

Rep. Nr. 14/17

\*

AR. NB-026-04  
E/XXXX

\*

Tegensprekelijke  
eindbeslissing van 23 mei  
2017

\*

Beroep tegen de  
beslissing van het Comité  
van 25 juni 2004

\*

VAN RECHTSWEGE  
UITVOERBAAR BIJ  
VOORRAAD  
NIETTEGENSTAANDE  
CASSATIEBEROEP

KAMER VAN BEROEP 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, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

---

### BESLISSING

In de zaak van mevrouw A , verpleegkundige, XXXX,

appellante, met als raadsman meester B *loco* meester C ., advocaat te XXXX

Tegen RIZIV - DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE, openbare instelling, met zetel te 1150 Brussel, Tervurenlaan 211,

geintimeerde, voor wie zijn verschenen, mevrouw D , verpleegkundige-controleur en mevrouw E , juriste, ambtenaren bij geintimeerde

\*

\* \*

Op de openbare terechtzitting van 10 april 2017 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

\*

\* \*

## Retroacten

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- de beslissing van het Comité van 25 juni 2004, ter kennisgeving aangeboden aan betrokkene op 3 augustus 2004,
- de beroepsakte van appellante van 3 september 2004, ontvangen bij de griffie op 5 september 2004,
- de conclusies van geïntimeerde van 1 augustus 2006, neergelegd bij de griffie van de Kamer van beroep op 1 augustus 2006,
- de conclusies van appellante van 30 oktober 2006, ontvangen bij de griffie van de Kamer van beroep op 1 augustus 2006,
- de conclusie van appellante van 9 maart 2015, ontvangen bij de griffie van de Kamer van beroep op 13 maart 2015,
- de conclusies van geïntimeerde van 5 mei 2015, neergelegd bij de griffie van de Kamer van beroep op 5 mei 2015,
- de syntheseconclusie van appellante van 4 oktober 2016, ontvangen bij de griffie van de Kamer van beroep op 6 oktober 2016,
- het verzoek tot vaststelling van rechtsdag van geïntimeerde van 7 oktober 2016, neergelegd bij de griffie van de Kamer van beroep op 7 oktober 2016,
- de vaststelling van rechtsdag op 10 april 2017

Zijn verschenen op de openbare terechtzitting van 10 april 2017:

- Meester B namens appellante,
- De heer F. , echtgenoot van appellante,
- Mevrouw D... en mevrouw E namens geïntimeerde

De debatten worden gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 15 mei 2017, eerste nuttige zitting van de Kamer van beroep. Op deze datum werd de zaak verdaagd naar de zitting van vandaag, ingevolge verder beraad.

\*  
\*       \*

### 1. Voorwerp van de oorspronkelijke vordering

Aan appellante werden in het proces-verbaal van vaststelling van 26 juni 2001 de volgende inbreuken ten laste gelegd:

1. Het aanrekenen van verstrekkingen die niet beantwoorden aan de reglementaire bepalingen:

1.1 Het aanrekenen van verstrekkingen bij ontbreken van een verpleegdossier conform de bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (N.G.V. - bijlage bij KB van 14/9/84) artikel 8, § 4, 2°

NGV, artikel 8, § 1

NGV, artikel 8, § 3 *Er zijn geen honoraria verschuldigd*

*5° wanneer het bijhouden van het in § 4, 2°, vermeld verpleegdossier onvolledig gebeurt*

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

*1° De in rubriek I, A van § 1, 1°, 2°, 3° en 4° vermelde basisverstrekkingen omvat*

- de globale observatie van de rechthebbende,
- de planning en evaluatie van de verzorging,
- de gezondheidsbegeleiding van de rechthebbende en zijn omgeving,
- het opmaken en bijhouden van een volledig verpleegdossier,
- de verplaatsingskosten, uitgezonderd de bijkomende verplaatsingskosten, kosten in de plattelandstreken, behalve voor de basisverstrekkingen, bedoeld in rubriek I, A van § 1, 3° en 4°

