

### **Betreffende tenlastelegging 3**

De tenlastelegging is gebaseerd op de verklaringen opgenomen in de processen - verbaal van verhoor van de voorschrijvende artsen aan wie de onregelmatige voorschriften werden voorgelegd.

### **Betreffende tenlastelegging 4**

De tenlastelegging is gebaseerd op de vaststellingen betreffende de medische voorschriften, waarop de expliciete vermelding "*...dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten.*", **niet** voorkomt.

### **Betreffende tenlastelegging 5**

Het gaat om twee maal 6 verstrekkingen die op het eerste zicht dubbel in rekening werden gebracht, doch in feite niet dubbel doch op de verkeerde maand werden geattesteerd.

## **CONCLUSIE**

De tenlasteleggingen zijn afdoende bewezen.

De feiten die zijn opgenomen in het proces-verbaal van vaststelling van 31 augustus 2011 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 uitkeringen, kunnen steeds de maatregelen opgelegd worden zoals bepaald in artikel 142 van de gecoördineerde ZIV-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 dus altijd strikt moeten 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 blz. 365 ev., 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, Nys 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, Nys en Breesch, 1999, 74). Vooral dan van de nomenclatuurcodes die specifiek tot het beroepsdomein van de 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.

Bij het bepalen van de hoogte van de sanctie wordt rekening gehouden met de intrinsieke ernst van de feiten, namelijk het ten onrechte aanrekenen van niet uitgevoerde verstrekkingen (tenlastelegging 1) en van niet conforme verstrekkingen (tenlasteleggingen 2, 3, 4 en 5) en de financiële repercussie (€ 27.471,98) 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 EROVER 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 31 augustus 2011 naar genoegen van recht bewezen zijn en houdt ze dus aan;

- stelt vast dat de feiten een inbreuk uitmaken op het bepaalde in artikel 73bis, 1° en 2° van de gecoördineerde ZIV-wet;
- veroordeelt de heer A... tot de terugbetaling van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, ten belope van € 27.471,98 ;
- stelt vast dat de heer A... de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen reeds eerder correct en volledig terugbetaalde in drie schijven op 28 oktober 2011, 30 november 2011 en 29 december 2011 ten belope van € 27.471,98;
- legt aan de heer A... op basis van artikel 101 en 112 van het Sociaal Strafwetboek voor tenlastelegging 1 een effectieve administratieve geldboete op van € 250 x 5,5 opdecimes zijnde € 1.375 en voor de tenlasteleggingen 2 tot en met 5 een effectieve administratieve geldboete van € 250 x 5,5 opdecimes zijnde € 1.375.

De heer A... moet het bedrag van € 2.750 (€ 1.375 + € 1.375) ten titel van administratieve geldboete *betalen* door overschrijving op het rekeningnummer **IBAN : BE56 67900197 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 wanbetaling, 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

De leidend ambtenaar,

Dr. B. HEPP  
Geneesheer-directeur-generaal