

Rep. nr. 16/16

*

AR. NA-004-15

E/XXXX

*

Tegensprekelijke
eindbeslissing van 19
mei 2016

*

VAN RECHTSWEGE
UITVOERBAAR BIJ
VOORRAAD
NIETTEGENSTAANDE
BEROEP

KAMER VAN EERSTE AANLEG die met volle rechtsmacht kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bij artikel 144, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

BESLISSING

In de zaak van

**RIZIV – DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN
CONTROLE**, openbare instelling van sociale zekerheid, met zetel te 1150
Brussel, Tervurenlaan 211,

eiser, voor wie zijn verschenen, mevrouw C , verpleegkundige-controleur
en mevrouw D , jurist, ambtenaren bij eiser

Tegen

De heer A..., verpleegkundige, wonend te XXXX,

verweerder met als raadsman meester B , advocaat te XXXX

*
* *

Op de openbare terechtzitting van 17 maart 2016 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 (procedurereglement)

*
* *

1 RETROACTEN

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder

- het verzoekschrift van eiser, neergelegd ter griffie van de Kamer van eerste aanleg op 17 juli 2015,
- de eerste conclusie van verweerder, ontvangen ter griffie van de Kamer van eerste aanleg op 28 oktober 2015,
- de conclusie van eiser, neergelegd ter griffie van de Kamer van eerste aanleg op 14 december 2015,
- de syntheseconclusie van verweerder, neergelegd ter griffie van de Kamer van eerste aanleg op 13 januari 2016;
- de vaststelling van rechtsdag op 17 maart 2016

Gehoord op de openbare terechtzitting van 17 maart 2016.

- mevrouw D.. en mevrouw C namens eiser,
- meester B namens verweerder.

De debatten werden gesloten, de zaak werd in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 19 mei 2016, eerste nuttige zitting van de Kamer van eerste aanleg

*
* *
*

2 FEITEN - TENLASTELEGGINGEN

1 Verweerder heeft zijn diploma verpleegkunde behaald in 1984
Sedert 2000 werkt hij voltijds als zelfstandige thuisverpleegkundige. Zijn praktijk is een eenmanszaak.

Voor zijn administratie doet verweerder beroep op mevrouw E. Verweerder ondertekent daartoe ieder jaar een volmacht waarin hij mevrouw E de toelating geeft om in zijn naam aan te rekenen aan de verplichte ziekteverzekering. Mevrouw E ontvangt hiervoor een vergoeding ten belope van 10% van de omzet van verweerder.

Voor mevrouw E aanrekenen aan de verzekeringsinstelling van de behandelde verzekerde, bezorgt zij verweerder per gewerkte dag van de voorgaande maand een lijst waarop per dag volgende gegevens vermeld zijn: de naam van de patient, een korte omschrijving van de zorgen, het

nomenclatuurnummer van die zorgen, in voorkomend geval het forfait Verweerder ondertekent deze lijst, na nazicht en eventuele verbetering, en bezorgt deze nadien terug aan mevrouw E. Vervolgens worden de lijsten ingediend bij de verzekeringsinstellingen.

2. Eiser voerde een onderzoek uit naar de realiteit en conformiteit van de verstrekkingen die verweerder als verpleegkundige aan de verplichte ziekteverzekering heeft aangerekend.

Bij de landsbonden van de verzekeringsinstellingen 100, 200, 300, 400, 500, 600 en 900 werden gewaarmerkte diskettes opgevraagd voor de periode van 1 januari 2012 tot en met 30 juni 2013 (invoerdatum bij de verzekeringsinstelling). Bij de verzekeringsinstellingen werden getuigschriften voor verstrekte hulp, originele voorschriften en evaluatieschalen in beslag genomen.

Naar aanleiding van dit onderzoek werd verweerder verhoord op 18 en 19 maart 2014. Er werden tevens 20 verzekerden verhoord, één medewerkster van XXXX en 4 huisartsen. Ook mevrouw E. werd verhoord.

Er werd vervolgens Pro Justitia opgesteld op 11 april 2014, welke op 24 april 2014 aangetekend verstuurd werd naar verweerder.

Vervolgens werd op 15 mei 2014 een correctie van de Pro Justitia verstuurd naar verweerder, met een "uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling" voor een bedrag van 75.126,13 euro.

Verweerder heeft hierop gereageerd bij aangetekend schrijven van 27 juni 2014. Hij ging tevens over tot terugbetaling van een bedrag van 11.915,27 euro.

3. Aan verweerder werden de in de periode van 1 maart 2012 tot en met 31 mei 2013 (data ontvangst verzekeringsinstelling van 12 april 2012 tot en met 30 juni 2013) volgende inbreuken ten laste gelegd:

Tenlastelegging 1

Op zijn naam reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd.

In totaal werden bij acht verzekerden 3.920 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een totaal bedrag van 14.658,01 euro. Hiervan werd een bedrag van 4.614,25 euro vrijwillig terugbetaald.

Tenlastelegging 2

Op zijn naam reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te

leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze wet

Door het te hoog evalueren van de fysieke afhankelijkheidstoestand van verzekerden werden ten onrechte te hoge forfaitaire honoraria aangerekend

Deze vaststelling bestaat uit twee onderdelen

- 1) Het aanrekenen van forfait A daar waar slechts een T7 aanrekenbaar was
- 2) Het aanrekenen van forfait B daar waar slechts een forfait A aanrekenbaar was

In totaal werden bij vier verzekerden 1 421 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een totaal bedrag (na verschilregel) van 13 552,15 euro

Hiervan werd een bedrag van 4 141,10 euro vrijwillig terugbetaald

Tenlastelegging 3

Op zijn naam reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze wet

De verzekerde leed namelijk niet aan de vereiste huidandoening zodat zelf aanbrengen niet kon worden geattesteerd

In totaal werden bij één verzekerde 92 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een totaal bedrag van 234,38 euro

Verweerder heeft dit bedrag vrijwillig terugbetaald.

Tenlastelegging 4

Op zijn naam reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze wet

Meer bepaald het niet opmaken en bijhouden van een dossier.

Er werden 6 127 verstrekkingen ten laste gelegd voor een totaal bedrag van 48 568,87 euro. Hiervan werd reeds een bedrag van 4 812,82 euro ten laste werd gelegd onder tenlastelegging 1 en 2, zodat uiteindelijk een bedrag van 43.756,05 euro wordt teruggevorderd.

