

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

**Dhr. A...
Kinesitherapeut
BRS/N/2011/066**

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

gelet op de resultaten van dat onderzoek die zijn gebundeld in het dossier N/2011/066 en dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd;

gelet op het proces-verbaal van vaststelling van 30/09/2010, opgesteld lastens Dhr. A... , ter kennis gegeven met een aangetekende brief van 8/10/2010;

gelet op de ter post aangetekende brief van 6/10/2011 waarin de synthesenota aan Dhr. A... ter kennis werd gegeven en Dhr. A... werd verzocht zich schriftelijk te verantwoorden. Hieraan werd geen gevolg gegeven. Er werden geen schriftelijke verweermiddelen namens hem ingediend.

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

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

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

1. GEFORMULEERDE TENLASTELEGGING

Dhr. A... heeft in de periode van 01-10-2008 tot 30-09-2009 volgende inbreuk begaan op de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeits-verzekering:

Het aanrekenen van kinesitherapiezittingen die niet beantwoorden aan de bepalingen van de nomenclatuur namelijk het overschrijden van het maximum aantal verstrekkingen per dag.

Dat is een inbreuk op artikel 7, §§ 7 en 19 van de Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

In de periode van 01/10/2008 tot en met 30/09/2009 werden 6.580 verstrekkingen aangerekend, waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 of 20 minuten of een minimum 20 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist. Zij werden verricht op 317 dagen, wat betekent dat er 240 verstrekkingen ten onrechte werden aangerekend.

Het hierdoor ten onrechte aangerekende bedrag werd door de Dienst berekend rekening houdend met de praktijk en met de verschilregel en bedraagt: € 2.388,00 .

2. VERWEER

Met de aangetekende brief van 6/10/2011 werd de synthesesnota aan Dhr. A... ter kennis gegeven en werd hem gevraagd zijn schriftelijke verweermiddelen mee te delen.

Dhr. A... heeft hieraan geen gevolg gegeven. Er werden geen schriftelijke verweermiddelen namens hem ingediend.

3. BEOORDELING

- Het dossier werd behoorlijk ingezien en onderzocht.

De Leidend ambtenaar beoordeelt soeverein de bewijswaarde en de bewijskracht van alle gegevens die hem worden voorgelegd, met inbegrip van de processen-verbaal (Cfr. art. 66 SSW). Deze processen-verbaal, waarvan het tegenbewijs niet werd geleverd, bieden voldoende waarborgen van juistheid en nauwkeurigheid van de ten laste gelegde inbreuk op de wets- en verordeningsbepalingen inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

- Artikel 7, §§ 7 en 19 van de Nomenclatuur bepalen :

Art. 7, § 7 :

“Onder « persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut” moet worden verstaan, de tijd die de kinesitherapeut persoonlijk en uitsluitend besteedt aan de behandeling of evaluatie van de betrokken rechthebbende.

De “globale gemiddelde duur” persoonlijke betrokkenheid wordt geëvalueerd op grond van een periode die, voor alle betrokken verstrekkingen en voor alle patiënten van de kinesitherapeut samen, niet korter mag zijn dan 3 maanden.”

Art. 7, §19 :

“Per verstrekker mogen gemiddeld slechts 30 verstrekkingen per dag worden aangerekend, waarvan maximum 20 verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 of 20 minuten of een minimumduur van 20 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist. Deze dagelijkse gemiddelde aantallen worden geraamd over een periode die niet korter dan 90 dagen mag zijn en rekening houdt met de dagen met effectieve activiteit zoals aangetoond uit de kinesitherapeutische dossiers en/of het register en dit voor het geheel van de verstrekkingen en voor alle patiënten van de kinesitherapeut samen. Voor de bepaling van het gemiddeld aantal verstrekkingen per dag stemmen de verstrekkingen met een minimumduur van 60 en 120 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut overeen met respectievelijk twee en vier verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist. De verstrekking met een minimumduur van 45 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut stemt overeen met 1,5 verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist.”

Dhr. A...verklaarde op 29/09/2010 :

'...Ik heb ook alleen aangerekend op de dagen dat ik echt gewerkt heb. Wat ik aanreken aan de ziekteverzekering zijn echte behandelingen voor pathologie, geen fitness, geen zonnebank, geen esthetische.

Ook indien ik betrokkenen had doorgestuurd, had het RIZIV aan de andere kinesisten moeten uitbetalen.

Volgens mij zijn er nooit ten onrechte kinébehandelingen aangerekend: Ze zijn correct uitgevoerd zoals het eigenlijk volgens de wet hoort.

