

Rep. Nr. 42/11

*

AR. NA-030-09

*

Tegensprekelijke
eindbeslissing dd.
19 december 2011

*

**VAN RECHTSWEGE
UITVOERBAAR BIJ
VOORRAAD
NIETTEGENSTAANDE
BEROEP**

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 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: de DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE VAN HET RIZIV, gevestigd te 1150 Brussel, Tervurenlaan 211,

eisende partij (verder "DGEC" of "eiser" genoemd)

Voor wie zijn verschenen, dokter B..., geneesheer-inspecteur, en de heer C..., attaché, ambtenaren bij eiser.

Tegen: A...(vroeger XXXX), verplegingsinstelling, XXXX.

verwerende partij (verder "verweerder" genoemd)

Voor wie als raadslieden optreden : Meesters D...en E..., advocaten in het kantoor XXXX, kantoor houdende te XXXX, bij wie woonstkeuze wordt gedaan en tevens vertegenwoordigd door: mevr. F..., diensthoofd medische administratie en Prof. Dr. G..., hoofdgeneesheer

*

* *

Op de openbare terechtzitting van 21 november 2011 heeft geen enkele partij de toepassing gevraagd van artikel 18, § 2, tweede lid, van het koninklijk besluit van 8 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.

*

* *

RETROACTEN

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- A. Verzoekschrift van **7 juli 2009** van eiser, neergelegd op de griffie op **7 juli 2009**;
- Verklaring van verschijning namens de verweerder van **27 juli 2009**, ontvangen op de griffie op **27 juli 2009**;
 - Besluiten namens verweerder van **8 oktober 2009**, ontvangen op de griffie op **14 oktober 2009**.
 - Besluiten van de eiser van **2 februari 2010**, neergelegd op de griffie op **2 februari 2010**;
 - Synthesebesluiten van verweerder van **1 maart 2010**, ontvangen op de griffie op **1 maart 2010**;
 - Vaststelling van rechtsdag op **21 november 2011**.
- B. Bevoegdheid van de Kamer van eerste aanleg: art. 112 van de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende de gezondheid, zoals gewijzigd door de wet van 27 december 2006 (I) houdende diverse bepalingen.
- C. Oproeping van de partijen en hun raadsmanen: **10 oktober 2011**.
- D. Partijen hebben sinds de vaststelling van rechtsdag **geen** nieuwe besluiten, nota's of stukken neergelegd.
- E. **Geen** enkele partij heeft toepassing gevraagd van art. 18, § 2, tweede lid (afzien van de openbaarheid), van het Procedurereglement van 9 mei 2008

Gehoord op de openbare terechtzitting van 21 november 2011;
- dokter B..., in de uiteenzetting van het technische luik van de middelen en conclusies namens eiser;

- de heer C...in de uiteenzetting van het juridische luik van de middelen en conclusies namens eiser;

- mr. D..., in de uiteenzetting van de middelen en conclusies namens verweerder;

- Prof. Dr.G... in de uiteenzetting van een korte repliek;

De debatten worden gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op maandag 19 december 2011, eerste nuttige zitting van de Kamer van eerste aanleg.

*
* *
*

VOORWERP VAN HET GESCHIL

1. Standpunt van eiser en voorgaanden (waaronder de door partijen gevoerde briefwisseling):

Aan het XXXX werden 2 Processen verbaal van vaststelling toegezonden:

- één betreffende de periode 01/01/2006 tot 14/05/2007 (invoerdatum VI) : deze tenlastelegging wordt betwist

- één betreffende de periode 01/02/2008 tot 31/05/2008 : gegevens bezorgd door XXXX waarvoor terugbetaling

De vaststelling betreft:

Door het ziekenhuis werden verstrekkingen in rekening gebracht ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, terwijl er niet is voldaan aan de voorwaarden bepaald in de wet, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden.

De tegemoetkoming voor hemodialyse in een centrum voor chronische hemodialyse (codenummers 761272-762283) werd ten onrechte aangerekend bij verzekerden, die behandeld werden voor acute nierinsufficiëntie.

A. de aangevoerde REGLEMENTAIRE BASIS

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

Artikel 71 bis §§1 en 2 :

§ 1. De Koning stelt, na advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, de voorwaarden vast waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten voor hemodialyse thuis en peritoneale dialyse thuis en in de kosten voor dialyse in een dienst voor collectieve autodialyse. Hij stelt eveneens de hoegrootheid vast van deze tegemoetkoming.

§ 2. De Koning stelt, na advies van de Commissie voor het afsluiten van de Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, de voorwaarden vast waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten voor de hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse. Hij stelt eveneens de hoegrootheid vast van deze tegemoetkoming.

***Art. 73bis. Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1:

...2° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden;

Koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en wijzigingen.

Hoofdstuk1: :

Tegemoetkoming voor hemodialyse in een centrum voor chronische hemodialyse.