Tenlastelegging 5

Op zijn naam reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze wet

Meer bepaald het niet opmaken en bijhouden van een specifiek wondzorgdossier

Er werden 2 422 verstrekkingen ten laste gelegd Na toepassing van de verschilregel met eenvoudige wondzorg, bedraagt het ten laste gelegde bedrag 2 925,54 euro

Verweerder heeft dit bedrag integraal terugbetaald op 30 juni 2014

Samenvatting:

Voor die vijf tenlasteleggingen bedraagt het totaal ten laste gelegde bedrag 75 126,13 euro

Hiervan werd een bedrag van 11 915,27 euro terugbetaald

*
* *

3 VOORWERP VAN DE VORDERING

4 De vordering van eiser strekt tot

- de veroordeling van verweerder tot terugbetaling van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van 75.126,13 euro, overeenkomstig artikel 142 §1, 1° en 2° van de gecoördineerde ZIV-wet, doch onder aftrek van het reeds terugbetaalde bedrag van 11.915,27 euro, hetzij nog 63 210,86 euro,
- de veroordeling van verweerder tot betaling van een administratieve geldboete van 44 892,06 euro, met name

voor de periode tot en met 17 maart 2012

- voor de niet-uitgevoerde prestaties (TLL 1) overeenkomstig artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek (S. Sw.) een administratieve geldboete van 51,01 euro (x 6 opdecimen), hetzij 306,1 euro,
- voor de niet-conforme prestaties (TLL 2 tot 5) overeenkomstig artikel 101 S Sw. een administratieve geldboete van 36,51 euro (x 6 opdecimen), hetzij 219,09 euro,

voor de periode vanaf 18 maart 2012:

- voor de niet uitgevoerde prestaties (TLL 1) overeenkomstig artikel 142, §1, 1° van de gecoördineerde ZIV-wet, een administratieve geldboete van 100%, hetzij 14 351,91 euro,
- voor de niet-conforme prestaties (TLL 2 tot 5) overeenkomstig artikel 142, § 1, 2° van de gecoördineerde ZIV-wet, een administratieve geldboete van 50%, hetzij 30 014,96 euro

*
* *

4 STANDPUNTEN VAN DE PARTIJEN

4.1 Standpunt van eiser

5 Met betrekking tot de door verweerder ingeroepen schending van artikel 5, tweede lid van het procedurereglement, stelt eiser dat verweerder geen belangenschade heeft geleden. Bijgevolg is dit middel niet ontvankelijk.

6 Met betrekking tot de ingeroepen schending van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen, stelt eiser dat deze niet van toepassing is op de gevoerde procedure. Het ingediende verzoekschrift betreft immers geen eenzijdige rechtshandeling met individuele strekking die uitgaat van het bestuur en die beoogt rechtsgevolgen te hebben voor een bestuurde.

In het verzoekschrift wordt bovendien verwezen naar het neergelegde dossier waarvan de synthesesnota en de gevalsbespreking deel uitmaken. Per inbreuk wordt verwezen naar de geschonden wettelijke bepaling en wordt weergegeven waarop eiser zich steunt. Het verzoekschrift is derhalve wel degelijk gemotiveerd. De rechten van verdediging van verweerder werden niet geschonden.

7 Artikel 8 § 7 van de nomenclatuur bevat enkel een waarborg voor de patient, maar heeft geen weerslag op de verantwoordelijkheid van de zorgverlener voor de toepassing van de correcte evaluatiecriteria. De adviserend geneesheren doen enkel een mathematische controle. Uit dit artikel kan niet worden afgeleid dat, bij gebrek aan verzet door de adviserend geneesheer, de nomenclatuur correct werd toegepast door de verpleegkundige. De verpleegkundige blijft steeds verantwoordelijk voor de aanrekening van zijn prestaties, niettegenstaande het ontbreken van verzet van de adviserend geneesheer. Dit wordt bevestigd door de Raad van State.

8 Met betrekking tot de eerste, de tweede en de vierde tenlastelegging, gaat eiser vervolgens per patient in op de concrete ten laste gelegde feiten

9 Met betrekking tot de administratieve geldboete stelt eiser dat het feit dat een gedeelte van de ten onrechte aangerekende prestaties vrijwillig werd terugbetaald, niet tot gevolg heeft dat er voor dat deel geen administratieve geldboete meer zou kunnen worden opgelegd. Er wordt geen maximale geldboete gevorderd, zodat hiermee wordt aangetoond dat er wel degelijk rekening werd gehouden met de gedeeltelijke vrijwillige terugbetaling door verweerder, alsook met feit dat hij geen antecedenten heeft.

4.2 Standpunt van verweerder

10 Verweerder stelt dat eiser hem slechts bij aangetekend schrijven van 5 augustus 2015 een kopie van het verzoekschrift heeft overgemaakt, terwijl het verzoekschrift reeds op 17 juli 2015 werd ingediend ter griffie van de Kamer van eerste aanleg. Dit is in strijd met artikel 5, lid 2 van het procedurereglement.

In het verzoekschrift en de synthesesnota van eiser werden een aantal opmerkingen van verweerder bij de Pro Justitia, zoals vermeld in zijn schrijven van 27 juni 2014, niet ontmoet (cfr. infra).

11 Verweerder stelt dat op de tenlasteleggingen 3 en 5 niet verder moet worden ingegaan. De waarde van de ten laste gelegde verstrekkingen (respectievelijk 234,38 euro en 2.925,54 euro) werd immers – onder alle voorbehoud en zonder enige nadelige erkenning – vrijwillig terugbetaald.

12 Nopens de eerste tenlastelegging stipt verweerder vooreerst aan dat – onder alle voorbehoud en zonder enige nadelige erkenning – de waarde van de ten laste gelegde verstrekkingen met betrekking tot de verzekerden F (3.219,87 euro), G (447,19 euro) en H (947,19 euro) werd terugbetaald.

Vervolgens stelt verweerder dat eiser in zijn verzoekschrift en in zijn synthesesnota slechts met betrekking tot drie van de acht verzekerde patiënten voor wie verstrekkingen ten laste zijn gelegd, argumenteert waarom er een inbreuk zou zijn gepleegd op artikel 73bis, 1° van de gecoördineerde ZIV-wet. Dit argument werd reeds aangehaald in de brief van 27 juni 2014, doch eiser heeft hierop niet geantwoord. In het licht van de wet van 29 juli 1991 die de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen voorziet, is de werkwijze van eiser, zowel in het kader van het proces-verbaal van vaststelling (Pro Justitia) als in het kader van haar verzoekschrift ontoereikend en onaanvaardbaar, te meer daar eiser een veroordeling van verweerder nastreeft. Hierdoor zou het recht van verdediging zijn geschonden zodat de vordering met betrekking tot de eerste tenlastelegging moet worden afgewezen.

Verweerder gaat tenslotte in op de situatie van verzekerden I , J , K , L... en M

13 Nopens de tweede tenlastelegging stipt verweerder vooreerst aan dat – onder alle voorbehoud en zonder enige nadelige erkenning – de waarde van de ten laste gelegde verstrekkingen die betrekking hebben op de verzekerde N (4 141 euro) werd terugbetaald

Vervolgens stelt verweerder dat eiser in zijn verzoekschrift en in zijn synthesenota slechts met betrekking tot drie verzekerde patiënten voor wie verstrekkingen ten laste zijn gelegd, argumenteert waarom er een inbreuk zou zijn gepleegd op artikel 73bis, 2° van de gecoördineerde ZIV-wet, onder wie patiënte N , voor wie reeds tot terugbetaling werd overgegaan. Voor patiënte O en P liet eiser na de argumenten van verweerder te ontmoeten, zoals geformuleerd in zijn schrijven van 27 juni 2014. Hierdoor zou het recht van verdediging zijn geschonden, zodat de vordering met betrekking tot de tweede tenlastelegging moet worden afgewezen.

Daarnaast wijst verweerder op het feit dat voor de aanvraag van de forfaits de procedure werd gevolgd overeenkomstig het toenmalige artikel 8 §7 van de nomenclatuur. De aanvragen werden ter goedkeuring voorgelegd aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de verzekerde patiënt. Deze heeft de evaluatieschaal gecontroleerd op het ogenblik dat de prestaties effectief werden uitgevoerd en heeft zich hiertegen niet verzet. Bijgevolg heeft verweerder een correcte evaluatie gemaakt en zijn de prestaties conform verricht.

