

Rep. nr. 09/16

\*

AR. NA-012-14

\*

E/XXXX

\*

Tegensprekelijke  
eindbeslissing  
d.d. 17 maart 2016

\*

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 ziekten 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, dr. C ,  
geneesheer-inspecteur en de heer D. , attaché,  
ambtenaren bij eiser

Tegen

De heer A..., tandarts, wondend te XXXX,

Verweerder, met als raadsman mr B , advocaat  
met kantoor te XXXX

\*  
\* \*

Op de openbare terechtzitting van 21 januari 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.

\*  
\* \*

## **1 RETROACTEN**

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder

- het dossier neergelegd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle,
- het verzoekschrift van eiser, neergelegd ter griffie op 25 november 2014;
- de verklaring van verschijning namens verweerder, ontvangen ter griffie op 16 december 2014;
- de oproepingsbrieven van 20 november 2015,
- het proces-verbaal van de Kamer van eerste aanleg van 21 januari 2016

Gehoord op de openbare terechtzitting van 21 januari 2016:

- dr C en dhr D., in de uiteenzetting van de middelen en conclusies van eiser,
- mr E , met kantoor te XXXX, loco mr B. in de uiteenzetting van de middelen van verweerder,

De debatten worden gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 18 februari 2016

\*  
\*       \*  
\*

## **2 HET ONDERZOEK**

In april 2011 zond de CENEC (de nationale enquêtecel binnen de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV) een brief aan 998 tandartsen om hen te wijzen op hun herhalingsgraad die hoger was dan 10% in de periode van juni 2008 tot november 2008

De CENEC schreef alleen tandartsen aan die meer dan 300 conserverende tandzorgen aanrekenden in de eerste zes maanden van deze periode

Werd aanzien als een herhaling iedere conserverende tandzorg uit een geselecteerde reeks die binnen het jaar herhaald werd op dezelfde tand, bij dezelfde verzekerde, door dezelfde tandarts. De nomenclatuurnummers moesten niet noodzakelijk identiek zijn. Iedere herhaling kon zelf ook herhaald worden

De herhalingsgraad is het aantal zorgen in een periode van zes maanden dat in het jaar nadien herhaald werd, gedeeld door het totaal aantal aangerekende zorgen in dezelfde periode van zes maanden

Er gebeurde vervolgens een nieuwe individuele evaluatie voor de periode van 1 oktober 2011 tot 31 maart 2012, waarbij aan de tandartsen die opnieuw meer dan 10% herhaalden, een proces-verbaal van vaststelling verzonden werd.

Er werden geen verzekerden ondervraagd  
Op 26 september 2013 werd een Pro Justitia opgesteld, welke op dezelfde datum aan verweerder werd verzonden.

\*  
\*       \*

### **3 VOORWERP VAN DE VORDERING**

#### **3.1 Tenlastelegging**

Eiser stelt dat in hoofde van verweerder in de periode van 1 oktober 2011 tot 31 maart 2012 (datum inbreng VI) de volgende onregelmatigheden zijn vastgesteld

*Het uitvoeren van verstrekkingen zoals bedoeld in artikel 34 van de wet op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering gecoördineerd op 14 juli 1994, die overbodig of onnodig duur waren in de zin van artikel 73 van dezelfde wet.*

Het bedrag dat door de ziekteverzekering ten onrechte zou zijn vergoed, is als volgt bepaald

- 1 Tussen 1 oktober 2011 en 31 maart 2012 rekende verweerder aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering 1.528 conserverende tandzorgen aan
2. Een éénjaars-herhalingsgraad tot en met 10% werd door eiser aanvaard  
Voor de bestudeerde periode waren dat in de praktijk van verweerder 153 verstrekkingen (afgerond naar de hogere eenheid)  
Van de genoemde 1 528 verstrekkingen heeft verweerder echter 378 verstrekkingen opnieuw aangerekend binnen het jaar, op dezelfde tand en bij dezelfde verzekerde.  
Zijn herhalingsgraad bedraagt bijgevolg  $378/1\ 528 = 24,74\%$ , dit is 14,74% meer dan het aanvaarde maximum van 10%
3. Het aantal onnodig dure verstrekkingen dat verweerder aanrekende bedraagt  $378 - 153 = 225$
4. Tijdens de periode van vaststelling werden de conserverende tandzorgen die verweerder binnen één jaar herhaalde, gemiddeld vergoed aan  $\text{€ } 14.858,68/378 = \text{€ } 39,31$ .
- 5 Het onterecht door de ziekteverzekering vergoede bedrag zou aldus  $225 \times \text{€ } 39,31 = \text{€ } 8.844,45$  bedragen.