Artikel 1

§ 1. Per hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse (codenummers 761272 - 761283), is een tegemoetkoming verschuldigd gelijk aan 37,80 EUR, verhoogd met 20 % van de verpleegdagprijs van 30 juni 2002 van dit ziekenhuis met uitsluiting van de aanvullende bedragen of inhaalbedragen waarin is voorzien in de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, alsmede met uitsluiting van de universitaire toelagen waarin is voorzien in artikel 102 van dezelfde wet.

In geval van fusie tussen twee of meerdere ziekenhuizen blijft de hierboven bedoelde tegemoetkoming van het ziekenhuis dat een erkend centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie heeft verder van toepassing.

Indien het dialysecentrum beschikt over een programma van alternatieve niervervangende behandeling buiten het ziekenhuis, wordt deze tegemoetkoming, per categorie van percentage, verhoogd met 28,20 euro, 69,10 euro, 90,17 euro en 95,13 euro indien respectievelijk tussen 5 pct. en minder dan 10 pct., tussen 10 pct. en minder dan 25 pct., tussen 25 pct. en minder dan 35 pct. en vanaf 35 pct. van het totaal aantal patiënten dat onder toezicht staat van dat centrum een alternatieve niervervangende behandeling ondergaat.

Deze tegemoetkoming bedraagt minimum 107,09 euro en maximum 247,89 EUR.

Onder een alternatieve niervervangende behandeling worden de behandelingen verstaan zoals voorzien in hoofdstuk II van dit besluit.

§ 2. Indien het gaat om een rechthebbende die een chronische hemodialyse ondergaat en die opgenomen is in een klassieke dienst van een verpleeginrichting die is erkend voor het uitvoeren van hemodialyse, is de cumul tussen het bedrag per opname en het bedrag per verpleegdag in een ziekenhuis en de tegemoetkoming voor hemodialyse zoals bedoeld in § 1 van onderhavig artikel mogelijk; in dat geval bedraagt de tegemoetkoming voor deze chronische hemodialyse 50 pct. van de in § 1 bedoelde tegemoetkoming met een minimum van 83,29 euro .

§ 3. Indien het gaat om een rechthebbende die is opgenomen in een andere verpleeginrichting die niet erkend is voor het uitvoeren van hemodialyse, kan de verpleeginrichting waar de hemodialyse wordt uitgevoerd een verzekeringstegemoetkoming aanrekenen waarvan het bedrag overeenstemt met de in § 1 bedoelde tegemoetkoming.

Art. 2§1

..... Het percentage van alternatieve niervervangende behandeling wordt voor een referentieperiode per ziekenhuis als volgt bepaald:

$Percentage = [(A/156 + B/52 + C/dagen)/(A/156 + B/52 + C/dagen + D/156)] \times 100$

Waarbij:

..... D = aantal verrichte chronische hemodialyses zoals bedoeld in hoofdstuk 1.

Omzendbrief aan de ziekenhuizen 2003/6 dd. 07 juli 2003:

Chronische nierinsufficiëntie: forfait hemodialyse

Pseudocodes:

761272 : forfait hemodialyse - ambulant

761283 : forfait hemodialyse – gehospitaliseerd in een ander ziekenhuis: tegemoetkoming 100 %

761283 : forfait hemodialyse – gehospitaliseerd in hetzelfde ziekenhuis: tegemoetkoming 50 %

Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2005 en 2006 – van toepassing tot 30/06/2007)

Artikel 4 §6 :

Per hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse is het bedrag verschuldigd zoals bepaald in het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

***Nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen ZH/2007

“ HOOFDSTUK IV: Behandeling van de chronische nierinsufficiëntie Artikel 5.

Per hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse, is het bedrag verschuldigd zoals bepaald onder de specifieke voorwaarden van het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”

Koninklijk besluit van 27 november 1996 houdende vaststelling van de normen waaraan de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie moeten voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst in de zin van artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987

Art. 3.

§ 1. Voor de toepassing van dit besluit moet worden verstaan onder centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie :

de entiteit die organisatorisch en functioneel in een ziekenhuis is geïntegreerd en waar de patiënt met chronische nierinsufficiëntie de meest geëigende nierfunctievervangende behandeling kan worden aangeboden,

zoals

- a) *de chronische hemodialyse, hetzij de klassieke hemodialyse in ziekenhuisverband, hetzij de collectieve autodialyse in een daartoe geëigende omgeving, hetzij de thuisdialyse;*
- b) *de chronische ambulante peritoneale dialyse, met inbegrip van het aanleren van de techniek aan de patiënt en de medische follow-up van de patiënt in zijn thuisomgeving;*
- c) *de niertransplantatie uitgevoerd hetzij in het ziekenhuis waar het centrum gelegen is, hetzij in samenwerking met een of meer externe transplantatiediensten.*

§ 2. De behandeling van chronische nierinsufficiëntie wordt als een geheel van activiteiten beschouwd waarbij de verschillende behandelingsvormen deel uitmaken van een totaalconcept dat als een globale opdracht voor het centrum moet worden beschouwd. Om als centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie erkend te worden en erkend te blijven dienen de diensten die van het centrum deel uitmaken aan de in bijlage van dit besluit vermelde normen te voldoen.

Bijlage bij het KB van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals gewijzigd.