Dat in het kader van een controle twee jaar later, beperkte afwijkende scores worden aangetroffen, hoeft niet te verwonderen. Het evalueren van patiënten is een persoonsgebonden en variabel gegeven. Zowel de verpleegkundige, de huisarts, de adviserend geneesheer, de controlearts en de patiënt hebben een andere kijk op het scoren.

Tenslotte motiveert verweerder de ten laste gelegde gevallen in concreto.

14 Met betrekking tot de vierde tenlastelegging (het niet bijhouden van een verpleegdossier) stelt verweerder dat voor het aanleggen en bijhouden van het verpleegdossier, een beroep werd gedaan op mevrouw E . Er is wel degelijk een verpleegdossier bijgehouden. Dit blijkt zowel uit de verklaring van eiser als uit deze van mevrouw E . Hiervoor werd gebruik gemaakt van het computerprogramma XXXX, waarvoor het RIZIV een tegemoetkoming voorziet.

Verweerder legt voor wat de litigieuze periode betreft de verpleegdossiers van al zijn patiënten voor. Ook de planning en de evaluatie van de verzorging werd opgenomen. Verweerder wijst er op dat de opmaak van het verpleegdossier niet gebonden is aan vormvereisten. Hij heeft de verpleegdossiers (dagboeken) maandelijks ondertekend. Hiermee bevestigde hij de vermelde verstrekkingen te hebben uitgevoerd. De verklaring van verweerder als zouden er vóór november 2012 geen patientendossiers zijn bijgehouden, berust op een misverstand dat enkel ontstond ingevolge de specifieke vraagstelling van de verpleegkundige-

controleurs.

Strikt ondergeschikt wijst verweerder er op dat krachtens artikel 8 § 4 van de nomenclatuur enkel de relevante elementen van planning en evaluatie van de verzorging in het verpleegdossier moeten worden opgenomen, en dit slechts minimaal om de twee maanden. Bijgevolg is er hoe dan ook geen inbreuk bewezen wanneer het gaat om verstrekkingen in de periode van 1 juli 2012 tot 30 september 2012 die in totaal niet langer dan twee maanden duurt. Verweerder somt een lijst op van 20 patiënten voor wie geen inbreuk gepleegd werd, zodat een bedrag van 2 903,95 euro dient in mindering te worden gebracht van het gevorderde.

Met betrekking tot verzekerde Q, volgt de planning van de verstrekkingen enkel en alleen al uit de voorschriften van de behandelende arts en deze instructies zijn opgenomen in het verpleegdossier.

Uit de verklaring van mevrouw E blijkt tenslotte dat de planning en de evaluatie van de verzorging in de verpleegdossiers werden geïntegreerd op basis van de dagelijkse telefonische contacten met verweerder.

15. Nopens de gevorderde administratieve boete wijst verweerder

- op zijn onberispelijke professionele carrière en staat van dienst, er zijn geen antecedenten in zijn hoofd;
- op het feit dat er onmiddellijk werd overgegaan tot een gedeeltelijke terugbetaling van de waarde van bepaalde aangerekende verstrekkingen,
- op het feit dat hij de inbreuken niet moedwillig heeft gepleegd, deze betreffen louter vergissingen en verkeerde inschattingen,
- op het feit dat wat de vierde tenlastelegging betreft, er hoogstens kan vastgesteld worden dat de bijgehouden verpleegdossiers onvolledig waren,
- op het feit dat hij sinds de controle, naast de verpleegdossiers die bijgehouden worden door mevrouw E, nog geschreven observatienota's bijhoudt van de geleverde verstrekkingen.

Verweerder vraagt om bij de begroting van de administratieve geldboete

- in de berekeningsbasis minstens rekening te houden met het bedrag van de vrijwillig terugbetaalde som van 11 915,27 euro en de som van 2 903,95 euro,
- deze te herleiden tot het strikte minimum, conform artikel 101 S Sw en artikel 142 § 1, 1° en 2° van de gecoördineerde ZIV-wet, hetzij een boete van 50% voor de eerste tenlastelegging en 5% van de voor de tweede tot en met de vierde tenlastelegging,
- deze op te leggen met uitstel gedurende één jaar.

*
* *

5 BEOORDELING

5.1 De ingeroepen schending van artikel 5, tweede lid van het procedurereglement – (on)ontvankelijkheid van de vordering

16 Verweerder stelt dat eiser de bepalingen van artikel 5, lid 2 van het procedurereglement heeft geschonden omdat eiser het verzoekschrift op 17 juli 2015 heeft ingediend ter griffie van de Kamer van eerste aanleg, en hem slechts bij aangetekend schrijven van 5 augustus 2015 een kopie van het verzoekschrift heeft overgemaakt

Artikel 5, lid 2 van het procedurereglement bepaalt

De verzoekende partij zendt tegelijkertijd met de neerlegging van haar verzoekschrift, ter informatie ook een afschrift hiervan aan de tegenpartijen

De Kamer van eerste aanleg wijst er op dat artikel 5 van het Procedurereglement niet vermeldt dat de bepalingen van dit artikel voorgeschreven zijn op straffe van onontvankelijkheid. De kopie van het verzoekschrift dient enkel "ter informatie" te worden overgemaakt aan de tegenpartij

Enkel de kennisgeving door de griffie van de Kamer van eerste aanleg doet de termijnen voor het neerleggen van conclusies lopen

De griffie van de Kamer van eerste aanleg heeft bij aangetekend schrijven van 5 augustus 2015 een kopie van het verzoekschrift ter kennis gebracht van verweerder. Verweerder heeft vervolgens zijn standpunten kunnen uiteenzetten in conclusies. Bijgevolg heeft hij geen belangenschade geleden

De Kamer van eerste aanleg stelt verder vast dat het verzoekschrift van eiser regelmatig naar vorm (art 3 procedurereglement) en termijn (art 143 §3, 2° van de gecoördineerde ZIV-wet) werd ingediend. De vordering van eiser is bijgevolg ontvankelijk

5.2 De ingeroepen schending van de wet van 29 juli 1991 – schending van de rechten van verdediging

17 Verweerder stelt dat eiser in zijn verzoekschrift en synthesesnota niet heeft geantwoord op de in zijn brief van 27 juni 2014 geformuleerde opmerkingen bij de Pro Justitia. Hierdoor zou eiser de bepalingen van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen geschonden hebben

Artikel 2 van de wet van 29 juli 1991 bepaalt dat de bestuurshandelingen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd

Krachtens artikel 1 van deze wet dient onder een bestuurshandeling te worden verstaan de eenzijdige rechtshandeling met individuele strekking die uitgaat van een bestuur en die beoogt rechtsgevolgen te hebben voor één of meer bestuurden of voor een ander bestuur.

In voorliggend geval heeft eiser een aantal inbreuken vastgesteld in hoofde van verweerder. Eiser heeft deze opgelijst in een proces-verbaal van vaststelling (Pro Justitia van 11 april 2014).

Op basis hiervan vraagt eiser aan de Kamer van eerste aanleg om te beslissen om aan verweerder op te leggen dat hij de ten onrechte aangerekende verstrekkingen dient terug te betalen, alsook dat hij een administratieve geldboete moet betalen. Eiser beslist dit met andere woorden niet zelf.

Het door eiser ingediende verzoekschrift betreft derhalve geen eenzijdige rechtshandeling waaraan rechtsgevolgen zijn verbonden. Het betreft derhalve geen bestuurshandeling in de zin van artikel 1 van de wet van 29 juli 1991 zodat deze wet hierop niet van toepassing is. Van enige schending van deze wet kan dan ook geen sprake zijn in het kader van de voorliggende procedure.