*2° Bovenvermeld 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),
- de identificatiegegevens van de voorschrijver,
- de planning en evaluatie van de verzorging,
- alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend werden,
- de identificatie van de verpleegkundigen die deze verzorging hebben verleend

*De opmaak van het verpleegdossier is niet gebonden aan vormvereisten (mag eventueel een geautomatiseerd bestand zijn)*

*Onverminderd de bewaringstermijnen die door andere wetgevingen zijn opgelegd, moet het verpleegdossier gedurende tenminste vijf jaar worden bewaard*

*Indien het verpleegdossier van eenzelfde rechthebbende door verschillende verpleegkundigen samen wordt bijgehouden, is elke verpleegkundige verantwoordelijk voor het bijhouden van de elementen uit het dossier die verband houden met de door hem verleende verzorging ( )*

NGV, artikel 8, § 5 *Nadere bepalingen inzake de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° 3° lid b)*

*3° De forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° mogen slechts worden aangerekend mits aan volgende voorwaarden wordt voldaan de verpleegkundige houdt een dossier bij dat voldoet aan de bepalingen van § 4, 2°,"*

*De ten onrechte uitgave bedraagt in totaal 67 490,43 euro voor 10 378 verstrekkingen*

1.2 Aanrekenen van verpleegkundige verstrekkingen op naam van mevrouw G. , RIZIV nr XXXX niettegenstaande niet is voldaan aan de vergoedingsvoorwaarden. Mevrouw A was niet in het bezit van een schriftelijke lastgeving om op naam van G . verstrekkingen aan te rekenen.

Inbreuk tegen § 10 van artikel 9 ter 1 ste en 3 de alinea van het koninklijk besluit

*“Door de ondertekening onderaan de globale getuigschriften voor verstrekte hulp, vervat in de bijlage 46 en 51 verklaart de ondertekenaar die ofwel een geneesheer moet zijn ofwel een verstrekker die deel uitmaakt van het beroep waartoe de geattesteerde verstrekkingen behoren, dat hij beschikt over documenten waaruit blijkt dat de verstrekkingen zijn verricht door de praktizerende wiens naam naast elke verstrekking is vermeld ”*

*“ Het in het eerst en tweede lid bedoelde procédé mag alleen maar worden aangewend op voorwaarde dat er tussen de ondertekenaar en elke betrokken praktizerende een schriftelijke lastgeving bestaat luidens welke de praktizerende (de lastgever) aan de ondertekenaar (de lasthebber), die aanvaardt, de volmacht verleent om, onder zijn handtekening, de door hem verleende zorgen aan te rekenen aan de ziekte –en invaliditeitsverzekering ”*

De ten onrechte uitgave bedraagt 17 893,87 euro voor 2393 verstrekkingen

1.3 Het aanrekenen van nomenclatuurnummers voor verstrekkingen waar geen geldig voorschrift voorhanden is NGV , Artikel 8, § 1 en § 2

425014 Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag . W 0,879

425036 Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag W 0,879

425154 – Wondzorg

- Stomazorg (o a tracheo-, colo-, ileo-, cysto-, gastro- en ureterostoma . W 1,459

425412 Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag . W 1,206

425434 Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag W 1,206

425552 – Wondzorg

- Stomazorg (o a tracheo-, colo-, ileo-, cysto-, gastro- en ureterostoma W 2,189

“§ 2 Nadere bepalingen betreffende het voorschrift

Volgende verstrekkingen worden slechts vergoed indien ze door een

Geneesheer zijn voorgeschreven

- de technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3° en 4°, behalve de verstrekkingen 425110, 425515, 425913 en 426311,

- de specifieke verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2° en 3° "

- de verstrekkingen inzake verpleegkundige verzorging die worden verricht in het raam van een van de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° met uitzondering van de hygienische verzorging "