Art. 20

470466 Extrarenale zuivering, verricht wegens acute nierinsufficiëntie volgens de techniek van de hemodialyse of van intermitterende hemofiltratie, of verricht voor de behandeling van een intoxicatie volgens de techniek van de hemodialyse of hemo-infusie, of verricht voor de behandeling van een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen, volgens de techniek van de plasmafiltratie, per zitting, maximum één zitting per 24 uur en maximum zes weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal K 464

Deze verstrekking is voorbehouden voor de geneesheren specialisten voor de inwendige geneeskunde of kindergeneeskunde in een erkend dialysecentrum."

470492 470503 Extrarenale zuivering, verricht volgens de techniek van de continue hemodialyse/filtratie, verricht in een dienst voor intensieve verzorging voor de behandeling van een acute nierinsufficiëntie, een intoxicatie, een toestand van ernstige volume-overbelasting of een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen volgens de techniek van de plasmafiltratie, per 24 uur, en maximum 6 weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal K 464

Deze verstrekking is voorbehouden voor de geneesheren specialisten voor de inwendige geneeskunde, heelkunde, anesthesiologie of

kindergeneeskunde in een dienst voor intensieve verzorging, of voor de geneesheren specialisten voor de inwendige geneeskunde of kindergeneeskunde in een erkend dialysecentrum."

B. Verklaring zorgverlener en mede bijgevolg reeds (kort) het standpunt van verweerder dienaangaande in de fase voor huidige procedure:

1. Verklaring Dhr. H..., diensthoofd medische administratie, d.d. 29/11/2007:

"U zegt me dat A... frequent het forfaitnummer voor hemodialyse voor chronische nierinsufficiëntie aanrekent tezamen met de prestatiecode voor acute dialyse. We zijn hiervan op de hoogte. We rekenen een forfait hemodialyse aan voor een acute nierinsufficiëntie.

We vinden dat hiervoor een juridische basis bestaat en die start bij de vroegere conventie VI's en verzorgingsinstellingen.

In die tekst stond in paragraaf 6 : "Wat de hemodialyse betreft .." en vervolgens in art. 1 : "Per hemodialyse verricht in een erkend centrum voor chronische dialyse" en in §2: "Indien het gaat om een rechthebbende ... en vervolgens "Indien het gaat om een rechthebbende die is opgenomen in een andere verpleeginrichting die niet erkend is voor hemodialyse".

Ik verwijs verder naar het KB van 23 juni 2003 in art. 1 § 1 "Per hemodialyse..." en in §2 en §3.

In onze interpretatie is er in al die artikels sprake van hemodialyse, die betekent voor ons zowel acuut als chronisch.

U wijst me op de aanhef van het KB van 23/6/2003 waarin degelijk vermeld is dat het gaat over een centrum voor chronische hemodialyse. Ik lees : "Tegemoetkoming voor hemodialyse in een centrum voor chronische hemodialyse".

Voor ons betekent een centrum voor chronische hemodialyse -en ik verwijs naar het KB van 27/11/96 art. 3 § 1-: een centrum is de entiteit die organisatorisch en functioneel ...

Voor ons betekent dit dat deze zorgfunctie kan aangeboden worden in elk deel van het ziekenhuis indien de normen van dit KB gerespecteerd worden : dit betekent ook dat deze functie kan worden aangeboden o.a. in de intensieve verzorging. De apparatuur en het gespecialiseerd personeel van het centrum verplaatst zich naar de dienst waar de patiënt nood heeft aan hemodialyse.

Voor wat betreft de nomenclatuur staat er bij de codes voor hemodialyse in het ziekenhuis steeds "hemodialyse" vermeld met de indicaties. In art. 20 staat onder code 470481 – 470470 : dat de techniek hemodialyse betreft, "inclusief het hemofiltratiemateriaal" en dat het enkel kan worden aangerekend door een specialist in een erkend dialysecentrum.

De 2 andere codes, waarvan 470466, spreken van een extrarenale zuivering volgens de techniek van een hemodialyse weliswaar beperkt tot een maximum van 6 weken behandeling eveneens inclusief

hemofiltratiemateriaal en eveneens voorbehouden voor specialisten in een erkend dialysecentrum.

Nr. 470492 – 470503 spreekt over hetzelfde weliswaar in een dienst intensieve verzorging.

In feite wordt hetzelfde materiaal en dezelfde behandelingstechniek gebruikt of het nu gaat over een chronische of over een acute nierinsufficiëntiepatiënt en hiervoor is een forfait hemodialyse voorzien.....

Door de acute nierdialyse op te nemen in de lijsten gevraagd door het RIZIV verlagen wij percentueel gezien het aantal alternatieve dialyses waardoor er een verlaging van ons forfait optreedt...

..Iedere maand sturen we deze informatie over het aanrekenen van de hemodialyseforfaits tezamen met de NC-codes door naar de VI's op magneetbanden en tot hiertoe werden er hierover nooit opmerkingen gemaakt....

Wij zijn vragende partij naar een nieuwe financieringswijze van de hemodialyse waarbij rekening gehouden wordt met de nieuwe evoluties binnen de sector zoals vermeld staat in de overeenkomst VI-verpleeginstellingen sedert 2005..."