Rekening houdend met de praktijk is niet geweest volgens mij omdat er onderscheid moet gemaakt worden tussen groepspraktijk en éénmanszaak. ...'

In zijn schrijven dd. 18/10/2010 wijst de zorgverstreker oa. nog uitgebreid op het verschil tussen een groepspraktijk en een éénmanszaak. Door een goede taakverdeling zou er in een groepspraktijk meer tijd vrijgemaakt kunnen worden waardoor de therapeut in staat zou zijn om méér patiënten doelgericht te behandelen. Betrokkene vraagt zich af waar zijn recht blijft om te kunnen concurreren.

Dit verweer doet geenszins afbreuk aan de vastgestelde inbreuk. Dhr. A... brengt geen enkel tegenbewijs aan.

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

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

- De feiten die zijn opgenomen in het proces-verbaal van vaststelling van 30.09.2010 zijn naar genoegen van recht bewezen en dienen te worden aangehouden; Ten opzichte van een zorgverlener die zich niet gedraagt of voegt naar de wettelijke en reglementaire bepalingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, kunnen steeds de maatregelen opgelegd worden zoals bepaald in artikel 142 van de gecoördineerde wet.

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

Door het verzorgen van verplicht verzekerden worden de zorgverleners bij de toepassing van de ziekte- en invaliditeitswetgeving betrokken en worden zij geacht hun medewerking te verlenen aan een openbare dienst. Van elke medewerker wordt dan ook verwacht dat deze voldoende kennis heeft van de vigerende bepalingen (J. BEULS, "De zorgverlener administratief gesanctioneerd: het verbod om tegemoet te komen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen" in A. PRIMIS, B. DE RUYVER, E. GULDIX en T. VANSWEEVELT (red.) Recht en gezondheidszorg,

Gent, Mys en Breesch, 1999, 74). Vooral dan van de nomenclatuurcodes die specifiek tot het beroepsdomein van die zorgverlener behoren.

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

Een zorgverlener, dus ook een verpleegkundige, blijft altijd zelf verantwoordelijk voor de correcte aanrekening van de door hem geleverde prestaties. In het voorliggende dossier kan dhr. A...zich niet beroepen op omstandigheden die zijn verantwoordelijkheid uitsluiten of verminderen.

Bij het bepalen van de hoogte van de sanctie wordt rekening gehouden met de intrinsieke ernst van de feiten en de aangebrachte schade (€ 2.388,-) aan het stelsel van de verplichte ziekteverzekering. Er kan wel rekening worden gehouden met het feit dat dhr. A...geen antecedenten binnen de Dienst heeft.

OM DIE REDENEN,

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

NA ER OVER BERAADSLAAGD TE HEBBEN,

De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle :

- stelt vast dat de feiten die zijn vastgesteld in het proces-verbaal van vaststelling van 30/09/2010 naar genoegen van recht bewezen zijn en houdt ze dus aan;
- stelt vast dat de feiten opgenomen onder de tenlastelegging een inbreuk zijn op het bepaalde in artikel 73bis, 2° van de gecoördineerde ZIV-wet;
- vordert op basis van artikel 142, § 1, 2° van de gecoördineerde ZIV-wet de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van € **2.388,-** terug;
- legt bovendien op basis van artikel 142, § 1, 2° van de gecoördineerde wet een effectieve administratieve geldboete van **50% of € 1.194,-**.

Dhr. A... moet het bedrag van € **3.582,-** (€ **2.388,-** + **1.194,-**) betalen door overschrijving op het rekeningnummer IBAN: BE56 6790 0197 7988/BIC: PCHQBEBB van het RIZIV, binnen de maand te rekenen vanaf de dag waarop de beslissing is ontvangen, met dien verstande dat de niet-betaling van het geheel van deze som of elke laattijdige aanbetaling, het resterend verschuldigd saldo van rechtswege onmiddellijk invorderbaar maakt via de Administratie van de belasting over de toegevoegde waarde, registratie en domeinen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

MEDEDELING

Indien de zorgverlener beroep tegen deze beslissing overweegt, dient hij dat op straffe van niet ontvankelijkheid te doen binnen de maand, te rekenen vanaf de kennisgeving van deze beslissing, bij de Kamer van eerste aanleg, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, Tervurenlaan 211 te 1150 Brussel. Die termijn van één maand gaat in met de dag van verzending van de ter post aangetekende brief; de postdatum heeft bewijskracht. Het beroep schort de uitvoering van de beslissing niet op. De kennisgeving herneemt de dienstige bepalingen van het Procedurereglement.

Aldus beslist te Brussel op 27 maart 2012

De Leidend ambtenaar

Dr. Bernard Hepp
Geneesheer-directeur-generaal