### **3.2 Vordering van eiser**

De vordering van eiser, zoals geformuleerd in het verzoekschrift van 25 november 2014 strekt ertoe

- overeenkomstig artikel 142 § 1, 4° van de gecoördineerde ZIV-wet de terugbetaling op te leggen van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van € 8 844,45;
- overeenkomstig artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek voor de ten laste gelegde feiten een sanctie van niveau 2 op te leggen, met name een administratieve geldboete van € 250 te vermeerderen met 50 opdecimen (X6), zijnde € 1 500;
- overeenkomstig artikel 156 § 1, lid 2 van de gecoördineerde ZIV-wet, interesten toe te kennen vanaf de eerste werkdag die volgt op de kennisgeving van de beslissing van de Kamer van eerste aanleg op het verschuldigde saldo te tellen tot het moment dat de onverschuldigde som betaald wordt
- 

\*  
\*       \*

## **4 STANDPUNTEN VAN DE PARTIJEN**

### **4.1 Standpunt van eiser**

Met betrekking tot de terugvordering van de zogenaamd ten onrechte aangerekende verstrekkingen, stelt eiser, dat bij gebrek aan een indicator die de toegelaten herattestering bepaalt, de praktijk van verweerder vergeleken werd met de praktijk van normaal voorzichtige en toegewijde zorgverleners in gelijkaardige omstandigheden, zoals bepaald door artikel 73, §4 van de gecoördineerde ZIV-wet. Daarbij wordt gesteund op wetenschappelijke informatie en de verklaringen van geraadpleegde experts.

Met betrekking tot de gevorderde administratieve geldboete wijst eiser er op dat de herhalingsgraad van verweerder 24,74% bedraagt, en dus 14,74% meer dan het aanvaarde maximum van 10%.

Eiser wijst er op dat een zorgverlener als medewerker aan een openbare dienst er toe verplicht is om de goede werking van deze dienst na te streven. Bijgevolg dienen zijn aanrekeningen en aanspraken naar redelijkheid te kunnen worden verantwoord. De zorgverlener moet immers op een doordachte en bedachtzame wijze omspringen met gelden die door de gemeenschap aan de ziekteverzekering ter beschikking worden gesteld.

Rekening houdende met de ernst van de feiten, dient de gevorderde administratieve geldboete te worden opgelegd.

#### 4.2 Standpunt van verweerder

Verweerder stelt het niet eens te zijn met de stellingen van eiser  
Om verdere polemieken en kosten te vermijden, heeft hij evenwel het teruggevorderde bedrag en de administratieve geldboete betaald

\*  
\*       \*  
\*

#### 5 BEOORDELING

Van verweerder wordt een vergoeding teruggevorderd van 225 verstrekkingen ter waarde van gemiddeld € 39,31, omwille van het feit dat deze overbodig zouden zijn uitgevoerd en derhalve onterecht zouden zijn aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering, hetgeen in strijd is met artikel 73bis, 4° van de gecoördineerde ZIV-wet

Om te kunnen bepalen of deze 225 aangerekende verstrekkingen als overbodig dienen te worden beschouwd, is er in artikel 73 van de gecoördineerde ZIV-wet een procedure uitgewerkt

Artikel 73 van de gecoördineerde ZIV-wet voorziet meer bepaald.