18. De Kamer van eerste aanleg stelt verder vast dat in het verzoekschrift van eiser uitdrukkelijk wordt verwezen naar de feiten en vaststellingen zoals vermeld in de synthesenota en in de gevalsbespreking. Per tenlastelegging wordt uitdrukkelijk verwezen naar de wettelijke bepaling waarop een inbreuk zou zijn gepleegd. Er wordt tevens verwezen naar de elementen in het dossier waarop eiser zich heeft gesteund om haar vordering in te stellen (de vaststellingen van de verpleegkundigecontroleurs, de documenten die opgevraagd werden bij de verzekeringsinstellingen, de verhoren van verweerder, de verzekerden, mevrouw E., huisartsen, enz.).

Verweerder heeft op de middelen van eiser kunnen antwoorden bij middel van de door hem neergelegde conclusies. Hij werd tevens gehoord op de terechtzitting van 17 maart 2016.

Bijgevolg stelt de Kamer van eerste aanleg vast dat de rechten van verdediging van verweerder in het kader van de voorliggende procedure geenszins geschonden zijn.

5.3 De gevorderde terugvorderingen

5.3.1 Tenlastelegging 1 (aanrekenen van verstrekkingen die niet werden verleend)

19. De eerste tenlastelegging heeft betrekking op 3.920 verstrekkingen die werden aangerekend voor acht verzekerden.

De motieven voor de tenlastelegging werden uiteengezet in de Pro Justitia van 11 april 2014 en toegelicht in de gevalsbespreking. Met betrekking tot de verzekerden F..., I. en G werd tevens een toelichting gegeven in de syntheseconclusie.

De aangerekende verstrekkingen voor verzekerde F (3 219,87 euro), G (447,19 euro) en H.. (947,17 euro) werden onder alle voorbehoud en zonder enige nadelige erkenning terugbetaald. Verweerder voert wat deze verzekerden betreft, geen verweer. De ten laste gelegde verstrekkingen voor de andere vijf verzekerden worden wel betwist.

De Kamer van eerste aanleg zal hieronder de tenlastelegging patient per patient bespreken, in de volgorde zoals vermeld in de gevalsbespreking. 20 Met betrekking tot de verzekerde F blijkt uit de verklaring van de verzekerde dat haar niet dagelijks, doch slechts twee keer per week een toilet werd toegediend. Dit werd nooit toegediend in het weekend. Verweerder rekende daarentegen dagelijks toiletten aan, en dit zelfs tijdens periodes waarin de verzekerde met vakantie was.

Op basis van de elementen in het dossier en de afwezigheid van verweer van verweerder, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de ten laste gelegde verstrekkingen (meer dan twee per week, weekendverstrekkingen en verstrekkingen aangerekend tijdens de vakantieperiodes van de verzekerde) ten onrechte werden aangerekend en dat deze integraal dienen te worden terugbetaald, hetgeen inmiddels ook reeds is gebeurd.

21 Met betrekking tot verzekerde J werd in de periode van 24 augustus 2012 tot 31 december 2012 een toilet met eerste basisverstrekking aangerekend, terwijl uit de verklaring van de verzekerde, die bijgestaan werd door haar dochter, blijkt dat verweerder haar slechts een tiental dagen heeft verzorgd in augustus 2012. Het verpleegdossier is op dit punt uiterst onduidelijk. Op basis van de duidelijke verklaring van de verzekerde, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de tenlastelegging bewezen is en dat de ten onrechte aangerekende verstrekkingen dienen te worden terugbetaald.

22 Met betrekking tot verzekerde K blijkt uit de duidelijke verklaring van de verzekerde dat zij slechts gedurende één maand verzorging heeft gekregen voor een wonde aan haar been. Het verpleegdossier bevat slechts weinig elementen, doch ondanks het feit dat er vermeld werd dat de therapie gestopt was, werd nog verder aangerekend. De verklaringen van de verzekerde komen bovendien overeen met deze van de behandelende arts en met de gegevens van diens dossier. Er is slechts één voorschrift geweest voor wondzorg op 15 oktober 2012.

Op basis van al deze elementen is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de ten laste gelegde verstrekkingen (aangerekend vanaf 26 november 2012 tot 31 mei 2013) niet werden uitgevoerd. De ten onrechte aangerekende verstrekkingen dienen te worden terugbetaald.

23 Met betrekking tot de verzekerde G. . heeft verweerder verstrekkingen aangerekend in een periode dat deze gehospitaliseerd werd. Op basis van de elementen in het dossier en de afwezigheid van verweer, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de ten laste gelegde verstrekkingen (forfait C met een derde bezoek) ten onrechte werden aangerekend zodat deze integraal dienen te worden terugbetaald, hetgeen inmiddels ook reeds is gebeurd.

24 Met betrekking tot verzekerde L stelt de Kamer van eerste aanleg vast dat deze verzekerde formeel is in haar verklaring. *“de verpleger komt altijd 3 of 4 keer per week (...) Hij is hier nog nooit iedere dag geweest en hij is hier nog nooit de zaterdag en de zondag in hetzelfde weekend geweest.”* Verweerder erkent bovendien zelf dat hij eens een dag niet ging, terwijl alle dagen werden aangerekend. In de periode vóór 4 januari 2013 zijn geen observaties genoteerd in het verpleegdossier. Voor de periode nadien, is het duidelijk dat verweerder de dagen dat hij de verzekerde niet verzorgde, niet geschrapd heeft op de registers.

Op basis van de duidelijke verklaring van de verzekerde, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de tenlastelegging bewezen is en dat de ten onrechte aangerekende verstrekkingen dienen te worden terugbetaald.

25 Met betrekking tot verzekerde I stelt de Kamer van eerste aanleg vast dat deze verzekerde zeer formeel is in haar verklaringen. *“De verpleger komt altijd 1 keer per dag. (.) Als hij komt zet hij mijn medicatie klaar, hij moet verder niets doen. () ik kan mij geen insputingen herinneren () Ik ben nog nooit gewassen door de verpleger. Ik doe dit zelf in de douche (.)”*

Deze verklaring van de verzekerde wordt bevestigd door de verzorgende van XXXX die minstens drie maal per week bij de verzekerde langs gaat. Deze verklaart *“Hij geeft haar dan medicatie. Er staat ook op het overlegdocument dat opgemaakt is op 14/10/2013 dat de verpleger iedere dag 2 keer zal gaan om medicatie te geven. Er staat op dit document niets vermeld over wassen. U vraagt mij of de verpleger haar nog gewassen heeft. Ik antwoord u neen. Die mevrouw kan nog goed voor zichzelf zorgen () Ik zie op haar sociale onderzoeks fiche naar aanleiding van haar initiatiegesprek op 20/02/2013 dat er bij wassen en kleden onder het item ADL een score 0 staat. Dit betekent dat zij volledig zelfstandig is om zich te wassen en te kleden, dat zij dus geen hulp nodig heeft. Ik ben zeker dat mevrouw I. . niet gewassen werd door de verpleger in de periode dat zij door XXXX verzorgd werd.”*

Deze verzorgende haalt in haar verklaring aan dat de verzekerde soms alcohol gebruikt, maar vermeldt dat dit gegeven geen invloed heeft op haar graad van hulpbehoefendheid.