2. Op 02/06/2008 werd aan A...een schrijven gericht met nogmaals de wettelijke bepalingen en de vraag hun standpunt te willen heroverwegen.

De inhoud van de brief luidde als volgt :

"Op 28 januari 2008 werden voor uw instelling inbreuken vastgesteld aangaande de toepassing van de bepalingen van het Koninklijk Besluit van 23 juni 2003.

Hoofdstuk I van dit besluit bepaalt de voorwaarden voor tegemoetkomingen voor hemodialyse, verricht in een erkend centrum voor **chronische hemodialyse** (codenummers 761272, 761283). Hieruit volgt een cumulverbod van de genoemde codenummers met acute dialyse.

U heeft ons in kennis gesteld niet akkoord te gaan met deze regelgeving. Aan de hand van de tekst van het KB van 23 juni 2003 en de omzendbrief aan de ziekenhuizen 2003/6 dd. 7 juli 2003 die toelichting gaf bij de toepassing van het KB wordt dit standpunt bevestigd (beide teksten gaan als bijlage).

Twee bepalingen van het KB, hoofdstuk 1, maken duidelijk dat de wetgever vanaf 01.07.2003 een tegemoetkoming voorzag voor de chronische hemodialyse en niet voor de acute hemodialyse:

Art. 1§2:

" Indien het gaat om een rechthebbende die een **chronische hemodialyse** ondergaat en die opgenomen is in een klassieke dienst van een verpleeginrichting die is erkend voor het uitvoeren van hemodialyse, is de cumul tussen het bedrag per opname en het bedrag per verpleegdag in een ziekenhuis en de tegemoetkoming voor hemodialyse zoals bedoeld in § 1 van onderhavig artikel mogelijk; in dat geval bedraagt de **tegemoetkoming voor deze chronische hemodialyse 50 pct. van de in § 1 bedoelde tegemoetkoming met een minimum van 83,29 EUR .**"

Art. 2§1, laatste alinea:

“ $D =$ aantal verrichte **chronische hemodialyses zoals bedoeld in hoofdstuk 1.** ”

De omzendbrief aan de ziekenhuizen 2003/6 dd. 7 juli 2003, expliciteert deze wijzigingen en situeert ze ten opzichte van de situatie voordien:

Punt 2. Inhoudelijk:

“ *Inhoudelijk kunnen volgende aanpassingen t.o.v. de situatie, geldig tot 30 juni 2003, worden vermeld:*

*a) voor de **chronische hemodialyse** in een erkend dialysecentrum wordt het basisbedrag ...”*

Punt 3. Hoegrootheid van de bedragen:

“*Hierna kan u kennis nemen van de bedragen zoals die vanaf 1 juli 2003 gelden.*

a) Chronische nierinsufficiëntie: forfait hemodialyse”

Pseudocode 761272, 761283 “

Nergens is hier sprake van acute hemodialyse.

Meerdere ziekenhuizen in België volgen deze wetgeving correct op en geven geen aanleiding tot tegemoetkomingen bij acute hemodialyse, noch bij peritoneale dialyse.

Het is onze uitdrukkelijke bezorgdheid dat de reglementering uniform wordt toegepast.

Bijgevolg vragen wij u uw standpunt opnieuw te willen overwegen, en ons uiterlijk tegen 30.06.2008 uw definitief standpunt over te maken. “

3. Op 16/06/2008 werd door Prof. I..., financieel directeur, en Prof. Dr. J..., algemeen directeur een schrijven aan onze dienst gericht waarin zij hun standpunt herzien.

Zij blijven echter de tenlastelegging van de eerste Pro Justitia (bedrag : 604 159,27 euro) betwisten en dit omdat zij op dat ogenblik nog niet geïnformeerd waren dat de tegemoetkoming voor hemodialyse enkel bedoeld was voor chronische hemodialyse.

Naar de toekomst zullen zij correct aanrekenen en zij wensen ook een vrijwillige terugbetaling uit te voeren voor de foutief aangerekende forfaits na 28/01/2008 (datum eerste Pro justitia).

De inhoud van de brief is de volgende :

“Wij hebben uw schrijven met bovenvermelde referentie in goede orde ontvangen.

Zoals u reeds aanhaalt, waren wij inderdaad van mening dat de aanrekening van een forfait voor hemodialyse niet alleen bij een chronische dialyse maar ook bij een acute hemodialyse in een erkend centrum voor chronische hemodialyse mogelijk is, en dit op basis van de vigerende regelgeving.

Op basis van de recente informatie van de PV van 28 januari 2008 en het recent schrijven van 2 juni 2008, zou er volgens u een cumulverbod zijn van de tegemoetkoming voor hemodialyse met de codenummers van de acute dialyse.

Voor het verleden (periode vóór 28 januari 2008) blijven wij bij de mening

dat – op basis van de toen beschikbare officiële informatie – wij een correcte aanrekening hebben voorzien voor de tegemoetkoming voor hemodialyse verricht in een erkend centrum voor chronische hemodialyse. Dit wordt trouwens bevestigd door het feit dat de mutualiteiten deze facturatie steeds hebben aanvaard.