*§ 1 De geneesheer en de tandheekkundige oordelen in geweten en in volle vrijheid over de aan de patiënten te verlenen verzorging. Zij zullen erop toezien dat zij toegewijde en bekwame geneeskundige verzorging verstrekken in het belang van de patiënt, met respect voor de rechten van de patiënt en rekening houdend met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen*

*Zij onthouden zich van overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.*

*§ 2. Het onnodig dure of overbodige karakter van deze verstrekkingen wordt geëvalueerd, volgens de procedure bepaald in artikel 146bis, § 1, op basis van één of meerdere indicatoren van manifeste afwijking, vastgesteld door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie ten opzichte van aanbevelingen van goede medische praktijk. ( . )*

*§ 3 De aanbevelingen van goede medische praktijk en de indicatoren bedoeld in § 2, eerste lid, worden gedefinieerd op eigen initiatief door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie. (...)*

*De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kan ook bij de voornoemde Raad en het Comité voor evaluatie een wetenschappelijk dossier indienen, waarin een voorstel van indicator(en) is opgenomen. Indien de Dienst zich tot de Raad of tot het Comité voor evaluatie wendt, beschikt die over een termijn van drie maanden om zich uit te spreken. Na die termijn wordt (en) de indicator(en) geacht te zijn goedgekeurd. In dit*

geval moet de Dienst, één jaar naar de voorlopige goedkeuring, die indicatoren en de vaststellingen die tijdens de toepassing ervan zijn gedaan evenwel opnieuw voorleggen aan de Raad of het Comité voor evaluatie. De indicatie is definitief goedgekeurd, behoudens wanneer drie vierden van de aanwezige leden behorend tot de groepen die de universiteiten, de wetenschappelijke geneeskundige verenigingen, de erkende huisartsen en de geneesheren-specialisten samen vertegenwoordigen, zich hiertegen hebben uitgesproken

De Koning bepaalt de wijze waarop deze aanbevelingen en indicatoren worden bekendgemaakt.

§ 4. Bij gebrek aan de in § 2 bedoelde indicatoren van manifeste afwijking wordt de praktijk vergeleken volgens de procedure bepaald in artikel 146bis, § 2, met de praktijk van normaal voorzichtige en toegewijde zorgverleners in gelijkaardige omstandigheden. Hierbij wordt onder andere rekening gehouden met wetenschappelijke informatie aanvaard door wetenschappelijke verenigingen en/of instellingen die een algemene bekendheid genieten. (..)

Artikel 146bis, § 2 van de gecoördineerde ZIV-wet bepaalt

§ 2. Na melding door de verzekeringsinstellingen, een profielencommissie of op eigen initiatief, verzamelt de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle de gegevens over de verstrekkingen bedoeld in artikel 73, § 4 De door de profielencommissies overgezonden vaststellingen gelden tot bewijs van het tegendeel. Zij worden als dusdanig door de geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs en verpleegkundigen-controleurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gebruikt om de inbreuken zoals beschreven in artikel 73bis vast te stellen.

De plaatsing onder monitoring duurt minimum zes maanden. Deze onderzoeksmaatregel moet ter kennis gebracht worden van de zorgverlener, waarbij de begindatum van de maatregel, de aanbevelingen die van toepassing zijn op zijn praktijkgedrag, alsook de maatregelen die genomen kunnen worden in geval van inbreuken op artikel 73bis, worden meegedeeld. Tegen deze maatregel staat geen beroep open

De profielencommissies hebben de bevoegdheid om de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle uit te nodigen zorgverleners onder monitoring te zetten op basis van een gemotiveerd dossier. De Leidend ambtenaar brengt verslag uit van het gevolg gegeven aan de aanvragen van de profielencommissies.

Na analyse van de door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle verzamelde gegevens maken de ambtenaren bedoeld in het eerste lid proces-verbaal van vaststelling op dat overeenkomstig artikel 142, § 2, aan de zorgverlener ter kennis wordt gegeven waarbij hij uitgenodigd wordt binnen de maand zijn schriftelijke verweermiddelen te bezorgen

*Deze verweermiddelen worden meegegeeld aan het Comité dat, na ze onderzocht te hebben, kan beslissen :*

*1° het dossier zonder gevolg te klasseren,  
2° het dossier af te sluiten met een waarschuwing,  
3° de leidend ambtenaar kan opdragen de zaak aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg en wanneer nodig, de natuurlijke of rechtspersoon, bedoeld onder artikel 164, tweede lid, hier tegelijkertijd van verwittigen met een aangetekend schrijven.*

*Tegen de beslissingen bedoeld in 1° en 2° van het vorige lid kan de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle een beroep instellen bij de Kamer van eerste aanleg*

Uit het dossier blijkt dat bij gebrek aan indicatoren zoals vermeld in artikel 73 §2 en §3 van de gecoördineerde ZIV-wet, eiser is overgegaan tot een vergelijking van de praktijk van verweerder zoals voorzien in artikel 73 §4 van de gecoördineerde ZIV-wet. Hierbij werd rekening gehouden met wetenschappelijke informatie aanvaard door wetenschappelijke verenigingen en/of instellingen die een algemene bekendheid genieten. In concreto werd rekening gehouden met de verklaringen van tandarts-expert F..., prof. G , prof. H..., prof. I .. en prof J....