Tijdens het verhoor van de verzekerde door de verpleegkundigecontroleurs is verweerder toegekomen bij de verzekerde. Hij meldde de controleurs dat hij haar op dat ogenblik zou wassen. De verpleegkundigecontroleurs dienden echter vast te stellen dat verweerder slechts enkele

minuten na hen de woning van de verzekerde heeft verlaten

Het verweer van verweerder als zou hij in de loop van de namiddag teruggekomen zijn om de verzekerde op dat ogenblik te wassen, strookt niet met de eerdere verklaring van verweerder ten aanzien van de verpleegkundige controleur waar hij 's middags verklaarde *"ik ga ze nu wassen"* Met zijn verklaring dat hij de verzekerde *"iedere dag in de douche hielp"*, toont hij evenmin dat hij ze elke dag waste

Op basis van alle elementen in het dossier, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de ten laste gelegde verstrekkingen (toiletten met eerste basisverstrekking) ten onrechte werden aangerekend zodat deze integraal dienen te worden terugbetaald

26 Met betrekking tot verzekerde M stelt de Kamer van eerste aanleg vast dat deze verzekerde zeer formeel is in zijn verklaring dat verweerder hem nog nooit heeft gewassen Hij doet dit zelf met hulp van zijn echtgenote

De verklaring van de verzekerde stemt overeen met deze van verweerder dat hij hem enkel een zogenaamd "intiem toilet" toedient alvorens hij zelf aanbrengt

Terecht merkt eiser op dat het "reinigen" van de plek waar achteraf zelf wordt aangebracht, niet als "toilet" kan worden aangerekend omdat deze handeling deel uitmaakt en derhalve ook vergoed wordt via de aangerekende wondzorg Het feit dat twee tot drie intieme toiletten meer werk vragen dan één toilet, doet hieraan geen afbreuk

Op basis van alle elementen in het dossier, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de ten laste gelegde verstrekkingen (toiletten) ten onrechte werden aangerekend zodat deze integraal dienen te worden terugbetaald

27 Met betrekking tot verzekerde H werden in de periode van 22 juni 2012 tot en met 15 april 2013 dagelijks zorgen aangerekend, terwijl uit de verklaring van de verzekerde blijkt dat hij niet verzorgd werd door verweerder op de dagen dat hij naar de nierdialyse ging Op basis van de duidelijke verklaring van de verzekerde, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de tenlastelegging bewezen is en dat de ten onrechte aangerekende verstrekkingen dienen te worden terugbetaald

28 Op basis van hetgeen hiervoor is uiteengezet, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat alle onder tenlastelegging 1 vermelde verstrekkingen ten onrechte werden aangerekend en integraal dienen te worden terugbetaald

5 3 2 Tenlastelegging 2 (het te hoog evalueren van de fysieke afhankelijkheidstoestand van de verzekerde waardoor te hoge forfaitaire honoraria worden aangerekend)

29 De tweede tenlastelegging heeft betrekking op 1.421 verstrekkingen die werden aangerekend voor vier verzekerden

De motieven voor de tenlastelegging werden uiteengezet in de Pro Justitia van 11 april 2014 en toegelicht in de gevalsbespreking Met betrekking tot de verzekerden R..., N . en P werd tevens een toelichting gegeven in de synthesesnota

De aangerekende verstrekkingen voor verzekerde N.. (4 141 euro) werden onder alle voorbehoud en zonder enige nadelige erkenning terugbetaald Verweerder voert wat deze verzekerde betreft, geen verweer De ten laste gelegde verstrekkingen met betrekking tot de andere drie verzekerden worden wel betwist.

30 De tenlastelegging heeft betrekking op de beoordeling door de verpleegkundige van de fysieke afhankelijkheidstoestand van een patiënt

De beoordeling door de verpleegkundige van de fysieke afhankelijkheidstoestand van een patiënt gebeurt aan de hand van de in de nomenclatuur opgenomen evaluatieschaal (katz-schaal) De fysieke afhankelijkheidsgraad en de duur van de behandeling worden door de verpleegkundige ingevuld op een formulier dat aan de adviserend geneesheer wordt bezorgd

Krachtens artikel 8 §7, 3° van de nomenclatuur is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd "*behoudens verzet van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren*"

Deze bepaling heeft alleen betrekking op de tegemoetkoming van de ziekteverzekering aan de verzekerde in de desbetreffende verstrekkingen

In rechte kan er geenszins worden uit afgeleid dat, bij gebrek aan verzet van de adviserend geneesheer, de nomenclatuur correct werd toegepast door de verpleegkundige (R v St , 29 juni 2004, arrest nr 133 337)

De geneesheren-directeuren hebben, overeenkomstig artikel 147, lid 1 van de gecoördineerde ZIV-wet, tot opdracht de uitvoering van de aan de adviserend geneesheren opgedragen taken te controleren

Daarnaast heeft eiser de bevoegdheid om, overeenkomstig artikel 139, 3° van de gecoördineerde ZIV-wet, de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging te controleren op het vlak van realiteit en conformiteit

Deze bepaling vormt derhalve geen beletsel voor eiser om bij afwezigheid van verzet vanwege de adviserend geneesheer nog op te treden tegen verpleegkundigen die de evaluatieschaal verkeerd hebben toegepast.

31 Verweerder maakt opmerkingen over de competentie van de huisartsen in verband met het invullen van de katz-schaal. De Kamer van eerste aanleg stelt dienaangaande vast dat de huisartsen telkens de richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal hebben ontvangen, alvorens zij deze hebben ingediend Bovendien betreft de inschaling door de huisarts slechts één van de in aanmerking te nemen elementen voor de beoordeling van de ten laste gelegde feiten Voor zover er een verschil zou bestaan tussen de katz-schaal die door de verpleegkundige-controleur

werd opgesteld en deze die door de huisarts werd opgesteld, werd enkel rekening gehouden met de voor verweerder meest gunstige score

De Kamer van eerste aanleg zal hieronder de tenlastelegging patient per patient bespreken, in de volgorde zoals vermeld in de gevalsbespreking 32 Met betrekking tot verzekerde R heeft verweerder een forfait A aangerekend Hij komt tot deze score omdat hij de verzekerde voor het item toiletbezoek een score 3 toekent, terwijl de verpleegkundige-controleur en de huisarts van de verzekerde voor dit item slechts een score 1 toekennen

De verklaring van de verzekerde is op dit punt nochtans zeer duidelijk *“Ik kan alleen naar het toilet gaan, mij aan- en uitkleden en mij proper maken Ook na mijn schouderoperaties en mijn trombose in 2012 was dit zo ”*

De verklaring van de verzekerde wordt volledig bijgetreden door haar huisarts Dat de schouderproblematiek van de verzekerde een impact heeft op de items wassen en kleden, wordt niet betwist Uit de stukken van verweerder blijkt evenwel niet dat deze problematiek ook gevolgen heeft voor het item toiletbezoek Verweerder kan geen tegenargumentatie geven op basis van de verpleegdossiers Voor de periode vóór 2013 beschikte hij immers niet over observaties, voor de periode erna werd nergens vermeld dat er hulp bij toiletbezoek nodig was

Bijgevolg heeft eiser terecht geoordeeld dat verweerder voor verzekerde R hoogstens een dagelijks toilet kon aanrekenen Het verschil tussen het forfait A en het dagelijks toilet werd derhalve onterecht aangerekend en dient te worden terugbetaald

33 Met betrekking tot verzekerde O heeft verweerder een forfait A aangerekend. Hij komt tot deze score omdat hij de verzekerde voor het item transfers en verplaatsingen een score 3 toekent, terwijl de verpleegkundige-controleur en de huisarts van de verzekerde voor dit item slechts een score 2 toekennen

De verklaring van de verzekerde is op dit punt nochtans zeer duidelijk *“Ik stap in huis met mijn stok () Ik kan alleen in en uit mijn bed Ik ben altijd al op als de verpleger komt U ziet hoe ik voor u de deur opengedaan heb en daarvoor een stok gebruik. U ziet hoe ik kan gaan zitten op een stoel en terug opstaan () Er heeft mij nog nooit iemand in of uit bed moeten helpen ”*

De verklaring van de verzekerde wordt volledig bijgetreden door haar huisarts. Ook verweerder zelf verklaart *“zij is dan meestal al op, ik herstel zij is soms op () Het klopt dat zij rondstapt met een stok en dat zij in en uit de zetel kon ”*

Aan het item transfers en verplaatsingen kan derhalve ten hoogste een score 2 worden toegekend.