"Dat voorschrift vermeldt de aard, het aantal en de frequentie van de te verlenen verstrekkingen. Het moet de nodige gegevens bevatten om de aangerekende verzorging te kunnen identificeren, en mag zich derhalve niet beperken tot een loutere vermelding van het betrokken nomenclatuurnummer

Voorschriften inzake toedienen van geneesmiddelen en medicamenteuze oplossingen moeten bovendien de aard en de dosis van de toe te dienen producten vermelden

Voorschriften inzake toedienen van enterale en parenterale voeding of inzake toedienen van perfusies moeten bovendien het debiet en de hoeveelheid per 24 uur vermelden

Het onrechte aangerekende bedrag bedraagt 6 479,32 euro

14 Aanrekenen van het nomenclatuurnummer tweede basisverstrekking zonder vermelding van de medische indicatie

NGV, Artikel 8, § 1 en § 4,

425036 Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag W 0,879

425434 Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag W 1,206

§ 4, 5° De verzorging mag door de verpleegkundige enkel over verschillende verzorgingszittingen gespreid worden om medische redenen, vermeld op het voorschrift "

De onterechte uitgave bedraagt in totaal 2 884,86 euro. Daarvan werd 2 809,15 euro reeds ten laste gelegd onder tenlastelegging 1.3, blijft dus nog over 75,71 euro

2 Het aanrekenen van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd  
Gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 14/07/94 - Artikel 53

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

*Verstrekkingen opgenomen in de artikel 35, §1, bedoelde nomenclatuur worden vermeld met hun rangnummer in de genoemde nomenclatuur,( )*

*NGV , Afdeling 4, artikel 8, § 1*

*425014 Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag W 0,879*

*425110 Hygienische verzorging (toiletten) W 1,184*

*425412 Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag W 1,206*

*425515 Hygienische verzorging (toiletten) . W 1,779*

De ten onrechte uitgave voort het totaal van niet uitgevoerde verstrekkingen bedraagt 965,45 euro voor 240 verstrekkingen

3 Het aanrekenen van verstrekkingen uitgevoerd door niet bevoegde personen nl onderhouds/keukenpersoneel

*NGV, artikel 8, § 1 en § 11*

*§ 11 De verpleegkundige mag geen getuigschrift voor verstrekte hulp opmaken en evenmin ondertekenen als de verstrekkingen zijn verricht door een persoon die niet bevoegd is om ze aan te rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, en die geheel of gedeeltelijk in de plaats treedt van de verpleegkundige, zelfs als deze aanwezig is*

*Bijstand van een derde mag enkel worden ingeroepen indien de toestand van de patient hulp vergt gedurende de uitvoering van de verstrekking "*

Het totaal van ten onrechte aangerekende verstrekkingen bedraagt 184,09 euro voor 60 verstrekkingen bij één verzekerde

4 Het aanrekenen van verstrekkingen met een te hoge sleutelletterwaarde

*NGV, artikel 8, § 1 en § 6 en § 10*

*§ 1 425412 Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag W 1,206*

*425515 Hygienische verzorging (toiletten) W 1,779*

*"§ 6 Nadere bepalingen inzake de toiletten (verstrekkingen 425110,*

425515, 425913 en 426311)

*“4° Voor de rechthebbende die afhankelijk zijn om zich te wassen (score) van minimum 2 voor het criterium “afhankelijkheid om zich te wassen” van de evaluatieschaal, vermeld in § 5, 1°) en zich te kleden (score van minimum 2 voor het criterium “afhankelijkheid om zich te kleden” van dezelfde evaluatieschaal), mogen maximum 3 toiletten per week worden aangerekend en mag geen toilet 425515 worden aangerekend worden aangerekend*

*behalve*

*-als de rechthebbenden scores van minimum 2 behalen voor de criteria “afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden” en een score van minimum 3 voor het criterium “afhankelijkheid wegens incontinentie” van de bedoelde evaluatieschaal, waarvoor één toilet per dag mag worden aangerekend,*