Deze experten verklaren het volgende

Tandarts F . :

- een jaarlijks faalpercentage van maximum 10% is aanvaardbaar voor conserverende verzorging voor tandvullingen en –opbouwen, waarvoor binnen het jaar een herhaling van die verzorging nodig is,
- er zijn medisch-tandheelkundige indicaties om twee afzonderlijke gevallen van cariës of gaatjes op een zelfde tand in verschillende keren te behandelen. er zijn vijf mogelijke gevallen (behandelingsplan van aangrenzende tanden, contactpunten, zwakke vlakken, wortelbehandelingen en bacteriele pulpitis na de reconstructie), er moet in hoofdzaak van het tandheelkundig dossier worden uitgegaan om na te gaan of een conserverende behandeling de herhaling is van een behandeling die mislukt blijkt te zijn, dan wel een noodzaak in de klinische evolutie van de patient.

Prof G . :

de kwaliteit van vullingen of opbouwen waarvan binnen het jaar meer dan 10% mislukt, kan in vraag gesteld worden;

Prof I. . :

het jaarlijks mislukkingspercentage moet onder de tien percent liggen,

Prof H . :

- men kan onmogelijk zeggen welke levensduur men mag

verwachten van een kundig aangelegde vulling/knobbel/kroon daar naast de 'kundigheid' van de practicus, ook de patient zelf en de specifieke mondomgeving mede bepalend zijn voor de specifieke levensduur;

- verder moet men ervan uitgaan dat er meerdere vullingen op verschillende tijdstippen op één tand kunnen worden geplaatst, soms hebben tanden ook nood aan semi-definitieve restauratie,
- indien meer dan 10% van de vullingen geplaatst door één tandarts binnen het jaar moeten worden vervangen, dan mag men ervan uitgaan dat er iets mis zou kunnen zijn en bijkomend onderzoek naar de geleverde kwaliteit van zorg noodzakelijk is;
- de grootste oorzaken van mislukkingen zijn randeffecten, vullings- en tandbreuken, en nieuwe cariesletsels; hierbij moet men ook rekening houden dat tanden die in principe verloren zijn, soms op uitdrukkelijke vraag van de patient nog worden opgelapt om een extractie zolang mogelijk uit te stellen;

Prof. J .

Volgens de literatuur bedraagt het gemiddelde percentage mislukkingen bij het opbouwen van kronen met composietmaterialen op één jaar tijd 2 à 5 %. In zeer ongunstige omstandigheden kan worden aangenomen dat 10% wordt bereikt maar dit is het maximum

Om na te gaan of er in een bepaald geval sprake is van "overbodige verstrekkingen" die onnodig werden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering, kan op basis van voormelde wetenschappelijke informatie worden besloten:

- dat moet worden uitgegaan van een faalpercentage van maximaal 10% waarbij een zelfde ingreep (vulling/opbouw) op eenzelfde tand binnen het jaar opnieuw moet worden gedaan,
- 
- dat het in bepaalde (5) gevallen aangewezen is dat meerdere behandelingen op één tand tijdens verschillende consultaties worden behandeld,
- dat om na te gaan of er sprake is van een andere behandeling van een bepaalde tand, dan wel een zelfde behandeling van een zelfde tand omwille van een eerdere mislukking, het tandheilkundig dossier dient te worden geraadpleegd,
- dat het tandheilkundig dossier eveneens dient te worden geraadpleegd om te kunnen nagaan of bepaalde, herhaalde behandelingen te wijten zijn aan patiëntgebonden factoren.

De Kamer van eerste aanleg stelt vast dat eiser, ondanks het gevoerde onderzoek, geen rekening houdt met de bevindingen van de bevroegde wetenschappers.