Bijgevolg heeft eiser terecht geoordeeld dat verweerder voor verzekerde O... hoogstens een dagelijks toilet kon aanrekenen. Het verschil tussen het forfait A en het dagelijks toilet werd derhalve onterecht aangerekend en dient te worden terugbetaald.

34 Met betrekking tot verzekerde N... heeft verweerder een forfait A aangerekend. Hij komt tot deze score omdat hij de verzekerde voor het item toiletbezoek een score 3 toekent, terwijl de verpleegkundige-controleur en de huisarts van de verzekerde voor dit item slechts een score 1 toekennen.

Verweerder heeft tijdens zijn verhoor evenwel verklaard dat hij akkoord gaat met het feit dat deze verzekerde in de litigieuze periode niet voldeed aan de voorwaarde om een forfait A aan te rekenen.

De verklaring van de verzekerde en de huisarts bevestigen dit.

Bijgevolg heeft eiser terecht geoordeeld dat verweerder voor verzekerde N... hoogstens een dagelijks toilet kon aanrekenen. Het verschil tussen het forfait A en het dagelijks toilet werd derhalve onterecht aangerekend, en werd inmiddels terugbetaald door verweerder.

35 Met betrekking tot verzekerde P... heeft verweerder een forfait B aangerekend. Hij komt tot deze score omdat hij de verzekerde voor het item transfers en verplaatsingen een score 3 toekent, terwijl de verpleegkundige-controleur en de huisarts van de verzekerde voor dit item slechts een score 2 toekennen.

Uit de verklaring van de verzekerde blijkt dat haar toestand sinds begin 2013 aanzienlijk is verbeterd. Zij verklaart: *"Sinds 2013 kon ik alleen uit bed, ik gebruik daarvoor mijn toiletstoel om recht te staan en mijn stok om mij te steunen. Ik heb ook een looprekje maar ik gebruik dit niet, dus sinds 2013 kan ik 's morgens opstaan en naar de living stappen. 's Avonds kon ik wel alleen met mijn stok naar mijn bed stappen (...). De verpleger heeft mij nooit in bed moeten helpen () Ik kon toen ook alleen in en uit de zetel. Ik kon zelf naar het toilet gaan door te steunen op de meubels en door mijn stok te gebruiken."*

De verklaring van de verzekerde wordt bijgetreden door haar huisarts. Ook verweerder zelf verklaart: *"zij kon alleen gaan zitten en opstaan uit een stoel. Zij kan moeilijk stappen met een stok () Zij kan zelf naar het toilet gaan ()"*

Aan het item transfers en verplaatsingen kan derhalve ten hoogste een score 2 worden toegekend. De verklaring van verweerder als zou de verzekerde dementerend zijn, doet hieraan geen afbreuk, daar op basis van de verklaringen van verweerder zelf slechts hoogstens een score 2 kon worden toegekend.

De Kamer van eerste aanleg wijst er verder op dat eiser de al te rooskleurige voorstelling van de feiten in verband met het item toiletbezoek

door de verzekerde (en de huisarts) tempert, door voor dit item toch een score 3 te behouden. Op basis hiervan wordt de verzekerde alsnog onder forfait A ingeschaald.

Bijgevolg heeft eiser terecht geoordeeld dat verweerder voor verzekerde P hoogstens een forfait A kon aanrekenen.

Het verschil tussen het forfait B en het forfait A werd derhalve onterecht aangerekend en dient te worden terugbetaald.

36. Op basis van hetgeen hiervoor is uiteengezet, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat alle onder tenlastelegging 2 vermelde verstrekkingen ten onrechte werden aangerekend en integraal dienen te worden terugbetaald.

5.3.3 Tenlastelegging 3 (niet-conforme verstrekking – het aanbrengen van zalf kon niet worden geattesteerd omdat de verzekerde niet leed aan de vereiste huidandoening)

37. De derde tenlastelegging heeft betrekking op 92 verstrekkingen die werden aangerekend voor één verzekerde.

De 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, bepaalt dienaangaande:

Art. 8 § 8 3° Voor zover de verstrekkingen 424270, 424432, 424572 en 424734 het aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product omvatten, mogen zij slechts geattesteerd worden bij verzorging van de volgende huidandoeningen

- zona,

- eczema,

- psoriasis,

- wratten,

- dermatomycoses,

- andere huidletsels die volgens de voorschrijvend geneesheer een uitvoerige eenvoudige wondzorg rechtvaardigen

Zij mogen niet worden geattesteerd voor het aanbrengen van een hydraterende zalf om doorligwonden te voorkomen

De door verweerder aangerekende behandeling met zalf werd in de ten laste gelegde gevallen niet uitgevoerd bij de verzorging van één van de voormelde huidandoeningen.

Verweerder erkent dat hij niet op de hoogte was van het feit dat hij het "aanbrengen van zalf" niet mocht aanrekenen voor de verstrekkingen uitgevoerd bij de betreffende verzekerde.

Op basis van de elementen in het dossier en de afwezigheid van verweer van verweerder, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de ten laste gelegde verstrekkingen ten onrechte werden aangerekend en dat deze integraal dienen te worden terugbetaald, hetgeen inmiddels ook reeds is gebeurd.

5 3 4 Tenlastelegging 4 (het niet opmaken en bijhouden van een dossier)

38 De vierde tenlastelegging heeft betrekking op het niet opmaken en bijhouden van een dossier door de verpleegkundige in de periode van 1 juli 2012 tot en met 30 september 2012. Er worden 6 127 verstrekkingen ten laste gelegd die werden aangerekend voor 58 verzekerden.

Dienaangaande wordt in artikel 8 van de nomenclatuur het volgende bepaald

Art 8 § 3 *Er zijn geen honoraria verschuldigd*

"5° wanneer het verpleegdossier, vermeld in dit artikel, niet bestaat of indien de minimale inhoud, omschreven in § 4, 2° van dit artikel, niet vermeld is in dat dossier."