*-als de rechthebbenden scores van minimum 2 behalen voor de criteria “afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden” van de bedoelde evaluatieschaal en, op grond van een geneeskundig getuigschrift, door de behandelend geneesheer opgemaakt overeenkomstig het model dat op voorstel van de Overeenkomstencommissie is vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, kunnen worden beschouwd als gedesorienteerd in tijd en ruimte, waarvoor één toilet per dag mag worden aangerekend,*

*-als de rechthebbenden scores van minimum 4 behalen voor de criteria “afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden” van de bedoelde evaluatieschaal, waarvoor één toilet per dag mag worden aangerekend*

*5° Zelfs indien de hygienische verzorging door een geneesheer werd voorgeschreven, mag zij slechts aangerekend worden indien de verpleegkundige vaststelt dat de rechthebbende beantwoordt aan de voor de betrokken verstrekking vereiste graad van afhankelijkheid*

*“§ 10 Nadere bepalingen inzake de verstrekkingen bedoeld in § 1, 2°*

*1° De honoraria voor de verstrekkingen bedoeld in § 1, 2° mogen slechts worden aangerekend indien de toestand van de rechthebbende vereist dat de verzorging tijdens het weekeind of op een feestdag wordt verleend*

*Wanneer de verpleegkundige om persoonlijke redenen sommige verstrekkingen verleent op de dagen en uren die zijn vermeld onder 2°, zijn evenwel de in § 1, 1°, 3° of 4° vastgestelde honoraria verschuldigd*

*2° Het weekeind begint op zaterdag 0 uur, en duurt tot zondag 24 uur*

*De ten onrechte uitgave voor deze tenlastelegging bedraagt 802,93 euro*

## 2. De bestreden beslissing van het Comité

Het Comité nam op 25 juni 2004 haar beslissing waarbij tenlastelegging 1 en 2 weerhouden werden maar tenlastelegging 3 en 4 niet. Appellante moest de waarde van de weerhouden ten onrechte aangerekende prestaties terugbetalen, 74 045,46 euro en er werd een administratieve geldboete opgelegd van 1 402,12 euro met opschorting gedurende een periode van drie jaar.

## 3. Standpunt van de partijen

### Standpunt van de appellante

De appellante heeft nooit integraal de gelden ontvangen waarvan haar nu ten onrechte terugbetaling wordt gevraagd. Zij hield één dossier per patiënte bij die zij tijdens de controle heeft voorgelegd. Er bestaat een overeenkomst tussen de H en Mevrouw I (lees G), die op 21 juni 2004 per fax en per drager werd overgemaakt aan het Comité, waarbij alle administratie aangaande de derdebetalersregeling van de verzorging tussen de zorgverstreker en de mutualiteiten wordt verzorgd door de H.

De uit te voeren behandelingen (dagelijks toilet) werden door de geneesheren voorgeschreven of uitgevoerd op vraag van de patiënt. Er kwam geen reactie van de ziekenfondsen. Zij twijfelt aan de objectiviteit van de afgelegde verklaringen en de gebruikte methoden.

Er werden geen medische prestaties uitgevoerd door niet bevoegde personen zoals onderhouds- en keukenpersoneel. De facturatie geschiedde via een aangekocht facturatiesysteem.

### Standpunt van verweerder

De geïntimeerde weerlegt in besluiten de grieven van de appellante en vordert het beroep van de appellante ontvankelijk doch ongegrond te verklaren, en te bevestigen dat de inbreuken bewezen zijn, de terugbetaling te bevelen van een bedrag van 74 046,46 euro en een administratieve geldboete op te leggen van € 1 405,12 met opschorting gedurende een periode van 3 jaar. In de laatste conclusie (5 mei 2015) dringt de geïntimeerde niet meer aan op een administratieve geldboete. De tenlasteleggingen 3 en 4 werden niet weerhouden zodat het hoger beroep dienaangaande zonder voorwerp is.