Eiser gaat in de tenlastelegging immers uit van een zuiver herhalingspercentage, met name



Iedere conserverende tandzorg uit een geselecteerde reeks die binnen het jaar herhaald werd op dezelfde tand, bij dezelfde verzekerde, door dezelfde tandarts. De nomenclatuurnummers moesten niet noodzakelijk identiek zijn. Iedere herhaling kon zelf ook herhaald worden.

Eiser geeft dit ook toe, stellende

- dat het slechts uitzonderingen betreffen waarin tandheeskundige redenen ingeven om eenzelfde tand in meerdere zittingen te behandelen,
- dat er geen rekening wordt gehouden met externe factoren, omdat de herhalingsgraad nauwelijks toeneemt bij patienten met een lagere sociale status,
- dat ook de gegevens van andere tandartsen tijdens het onderzoek geevalueerd werden op basis van dezelfde herhalingsgraad; nochtans overschreed de overgrote meerderheid van de tandartsen de 10% niet

Zoals hiervoor reeds werd uiteengezet, moet aangetoond worden of er een inbreuk is gepleegd op artikel 73bis van de gecoördineerde ZIV-wet, en meer bepaald moet aangetoond worden dat verweerder overbodige verstrekkingen heeft aangerekend.

De Kamer van eerste aanleg is van oordeel dat de door eiser gehanteerde herhalingsgraad hiertoe niet volstaat.

De herhalingsgraad kan enkel gebruikt worden als knipperlicht om aldus een schifting te maken tussen de tandartsen wier praktijk nader dient te worden onderzocht, en welke tandartsenpraktijken geen verder onderzoek behoeven.

Doch, om vervolgens werkelijk na te gaan of er sprake is van een inbreuk op de ziektereglementering omdat er overbodige verstrekkingen zouden zijn aangerekend, dient alsnog rekening te worden gehouden met de indicatoren zoals aangegeven door de voormelde wetenschappers, met name dat er slechts sprake is van 'faling' wanneer een zelfde behandeling (een zelfde aangerekend nomenclatuurnummer) op dezelfde tand binnen het jaar dient te worden herhaald. Bovendien dient op basis van de patientendossiers nog te worden nagegaan of deze herbehandeling al dan niet het gevolg is van patientgerelateerde factoren, dan wel van het slecht uitvoeren van de behandeling door de tandarts.

De ten laste gelegde verstrekkingen hebben betrekking op de periode van slechts zes maanden, met name van 1 oktober 2011 tot en met 31 maart 2012. Uit de gegevens van de verzekeringsinstellingen blijkt dat verweerder in deze periode 1 528 verstrekkingen heeft aangerekend waarvan er volgens de knipperlichtindicator 225 vermoedelijk ten onrechte zouden zijn aangerekend. Met een onderzoek van een beperkt aantal patientendossiers zou hierover derhalve gemakkelijk uitsluitel kunnen zijn.

gegeven.

Nu eiser nagelaten heeft te onderzoeken of er in de praktijk van verweerder een werkelijk faalpercentage (herhaling van een zelfde ingreep (vulling/opbouw) bij een zelfde patient op eenzelfde tand binnen het jaar) van meer dan 10 percent bestond op basis van de indicatoren vastgesteld door de geraadpleegde wetenschappers, is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat eiser niet heeft aangetoond dat verweerder ten onrechte overbodige verstrekkingen zou hebben aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering

De vordering van eiser is derhalve ongegrond

Eiser dient het door verweerder betaalde bedrag van € 10 344,45 (€ 8 844,45 + € 1.500) integraal aan hem terug te betalen

Alle andere middelen zijn ter zake niet dienend

\*  
\*       \*

**OM DEZE 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, doch ongegrond.

Zegt voor recht dat eiser het bedrag van € 10 344,45 dient terug te betalen aan verweerder.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 17 maart 2016 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 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-voorzitter, en dokter Jacky DE PIERRE en dokter Viviane VAN ELSHOCHT, stemgerechtigde leden voorgedragen door de verzekerings-instellingen, alsmede de heer Guido VANBELLE en de heer Frank HERREBOUT, stemgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve organisaties van de tandheekkundigen

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