Vermits wij echter van 28 januari 2008 door uw diensten werden geïnformatiseerd dat deze tegemoetkoming voor hemodialyse (ondanks de beide juridische interpretatiemogelijkheden) enkel bedoeld is voor de prestatienummers van de chronische hemodialyse, zullen wij door u gestelde interpretatie van deze regelgeving in de toekomst toepassen.

Op basis van de PV van vaststelling dd. 28 januari 2008 zijn wij daarenboven bereid de aangerekende tegemoetkoming tijdens de periode 28 januari 2008 tot stopzetting van de desbetreffende aanrekening vrijwillig terug te betalen.

In afwachting van uw akkoord voor deze vrijwillige terugbetaling en de eventuele referenties voor de verdere afhandeling, tekenen wij,”

Op basis van de door het ziekenhuis verstrekte gegevens werd een tweede pro justitia opgesteld voor een totaal bedrag van 183 219,48 euro. Dit bedrag werd vrijwillig terugbetaald op 03/11/2008.

In casu is de geldende wetgeving **niet** gewijzigd op het ogenblik van de bedoelde vaststelling. Deze was ook voordien reeds van toepassing. Vanaf de datum van de vaststelling betaalde de tegenpartij trouwens alle ten onrechte aangerekende verstrekkingen spontaan terug.

Weliswaar hanteert A... het argument dat artikel 1, § 1 lid 1 van het koninklijk besluit van 23 juni 2003 stipuleert “per hemodialyse”.

In de daarna volgende zin van diezelfde bepaling staat echter overduidelijk “verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse.”

2. Standpunt van verweerder (conclusies en pleidooi) ter zitting:

Verweerder betwist de stelling van de eiser dat de in het KB van 23 juni 2003 voorziene forfaitaire tegemoetkoming (pseudo-codes 761272-761283) enkel zou mogen aangerekend worden bij de hemodialyse verricht ingevolge chronische hemodialyse. Volgens verweerder zou dat niet blijken uit het KB van 23 juni 2003, vermits het artikel 1, § 1, eerste lid, van dat KB spreekt van een tegemoetkoming die verschuldigd is per hemodialyse die is verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse, zonder daarbij een onderscheid te maken tussen een hemodialyse verricht ingevolge een chronische of een acute hemodialyse.

Volgens verweerder zoekt eiser ten onrechte ondersteuning van zijn thesis in artikel 1, § 2, van het KB van 23 juni 2003. Volgens verweerder viseert het bepaalde in artikel 1, § 2, enkel een welbepaalde hypothese, doch is de algemene regel vastgelegd in artikel 1, § 1.

Eiser zou zich ook vergissen in de draagwijdte van:

- artikel 2, § 1, lid 3, van het voornoemde KB: dit artikel zou enkel de berekeningswijze vooropstellen van het percentage van alternatieve niervervangende behandelingen, en om dat percentage te berekenen zou onder meer het aantal verrichte chronische hemodialyses in aanmerking moeten genomen worden. Meer zou uit dit artikel 2, § 1, lid 3, niet kunnen afgeleid worden;

- artikel 2, § 1, lid 2, van hetzelfde KB: dit artikel bepaalt dat het percentage van de alternatieve niervervangende behandeling per ziekenhuis bepaald wordt aan de hand van gegevens die aan de DGV van het Instituut moeten bezorgd worden, en waarin informatie wordt gevraagd over het verrichte aantal chronische en acute hemodialyses.

Volgens verweerder strekt het forfait overigens tot de vergoeding van (een deel van) van de kosten van de hemodialyse in het algemeen. Indien het in het KB van 23 juni 2003 voorziene forfait enkel zou mogen aangerekend worden bij de hemodialyse verricht ingevolge chronische nierinsufficiëntie, zou er geen vergoeding zijn voor de hemodialyse verricht bij acute nierinsufficiëntie, wat in het geheel niet logisch zou zijn.

Vermits het KB van 23 juni 2003 duidelijk is, primeert het op de Omzendbrief 2003/6: *interpretatio cessat in claris*.

Volgens verweerder interpreteert eiser de bereidheid tot vrijwillige terugbetaling voor de na een bepaalde datum aangerekende forfaits per hemodialyse verricht ingevolge acute nierinsufficiëntie, niet correct. De bereidheid tot terugbetaling houdt zeker niet in dat verwerende partij de interpretatie van eisende partij volgt. Hoogstens zou kunnen gesteld worden dat verwerende partij zich, gelet op het proces-verbaal van vaststelling van januari en september 2008, voor de toekomst schikt naar de door de eiser opgelegde en de door middel van onderhavige procedure afgedwongen interpretatie van het KB van 23 juni 2003.

Verweerder meent overigens dat de eiser, als overheid, het redelijkheidsbeginsel en het rechtszekerheidsbeginsel heeft geschonden. Zo had de eiser er door middel van softwarematige ingrepen in het facturatieprogramma onder meer voor kunnen zorgen dat de onterechte aanrekening voor de forfaits bij hemodialyse ingevolge acute nierinsufficiëntie automatisch werden verworpen.