\*  
\*      \*

#### 4 Beoordeling

Het hoger beroep ingesteld voor wat betreft de tenlastelegging 3 en 4 is zonder voorwerp daar deze tenlasteleggingen niet werden weerhouden en er evenmin incidenteel beroep wordt aangetekend door de geïntimeerde. Bovendien heeft de appellante geen belang om hoger beroep in te stellen voor deze niet weerhouden tenlasteleggingen.

Het hoger beroep werd, voor het overige, tijdig en regelmatig naar de vorm ingesteld. De ontvankelijkheid ervan wordt bovendien ook niet betwist door de geïntimeerde. Het hoger beroep komt ontvankelijk voor.

Ingevolge het hoger beroep ingesteld door de appellante wordt haar zaak volledig opnieuw onderzocht en behandeld door de Kamer van beroep.

De beslissing van deze kamer komt in de plaats van die van het Comité, ongeacht of zij het beroep inwilligt dan wel verwerpt. De grieven die de appellante nadien in besluiten uit tegen de beslissing van het Comité gelden niet voor de procedure in graad van beroep. De appellante heeft immers voldoende mogelijkheden gehad om haar recht op verdediging te voeren, had recht op een eerlijk proces, in een openbare terechtzitting, heeft kunnen repliceren op het standpunt van de geïntimeerde in een tegensprekelijke procedure en d.m. De huidige beslissing wordt voldoende gemotiveerd hoewel de vorige dit ook reeds was, de grond van de zaak werd opnieuw behandeld. De appellante werd gehoord en bijgestaan door een advocaat, ook ter gelegenheid van haar verschijnen voor de auditeurs, kon kennis nemen van het auditeursverslag, kon zich vergewissen van de correctheid van het verslag en heeft nu wel ruimschoots de gelegenheid gehad om er op te repliceren en aan te duiden waarom zij het er niet mee eens was.

Het Comité heeft de toen bestaande wetgeving (artikel 141, § 5 gecoördineerde wet) nauwlettend gerespecteerd. De appellante, haar raadsman en haar echtgenoot hadden de mogelijkheid om rechtstreeks en persoonlijk hun verhaal te doen voor de 2 auditeurs (1 vertegenwoordiger van de beroepsorganisatie van de betrokken dienstverlener en 1 van de verzekeringsinstellingen). De beslissing van het Comité geschiedde op basis van alle elementen van het dossier. De verslagen van de hoorzittingen van het Comité zijn openbaar en worden op verzoek van de betrokkene of haar raadsman toegezonden.

### Nopens de administratieve geldboete

Ingevolge het verstrijken van de termijn dient en kan er geen administratieve geldboete meer opgelegd worden aan de appellante. De geïntimeerde is het hiermee trouwens eens daar zij zelf vraagt om niet langer een administratieve geldboete op te leggen. Het bestreden vonnis dient op dit punt dan ook gewijzigd. Er dient dan ook niet meer ingegaan op de uitvoerige argumentatie van de appellante in ondergeschikte orde m.b.t. retroactiviteit van de strafwet en de mildere strafwet. Het hoger beroep komt in die mate gegrond voor.

### Nopens de vennootschap H

Vooreerst haalt de appellante aan dat zij niet samen met de vennootschap waarvan zij zaakvoerder is aansprakelijk kan gesteld worden voor de integrale terugbetaling van de ten onrechte aangerekende prestaties.

De appellante kan niet gevolgd worden in deze redenering gezien zij de zorgverlener is en blijft in de zin van artikel 2, n) van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en dit ook blijft wanneer zij optreedt in hoedanigheid van zaakvoerder van een vennootschap.