Art 8 § 4 *Nadere bepalingen inzake de in rubriek I van § 1, 1°, 2°, 3° en 4° bedoelde verstrekkingen*

"2° De minimale inhoud van het verpleegdossier omvat tenminste

- *de identificatiegegevens van de rechthebbende,*
- *de evaluatieschaal bedoeld in § 5, voor zover de nomenclatuur zulks vereist,*
- *de inhoud van het voorschrift als bedoeld in § 2 (kopie van het voorschrift of omschrijving als het om een geautomatiseerd dossier gaat), voor zover de nomenclatuur zulks vereist,*
- *de identificatiegegevens van de voorschrijver, voor zover de nomenclatuur zulks vereist,*
- *alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend worden,*
- *de identificatie van de verpleegkundigen die deze verzorging hebben verleend,*
- *de vermelding inzake continëntie bedoeld in § 6, 4°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist*

Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging technische verstrekkingen, omschreven in rubriek I, B, van § 1, 1°, 2°, 3° en 4° van dit artikel, omvat, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in het eerste lid van deze bepaling ook

- *de planning van de verzorging,*
- *de evaluatie van de verzorging*

De relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het vorige lid moeten minimaal om de twee maanden worden opgenomen in het verpleegdossier

Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging complexe wondzorg, omschreven in § 8, 1° van dit artikel, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patienten, omschreven in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3°

van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook

- het specifiek wondzorgdossier bedoeld in § 8, 5°, voor zover de nomenclatuur

zulks vereist

Voor de in het vierde lid bedoelde gevallen, moeten in afwijking van het derde lid, de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal om de twee weken worden opgenomen in het verpleegdossier

Indien de verpleegkundige verzorging verleend aan de rechthebbende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen, omschreven in rubriek III van § 1, 1°, 2° en 3° van dit artikel, of specifieke wondzorg, omschreven in § 8, 1° van dit artikel, of andere verstrekkingen, omschreven in § 1, 1° V, VI en VII en § 1, 2°, V en VI, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patienten, omschreven in rubriek IV van § 1, 1° en 2° van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook

- de specifieke elementen voor deze verstrekkingen die bepaald zijn in dit artikel

Voor de in het zesde lid bedoelde gevallen en met uitzondering van de verstrekkingen in § 1, 1°, VI en VII en § 1, 2°, VI, moeten in afwijking van het derde lid, de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal wekelijks worden opgenomen in het verpleegdossier

Voor deze paragraaf is een week een periode van maandag 0 uur tot zondag 24

uur

De planning en evaluatie van de verzorging dient inhoudelijk te beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd

39 Met betrekking tot deze tenlastelegging stelt de Kamer van eerste aanleg vast dat verweerder tijdens zijn verhoor op 18 maart 2014 het volgende heeft verklaard

"Ik heb enkel papieren dossiers Deze dossiers bestaan uit een voorblad waarop de naam van de patiënt staat, de huisarts, mijn naam als verpleegkundige, de naam van de apotheker van de patiënt en de naam van een contactpersoon Verder zit er ook een medicatiefiche in en een blad met observaties; ik schrijf minimum 1 keer per week observaties en er zit ook een lijst met uit te voeren zorgen in. Mijn dossiers heb ik opgemaakt in november 2012 Van de periode vóór november 2012 heb ik geen dossiers omdat ik toen niet wist dat dit nodig was."

Mevrouw E , administratief medewerker van verweerder, verklaarde dienaangaande op 26 maart 2014

"Ik doe zijn administratie sinds 1998 Dit betekent dat ik zijn facturatie doe Ik heb geen contacten met patiënten, ik heb geen contact met de huisartsen van zijn patiënten en ik maak de planning van zijn patiëntenronden niet op. Ik houd geen observaties bij van zijn patiënten Ik heb enkel de gegevens nodig voor de facturatie, dus de identificatiegegevens van zijn patiënten. Ik houd ook een kopie van het voorschrift bij van de zorgen die ik bij zijn patiënten factureer (..) Onder identificatiegegevens van de patient versta ik de naam, het adres, de mutualiteit, rijksregisternummer, de terugbetalingscode en de gegevens van de voorschrijvende arts van de patienten, alsook de inhoud van het voorschrift en de gegevens van de Katzschalen (..) Ik heb geen dossiers met observaties van de patienten van A en geen wondzorgdossiers van zijn patienten."

De Kamer van eerste aanleg stelt niettemin vast dat, ondanks het feit dat verweerder aanvankelijk verklaarde dat hij voor de periode vóór november 2012 geen dossiers bijhield, er in de loop van de procedure alsnog "verpleegdossiers" werden neergelegd in het dossier Verweerder stelt thans dat deze wel werden opgemaakt en dit via het computerprogramma Corilus

De Kamer van eerste aanleg zal nagaan of deze dossiers voldoen aan de voorschriften van artikel 8 § 4 van de nomenclatuur.

40 Met betrekking tot verzekerden S. , T , Q.. , U , V , W. , X , Y , Z , AA , BB. , CC , DD , EE.., FF , GG , HH , J. , II , JJ , KK , G , LL , MM , NN , OO , PP , QQ. , RR , SS , TT , UU , VV. , WW , XX. , YY , ZZ , AX , BX , CX. , DX , EX. , FX , GX , HX. , IX , JX. , KX , LX , MX. , NX , OX. , PX , QX , RX en SX stelt de Kamer van eerste aanleg vast dat de algemene identificatiegegevens van de verzekerde patient, de voorschrijver en de verpleegkundige vermeld worden, alsook -in voorkomend geval- de evaluatieschaal. Het "dossier" bevat evenwel geen gegevens over de planning en de evaluatie van verzorging, er is geen evaluatie om de twee maanden, of er is geen evaluatie van de verzorging indien deze minder dan twee maanden heeft geduurd Ook de neergelegde registers volstaan niet om van verpleegdossiers te kunnen spreken.

De telefonische contacten tussen verweerder en mevrouw E vinden hun weerslag enkel in de registratie van de factuatiegegevens van de toegediende verzorging Van een weergave van een echte planning en evaluatie van de verzorging zijn er in casu evenwel geen sporen terug te vinden

Voor de verzekerden F en TX. werden zelfs de voormelde gegevens niet neergelegd.

Met betrekking tot verzekerden S , U. , V , FF. , PP , UU , DX. , HX en QX wordt vermeld dat er complexe wondzorg wordt verstrekt, doch het wondzorgdossier is niet aanwezig

Voor verzekerde U en PX, heeft verweerder verklaard dat de observaties worden bijgehouden vanaf 20 november 2012.

De verpleegdossiers beantwoorden in de betwiste periode van 1 juli 2012 tot en met 30 september 2012 bijgevolg niet aan de voorschriften van artikel 8 § 4 van de nomenclatuur

De ten laste gelegde verstrekkingen werden ten onrechte aangerekend aangezien er geen verpleegdossier in de zin van artikel 8 § 4 van de nomenclatuur werd bijgehouden. Deze dienen integraal te worden terugbetaald.

5 3 5 Tenlastelegging 5 (het niet opmaken en bijhouden van een specifiek wondzorgdossier)

41 De vijfde tenlastelegging heeft betrekking op 2 422 verstrekkingen die werden aangerekend voor 23 verzekerden in de periode van 1 februari 2012 tot en met 31 mei 2013

De 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, bepaalt dienaangaande

Art 8 § 8 5° De verstrekkingen 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675 en 424830 kunnen slechts worden aangerekend op voorwaarde dat een specifiek wondzorgdossier wordt opgemaakt en bijgehouden. Dit dossier maakt integrerend deel uit van het verpleegdossier bedoeld in § 4, 2°. Het dient inhoudelijk te beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen - verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd

42 Uit de eigen verklaring van verweerder afgelegd op 18 maart 2014 blijkt dat hij geen wondzorgdossiers heeft bijgehouden. Hij stelt "daar ik alleen werk en altijd zelf de patienten verzorg heb ik geen dergelijke dossiers opgemaakt. U zegt mij dat er om een complexe wondzorg te mogen aanrekenen een specifiek wondzorgdossier moet zijn. Ik antwoord u. ik heb geen dergelijke dossiers ; ik wist niet dat ik deze moest hebben als er bij patienten een complexe of specifieke wondzorg aangerekend wordt."