Overigens hadden het Instituut, en dus eiser, en de mutualiteiten reeds lang kennis van de thans beweerde onterechte aanrekening, zodat ze verweerders' verwachtingen verschalkte.

In ondergeschikte orde vraagt verweerder betalingstermijnen toe te staan, o.m. gelet op de hoegrootheid van de terug te betalen bedragen en de bestaande goede trouw.

Wat de door de eiser gevraagde administratieve geldboete ad. 20% betreft, wijst verweerder er op dat in hoofdorde de vordering niet gegrond is, en dat ondergeschikt een coëfficiënt 0,2 onredelijk is gelet op het "gedoogbeleid", haar bereidheid om vrijwillig de vanaf 28 januari 2008 thans beweerde onterechte aanrekeningen forfaits voor acute nierinsufficiëntie terug te betalen, en haar absolute goede trouw.

Verweerder vraagt eveneens, ondergeschikt, een zo groot mogelijk uitstel te willen verlenen voor de gebeurlijk op te leggen boete, en voor de vereffening van deze eventuele geldboete betalingstermijnen toe te staan.

*

*

*

BEOORDELING:

1. De terugvordering:

1.1. **Principe:** restrictieve interpretatie van de nomenclatuur:

Het sociaal zekerheidsrecht wordt geacht de openbare orde te raken (AH Gent, 16.1.1995, J.T.T. 1995, 309; AH Bergen, 11.12.1992, T.S.R. 1993, 299; AH Antwerpen, 14.2.1992, T.S.R. 1993, 390; AH Bsl, 7.1.1991, Rechtspr. Arb. Br. 1991, 180). Een instelling belast met een openbare dienst, zoals een sociale zekerheidsinstelling, *mag slechts strikt de voordelen toekennen waarin de wet voorziet*, onder de voorwaarden die daarvoor gelden, zo niet worden gelden afgewend van hun wettelijke bestemming en onttrokken aan de gemeenschap van gerechtigden, wat de werking van de openbare dienst in het gedrang brengt (W. VAN EECKHOUTTE, Sociaal Compendium SZR, 2009-2010, p. 106, nr 10161). Zo kan getwijfeld worden of alle bepalingen van de sociale zekerheidswetgeving van openbare orde zijn, moet minstens aangenomen worden dat de bepalingen die *het toepassingsgebied* (Cass. 3.10.1988, Soc. Kron. 1989, 41; Cass. 24.4.1989, J.T.T. 1989, 295), de *vaststelling* (Cass. 28.2.1994, R. Cass. 1994, 166) en de bepalingen betreffende de *berekening van de vergoeding* en de verjaring van openbare orde zijn.

De ziekte- en invaliditeitsverzekering, als onderdeel van het sociaal zekerheidsrecht, is dan ook van openbare orde (AH Antw. 6.4.1993, T.S.R. 1993, 418; AH Antw. 2.2.2004, Soc. Kron. 2004, 338; AH Antw. 13.1.2004, Soc. Kron. 2004, 336) en de voorwaarden tot toekenning van uitkeringen **moeten strikt worden uitgelegd** (AH Bergen, 28.6.1995, I.B. Riziv, 1996/ 3, 358).

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, als onderdeel van de ZIV-wetgeving, waarin de voorwaarden voor een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgesteld en een **limitatieve opsomming** wordt gegeven van de geneeskundige verstrekkingen waarvoor tussenkomst in de kosten is voorzien, is van openbare orde en moet dus eveneens *strikt worden geïnterpreteerd*. Men kan dus geen uitspraak "naar billijkheid" doen (AH Antw. 28.2.2006, Soc. Kron. 2006, 476; AH Antw. 22.2.2005, Soc. Kron. 2006, 473; AH Bsl, 10.4.2003, B.I. Riziv 200": 3; zie ook: Cass. 18.9.1995, Soc. Kron. 1996, 12 m.b.t. de ZIV-wet in het algemeen)

Zorgverleners mogen de nomenclatuur niet naar hun hand zetten onder het mom van een *teleologische* interpretatie (RvSt, arrest nr 130208 d.d. 9.4.2004), noch interpreteren *bij analogie* (vergelijkend met andere beroepscategorieën of disciplines of vergelijkend met andere ingrepen die vallen onder andere codes), noch "*creatie*", *extensief* of "*evolutief*" interpreteren of interpreteren *naar billijkheid* of in het zogenaamde belang van de patiënt en/of de maatschappij.

1.2. Dat adviserende geneesheren van de verzekeringsinstellingen eventueel hun akkoord zouden hebben gegeven en/of niet zouden hebben gereageerd bij eventuele aanrekeningen speelt (voor zover uiteraard geen verjaring is ingetreden) niet de minste rol en doet geen afbreuk aan de

bevoegdheden van de DGEC: deze dienst blijft onder meer bevoegd om een onderzoek in te stellen naar de realiteit en de conformiteit van de prestaties van de zorgverlener, zelfs al heeft de adviserend geneesheer van een verzekeringsinstelling zich niet verzet tegen een verzekeringstegemoetkoming (R.v.st., arrest nr 207.751 van 30 september 2010, raadpleegbaar op de website van de Raad van State).