De vennootschapswetgeving doet geen afbreuk aan de sanctionering van de zorgverstrekkers in het kader van de zopas vermelde ZIV-wetgeving en de terugbetaling van de ten onrechte ontvangen gelden die daaruit voortvloeit.

Volgens de gegevens van het dossier was het wel degelijk de appellante die als zaakvoerder (samen met haar echtgenoot) instond voor de gehele administratie en facturatie van heel de zaak die de aanleiding was tot het aanrekenen aan het stelsel van de ziekteverzekering van verstrekkingen van haar en haar medewerkster die niet aanrekenbaar waren (zie infra). Zij diende ok de Katz-schalen op te stellen.

De Kamer van Beroep verwijst naar de overwegingen van het arrest van de Raad van State d.d. 19 februari 2004, nr. 128.290, ([www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be)), waarin een zelfde problematiek aan bod kwam. De appellante is als zorgverlener gehouden tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende bedragen.

Volledigheidshalve dient aangehaald dat de vennootschap in kwestie nooit in het geding werd betrokken, noch in eerste aanleg noch in graad van hoger beroep. De appellante had de mogelijkheid, indien zij dit nuttig achtte, om deze vennootschap in het geding te

betrekken desgevallend om haar te vrijwaren of in gemeenverklaring. Dit is niet de taak van de geïntimeerde die zich kan beroepen op de wet (zie hoger)

Volgens de nota voor het Comité G E C nr. 2004/04 werd vanaf de opening van de Serviceflats "XXXX" in XXXX de verpleegkundige zorgen uitgegeven aan een groep verpleegkundigen. Pas vanaf 1995 heeft de appellante de verpleging in de serviceflats overgenomen. Zij heeft dus de inkomsten geïnd daar de feiten dateren vanaf 1999. Wanneer zij verkiest te werken met een vennootschap om bepaalde redenen (bv fiscaal), kan zij thans niet met succes voorhouden dat de ten onrechte uitbetaalde aanrekeningen niet integraal van haar mogen teruggevraagd worden omdat zij werkingskosten had van de vennootschap.

#### Nopens de verjaring

De feiten dateren van de periode van 1 juni 1999 tot 31 mei 2000 zoals blijkt uit de stukken van deze zaak. Het proces-verbaal van vaststelling werd opgemaakt op 26 februari 2001 en betekend op 29 juni 2001 dus binnen de wettelijke termijn van 2 jaar voorzien in artikel 174, 10° van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zodat er geen sprake kan zijn van de verjaring van de feiten. Het proces-verbaal werd aangetekend verstuurd aan de appellante.

De feiten werden dan ook rechtsgeldig opgenomen in dit proces-verbaal van vaststelling. De feiten werden ook binnen de wettelijke termijn vastgesteld. Anders dan de appellante voorhoudt verjaren de feiten, die, zoals in casu, tijdig werden opgenomen in de proces-verbaal, niet meer conform artikel 174, 10° van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Er dient dan ook geen stuiting meer te gebeuren, tweejaarlijks, per aangetekend schrijven.

Deze feiten werden voorgelegd aan het Comité, die reeds uitspraak deed op 25 juni 2004 (en de verjaring terecht niet weerhield), en nadien aan de Kamer van beroep zodat ze niet verjaard zijn. In artikel 174 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, werd niet bepaald dat de termijn van 2 jaar ook geldt voor het aanhangig maken van de zaak bij het Comité van de DGEC. De appellante werd tijdig per aangetekend schrijven opgeroepen voor het Comité en kon zich ruimschoots verdedigen, nadat zij via haar toenmalige raadsman haar verweermiddelen reeds op 12 maart 2004 had medegedeeld aan de DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE VAN HET RIZIV.

De vordering tot terugbetaling is evenmin verjaard.