Op basis van de elementen in het dossier en de afwezigheid van verweer van verweerder, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de ten laste gelegde verstrekkingen ten onrechte werden aangerekend en dat deze integraal dienen te worden terugbetaald, hetgeen inmiddels ook reeds is gebeurd

5 3 6 Besluit

43 Gelet op hetgeen hiervoor werd uiteengezet, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de ten laste gelegde verstrekkingen onder tenlastelegging 1 tot en met 5 ten onterechte werden aangerekend

Verweerder dient de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van 75.126,13 euro integraal terug te betalen, doch onder aftrek van het reeds terugbetaalde bedrag van 11.915,27 euro, hetzij nog voor een bedrag van 63.210,86 euro

5.4 De gevorderde administratieve geldboete

41 Met betrekking tot de eerste tenlastelegging (aanrekenen van niet-uitgevoerde verstrekkingen) vordert eiser de veroordeling van verweerder tot het betalen van een administratieve geldboete

voor de periode tot en met 17 maart 2012

- overeenkomstig artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek (S Sw.) een administratieve geldboete van 51,01 euro (x 6 opdecimen), hetzij 306,1 euro;

voor de periode vanaf 18 maart 2012

- overeenkomstig artikel 142, §1, 1° van de gecoördineerde ZIV-wet, een administratieve geldboete van 100% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 14.351,91 euro

42 Uit de gevalsbespreking blijkt dat er voor de verzekerden G en F verstrekkingen werden aangerekend op het ogenblik dat zij opgenomen waren in het ziekenhuis of op reis waren. Voor de verzekerden J., K en H werden niet uitgevoerde verstrekkingen aangerekend, terwijl verweerder enkel bij hen langs kwam om hun partner te verzorgen.

De Kamer van eerste aanleg is van oordeel dat het aanrekenen van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd onder geen enkel beding getolereerd kan worden. Gelet op het beperkte budget van de ziekteverzekering is elke zorgverstrekker er zelf mee verantwoordelijk voor dat dit correct wordt aangewend. Misbruiken ten voordele van een bepaalde zorgverstrekker dienen derhalve streng te worden bestraft.

Het feit dat een gedeelte van de teruggevorderde bedragen vrijwillig werd terugbetaald, doet hieraan geen afbreuk.

De Kamer van eerste aanleg is dan ook van oordeel dat de gevorderde administratieve geldboete correct is en onverkort dient te worden gehandhaafd.

43 Met betrekking tot de tenlasteleggingen 2 tot 5 (het aanrekenen van niet-conforme verstrekkingen) vordert eiser de veroordeling van verweerder tot het betalen van een administratieve geldboete

voor de periode tot en met 17 maart 2012

- overeenkomstig artikel 101 S Sw een administratieve geldboete van 36,51 euro (x 6 opdecimen), hetzij 219,09 euro,

voor de periode vanaf 18 maart 2012

- overeenkomstig artikel 142, § 1, 2° van de gecoördineerde ZIV-wet, een administratieve geldboete van 50% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 30.014,96 euro

44 De Kamer van eerste aanleg is van oordeel dat eiser in zijn verzoekschrift terecht verwijst naar het openbare orde karakter van de nomenclatuur. Een zorgverlener is derhalve altijd strafbaar wanneer hij zich niet gedraagt of voegt naar de wettelijke en reglementaire bepalingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Bovendien kan onwetendheid niet als verzachtende omstandigheid worden ingeroepen. De zorgverlener dient op de hoogte te zijn van de inhoud van de nomenclatuurnummers die hij aanrekent. Deze zijn immers vlot consulteerbaar via de website van het RIZIV.

De toegekende vergoeding voor de aangerekende prestaties heeft ook gedeeltelijk betrekking op de administratieve taken van de zorgverlener, zoals o.m. het bijhouden van een verpleegdossier en/of wondzorgdossier. Door het niet bijhouden van verpleegdossiers, wordt een controle op de uitgevoerde prestaties onmogelijk. Ook een eventuele opvolging door een collega, in geval van afwezigheid of ziekte van de zorgverlener, wordt hierdoor ernstig bemoeilijkt.

De Kamer van eerste aanleg is van oordeel dat de gevorderde administratieve geldboete correct werd begroot, rekening houdende met het feit dat er in hoofde van verweerder geen antecedenten aanwezig waren, alsook met het feit dat verweerder reeds een gedeelte van de ten laste gelegde verstrekkingen spontaan heeft terugbetaald.

Gelet op de ernst van de hiervoor vermelde feiten, kan niet worden ingegaan op de vraag om de gunst van de opschorting toe te passen.

De gevorderde administratieve geldboete wordt integraal toegekend.

45 Krachtens artikel 102 van het Sociaal Strafwetboek dienen de administratieve geldboetes verhoogd te worden met 50 decimes zoals bepaald in artikel 1 van de wet van 5 maart 1952 betreffende de opdecimes op de strafrechtelijke geldboeten, als van toepassing op het ogenblik van ten laste gelegde feiten. De opgelegde administratieve geldboetes dienen derhalve telkens vermenigvuldigd met factor 6.

Alle andere middelen zijn ter zake niet dienend.

OM DIE REDENEN,

DE KAMER VAN EERSTE AANLEG die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld,

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

Verklaart de vordering van eiser ontvankelijk en gegrond;

Veroordeelt verweerder tot terugbetaling aan eiser van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij een bedrag van 75 126,13 euro, doch onder aftrek van het reeds betaalde bedrag van 11 915,27 euro,

Veroordeelt verweerder tot het betalen van een administratieve geldboete van 44 892,06 euro, hetzij

voor de periode tot en met 17 maart 2012:

- voor de eerste tenlastelegging een administratieve geldboete van 51,01 euro (x 6), hetzij 306,1 euro,
- voor de tweede tot en met de vijfde tenlastelegging een administratieve geldboete van 36,51 euro (x 6), hetzij 219,09 euro,

voor de periode vanaf 18 maart 2012:

- voor de eerste tenlastelegging een administratieve geldboete van 100% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 14 351,91 euro,
- voor de tweede tot en met de vijfde tenlastelegging een administratieve geldboete van 50% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 30 014,96 euro

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 19 mei 2016 van de Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, opgericht bij artikel 144 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en ondertekend door

- Sara Sablon, magistraat, Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg,
- Martin Volcke, griffier

Volgen de handtekeningen:

De griffier,

De Voorzitter,

Martin Volcke

Sara Sablon

De Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands behandeld moeten worden, die in die taal de zaak heeft gehoord en er in die taal over beraadslaagde, was samengesteld uit mevrouw Sara Sablon, magistraat, stemgerechtigd Voorzitter, dokter Paul Zegers en dokter Hugo Coppens, stemgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede mevrouw Ingrid Van Deuren en mevrouw Kristien Scheepmans, stemgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve organisatie van de verpleegkundigen

De Kamer van eerste aanleg werd bijgestaan door de heer Martin Volcke, griffier

De beslissingen van de Kamer van eerste aanleg zijn van rechtswege uitvoerbaar bij voorraad niettegenstaande beroep (artikel 156, § 1, eerste lid). De verschuldigde sommen worden binnen de dertig dagen volgend op de kennisgeving van de in het eerste lid bedoelde beslissingen betaald. 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. (artikel 156, § 1, tweede lid).