1.3. Chronische nierinsufficiëntie vs acute nierinsufficiëntie:

Het KB van 27 november 1996 : Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie moeten voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst in de zin van artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 heft het KB van 4 april 1991: Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan de dialysecentra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie moeten voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst in de zin van artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 op. Het KB van 04 april 1991 spreekt dus van dialysecentra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie. Het KB van 27 november 1996 spreekt over centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie. In de bijlage bij het KB van 27 november 1996 is sprake van centra voor chronische hemodialyse in ziekenhuisverband (zie BIJLAGE. Art. N. NORMEN).

Men vindt uitsluitend wetteksten in verband met centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie die ook vermeld worden als dialysecentra of als centra voor chronische dialyse. Er wordt nergens gesproken over acute dialyse, en ook niet over centra voor acute dialyse. De terminologie 'acute dialyse' wordt niet gebruikt in de wetteksten en evenmin in de nomenclatuur. In de nomenclatuur is enkel sprake van "Extrarenale zuivering, verricht wegens acute nierinsufficiëntie ... of verricht voor de behandeling van een intoxicatie ... of verricht voor de behandeling van een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen ..(470455-470466) ofwel van "Extrarenale zuivering, ..., verricht in een dienst voor intensieve verzorging voor de behandeling van een acute nierinsufficiëntie, een intoxicatie ..." (470492-470503).

Ook in het KB van 23 juni 2003: Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 is er sprake van de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie. Reeds in 2002 was het probleem van het aanrekenen van forfaits chronische hemodialyse voor behandelingen van acute nierinsufficiëntie gekend. Om aan dit probleem te verhelpen werd in artikel 1, § 2 van het KB van 23 juni 2003 het woord 'chronische' toegevoegd. *Net die toevoeging* wordt gebruikt om er voor te pleiten dat het forfait chronische insufficiëntie zou mogen gebruikt worden voor het behandelen van een acute insufficiëntie omdat de tekst niet voldoende duidelijk zou zijn en de "acute dialyse" niet expliciet zou uitsluiten. Hierbij wordt volledig voorbijgegaan aan de omzendbrief die op 07.07.2003 werd opgesteld (**dit is amper 6 dagen na publicatie van het KB in het B.S. van 01.07.2003** !). In deze omzendbrief staat in de tabel van 'punt 3 . Hoegroothed van de bedragen' dat het gaat over "a) Chronische nierinsufficiëntie-forfait

hemodialyse". Ook in het model van de vragenlijst dialyse waarvan sprake in 'punt 4. Model van vragenlijst' die als papieren versie werd bijgevoegd aan deze omzendbrief staat: "Chronische nierinsufficiëntie-forfait hemodialyse".

De DGEC zou een 'gedoogbeleid' gevoerd hebben en het ziekenhuis zou pas in 2008 op de hoogte zijn van de volgens het RIZIV correcte werkwijze. De ziekenhuizen die wisten of meenden te weten dat er verschillende interpretaties van de reglementering mogelijk waren en/of circuleerden konden nochtans bij de minste twijfel (niettegenstaande de voormelde duidelijke teksten) mondeling of schriftelijk contact opnemen met het RIZIV.

Nergens blijkt dat de ziekenhuizen zelf initiatief genomen hebben om deze vraag beantwoord te krijgen. Integendeel, sommigen (blijkbaar een minderheid weliswaar) passen de voor hen meest interessante facturatie toe tot zij voor voldoende feiten worden gesteld.

De ziekenfondsen wordt verweten dat zij de facturen zonder meer uitbetaald hebben. Nog afgezien van hetgeen reeds werd vermeld sub 1.2. wordt hierbij voorbij gegaan aan de omstandigheid dat de ziekenfondsen ervan kunnen en mogen uitgaan dat de ziekenhuizen die de overeenkomst tussen verzorgingsinstellingen en verzekeringsinstellingen ondertekend hebben, zich inderdaad houden aan de regels van die overeenkomst en dat zij bijgevolg de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen correct toepassen. Men kan niet verwachten dat de verzekeringsinstellingen een a priori controle doen op alle facturen en dat, in voorkomend geval, a posteriori controle niet meer mogelijk zou zijn.

In de overeenkomst met de verzekeringsinstellingen worden geen regels vastgelegd over 'zgn. acute dialyse'. Er is enkel in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen een vergoeding voorzien voor de behandeling van acute nierinsufficiëntie (extrarenale zuivering: nomenclatuurnummers 470455-470466 en 470492-470503).

De centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie moeten inderdaad gelegen zijn in een acuut ziekenhuis. Het centrum moet een permanente wachtdienst organiseren die het mogelijk maakt een dringende behandeling te starten op elk uur van de dag of de nacht. Men mag ook niet vergeten dat zij moeten deelnemen aan transplantatieprogramma's en over een structuur moeten beschikken voor het wegnemen van nieren.