De verjaring loopt niet tijdens de procedure voor het Comité en de Kamer van Beroep. De vordering tot terugbetaling werd tijdig ingesteld en is niet verjaard. Er dient rekening gehouden met het derde lid van artikel 174 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (zoals van toepassing tot 10 april 2012). Tot de wijziging van artikel 174, vierde lid van de hogervermelde wet bij Wet van 29 maart 2012 (artikel 42, 2° Wet van 29 maart 2012, B.S. 30 maart 2012, ed. 3) kon de verjaring van 2 jaar op basis van deze bepaling en haar voorganger (artikel 174, derde lid) pas ingaan na de definitieve beslissing van de Kamer van Beroep. De feiten waren op het ogenblik van de voorlegging nog niet verjaard, zoals hoger reeds overwogen, zodat niet kan ingegaan worden op de door de appellante ingeroepen verjaring van de vordering tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende prestaties. Bovendien is er sprake van bekentenissen vanwege de appellante m.b.t. bepaalde feiten en tenlasteleggingen. Een bekentenis komt in aanmerking zowel voor het bewijs van rechtshandelingen als voor het bewijs van materiele feiten en stuit de verjaring.

De beslissing van het administratief rechtscollege moet echter nog binnen een redelijke termijn worden genomen, daar de overschrijding van deze termijn het verval van de administratieve geldboete tot gevolg heeft maar niet het verval van de vordering tot terugbetaling, die geen sanctie inhoudt, maar een herstelmaatregel zoals reeds herhaaldelijk geoordeeld door de Raad van State. De Kamer van beroep meent dat het onderzoek grondig en volledig (tal van processen-verbaal van verhoor, horen van getuige Dr. J.) werd gevoerd (de appellante heeft trouwens bepaalde feiten toegegeven) zodat het verstrijken van de termijn geen impact meer had op de bewijslevering. Er dient aangestipt dat de tenlasteleggingen ook gesteund zijn op de eigen verklaringen van de appellante die ze toegaf. Verder onderzoek en bewijsvoering was dan ook niet nodig gezien dit feit. Er werd ook geen verder bewijsvoering gevorderd door de appellante. Het verstrijken van tijd heeft in casu geen invloed gehad op de bewijslevering.

Het Comité trad ook op als bestuursorgaan en niet als een administratief rechtscollege (RvS, 7<sup>de</sup> K.) 29 oktober 2007, nr. 176 303, VAN DEUN). De appellante heeft een eerlijk proces, met alles wat er bij hoort, gehad zodat zij niet met kans op succes artikel 6 EVRM kan inroepen.

Nopens de eerste tenlastelegging het aanrekenen van verstrekkingen die niet beantwoorden aan de reglementaire bepalingen

- 1.1 Het aanrekenen van verstrekkingen bij het ontbreken van een verpleegdossier

Uit de stukken van het dossier blijkt dat er verstrekkingen werden aangerekend hoewel het verpleegdossier van de patient dat diende bijgehouden conform met de bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (N.G.V.- bijlage bij KB van 14 9 84) artikel 8, § 4, 2°, ontbrak. De Kamer van beroep verwijst naar de toe te passen wetgeving (hoger vermeld) en naar de verklaring van de appellante van 26 oktober 2000 waarin zij zulks toegaf. Een medicatiefiche of een medisch dossier volstaat niet. De appellante verklaarde zelf niet op de hoogte te zijn dat zij een verpleegdossier diende bij te houden. Dat er geen verpleegdossier was werd eveneens bevestigd door haar echtgenoot, Dhr F. ., verantwoordelijke voor de administratie en door verpleegster G.

Er kan dan ook geen geloof gehecht worden aan het huidig standpunt van de appellante dat er wel een verpleegdossier was en dat die werd voorgelegd tijdens de controle. Niet alle elementen vermeld in artikel 8 § 4, 2° waren aanwezig bij de medische fiche die zij wel bijhield. Essentiele stukken zoals planning en evaluatie van de patient, globale observatie van de patient, kopie van voorschriften ontbraken. De wettelijke minimumvereisten waren duidelijk niet vervuld.