Het is dus duidelijk dat een ziekenhuis dat een centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie organiseert ook te maken zal hebben met acute situaties. Zoals eerder vermeld zijn de nomenclatuurnummers 470455-470466 en 470492-470503 bedoeld voor de behandeling van acute nierinsufficiëntie.

1.4. Het (minstens impliciete) verwijt dat het RIZIV de regelgeving laattijdig interpreteerde:

Uit de brief van verwerende partij d.d. 16.6.2008 blijkt enige wrevel over de (laattijdige) interpretatie van het RIZIV gegeven bij brief van 2.6.2008. Dit verwijt is evenwel onterecht: verweerder had kennis van de Omzendbrief aan de Ziekenhuizen 2003/6 van 7 juli 2003. Wanneer hij meende dat die Omzendbrief onduidelijk was (--- quod non ---) had zij

(zoals hoger al vermeld) eerder al kunnen contact opnemen met het RIZIV, eerder dan creatief in zijn voordeel te interpreteren. Er valt het RIZIV terzake niets te verwijten. Het behoort tot het wezen van een interpretatieve tekst of bepaling dat zij terugwerkt tot de datum van de inwerkingtreding van de bepaling die zij interpreteert en zelf geen enkele creatie van rechtsgevolgen beoogt of ten gevolge kan hebben, met dien verstande dat een interpretatieve bepaling slechts gerechtvaardigd is in zoverre de geïnterpreteerde bepaling vanaf haar oorsprong redelijkerwijze niet anders kon worden begrepen dan is aangegeven in de interpretatieve bepaling, wat terzake onmiskenbaar het geval is (mede gelet op een reeds eerdere duidelijke Omzendbrief). Verweerder kan zich bijgevolg niet verschalkt voelen in zijn normale en redelijke verwachtingen.

1.5. Verweerder benadrukt zijn goede trouw en vraagt, bij veroordeling, het terug te vorderen bedrag in twee maal te mogen afkorten. Verweerder wordt geacht te goeder trouw te zijn en lijkt inderdaad te goeder trouw, zodat op de vraag tot afkorting kan worden ingegaan.

2. de administratieve geldboete:

De bepalingen met betrekking tot de verjaring van deze boete raken de openbare orde, zodat de Kamer van eerste aanleg, zelfs ambtshalve, moet nagaan of de verjaring niet werd bereikt.

Op de zitting van 21 november 2011 betoogden beide partijen dat de vordering strekkende tot een administratieve geldboete verjaard is.

Artikel 141 §7 (zoals toen van toepassing op onderhavige geldboete) Gec. W. 14.VII.1994 stelt dat de administratieve geldboetes door het Comité (moeten) worden uitgesproken (binnen de 3 jaar) te rekenen vanaf de dag waarop de inbreuk werd vastgesteld.

Het PV van vaststelling dateert van 28.1.2008 en werd aangetekend opgestuurd op 31.1.2008.

De administratieve geldboete is bijgevolg verjaard.

*
* *

OM DEZE REDENEN,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in het bijzonder op de artikelen 144 en 145, en op artikel 112 van de Gezondheidswet van 13 december 2006;

Na beraadslaging in overeenstemming met het bepaalde in artikel 145 van de gecoördineerde wet, en artikel 19 van het Procedurereglement;

Recht doende op tegenspraak,

Verklaart de door de eiser weerhouden inbreuken als zijnde bewezen en acht de vordering zoals gewijzigd ter zitting van 21 november 2011 (intreden van de verjaring voor wat de administratieve geldboete betreft) als volgt gegrond :

Stelt met partijen vast dat de vordering tot veroordeling van een administratieve geldboete verjaard is; verklaart dit onderdeel van de vordering bijgevolg onontvankelijk;

Verklaart de terugvordering integraal gegrond; veroordeelt verweerder tot (terug-)betaling aan eiser van een bedrag van **604.159,27 €** (nog verschuldigd saldo); veroordeelt verweerder dienvolgens tot (terug-)betaling van de helft van dit bedrag, hetzij 302.079,63 aan eisende partij door overschrijving op rekeningnummer 679-0019779-88 van het RIZIV binnen de maand volgend op de kennisgeving van deze beslissing; veroordeelt verweerder tot betaling van de andere helft volgens dezelfde modaliteit binnen de zeven maanden vanaf vermelde kennisgeving; Veroordeelt verweerder tot de wettelijke verwijlntresten;

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 19 december 2011 van de Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten behandeld worden, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, opgericht bij artikel 144 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en ondertekend door:

- Jan VERMEIR, magistraat- Voorzitter van de Kamer;

- Martin VOLCKE, griffier.

Volgen de handtekeningen:

De griffier,

De Voorzitter,

Martin VOLCKE

Jan VERMEIR

De Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten behandeld worden, die in die taal de zaak heeft gehoord en er in die taal over beraadslaagde, was samengesteld uit mevrouw en de heer dokter Viviane VAN ELSHOCHT en Paul ZEGERS, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en de heren Maurice TUERLINCKX en Jef VAN HOLSBEKE, vertegenwoordigers van de verplegingsinrichtingen.

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