Deze tenlastelegging komt dan ook duidelijk bewezen voor. Er werd voor alle 21 verzekerden in de periode van 1 juni 1999 tot 30/04/2000 in het totaal € 67 490,43 (= 2 722 557 BEF) ten onrechte uitgekeerd voor totaal 10 378 verstrekkingen. Deze tenlastelegging overlapt ook andere vaststellingen.

#### 1.2. Het ontbreken van een schriftelijke lastgeving om op naam van G. verstrekkingen aan te rekenen

De appellante verwijst hiervoor naar artikel 10 van de overeenkomst afgesloten tussen haar vennootschap en Mevrouw G. Zelf verklaarde zij dat haar man zich bezig houdt met de facturatie, dat zij de codes nooit controleert. Haar echtgenoot verklaart "dat er een contract is met Mevrouw G. als zelfstandige. Ik zal u een fotokopie toesturen. In dit contract wordt niet gesproken over de facturatie, of een volmacht. Er bestaat geen geschreven papier waarop staat dat mijn vrouw voor Mevrouw G. mag factureren."

In de loop van de procedure wordt er op deze verklaring teruggekomen nadat hogervermelde overeenkomst met verpleegster G. aan het RIZIV, DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE VAN HET RIZIV, werd overgemaakt door Mter K. op 21 juni 2004.

De zelfstandige verpleegster ondertekende de overeenkomst wat haar akkoord ermee impliceert. Artikel 10 vermeldt dat alle administratie omvattende de derde betalingsregeling van de verzorging tussen de zorgverstrekker en de mutualiteiten wordt verzekerd door H. Deze administratie omvat het opstellen van

honorariumstaten op basis van de "getuigschriften voor verstrekte hulp" opgemaakt door de zorgenverstrekker, het opstellen der honorariumstaten voor de mutualiteiten, het beheer der doktersvoorschriften en andere documenten

Naar mening van deze Kamer van beroep houdt deze overeenkomst een schriftelijke lastgeving in om op naam van G verstrekkingen aan te rekenen

Deze tenlastelegging komt derhalve niet bewezen voor Aangezien het bedrag van 721.837 BEF reeds inbegrepen zit in het teruggevorderd bedrag van de 1<sup>ste</sup> tenlastelegging heeft dit geen gevolg op gebied van de terugbetaling

- 1 3 Het aanrekenen van nomenclatuurnummers voor verstrekkingen waar geen geldig voorschrift voorhanden is

Uit de stukken blijkt dat het in de weerhouden gevallen gaat om onvolledige voorschriften De voorschriften, die vermelden "1 verzorging 's avonds", bevatten geen informatie over wat de term "verzorging" inhield.

Ook deze tenlastelegging komt bewezen voor en werd terecht weerhouden door het Comité In het totaal werd een bedrag van € 6 479,32 ten onrechte geattesteerd door de appellante

- 1 4 Het aanrekenen van het nomenclatuurnummer tweede basisverstrekking zonder vermelding van de medische indicatie

De Kamer van beroep verwijst naar NGV, Artikel 8, § 1 en § 4, m b t, de tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag en § 4, 5° De verzorging mag door de verpleegkundige enkel over verschillende verzorgingszittingen gespreid worden om medische redenen, vermeld op het voorschrift

De voorschriften vermelden niet de medische indicatie die het spreiden van de verstrekkingen toelaat De onterechte uitgave bedraagt in totaal 2 884,86 euro Daarvan werd 2 809,15 euro reeds ten laste gelegd onder tenlastelegging sub 1 3 hierboven, blijft dus nog over 75,71 euro

Nopens de tweede tenlastelegging . het aanrekenen van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd

Uit de verklaringen van de patiënten blijkt overduidelijk dat de toiletten niet werden uitgevoerd voor de weerhouden gevallen

De appellante kan zich niet verschuilen achter voorschriften afgeleverd door behandelende geneesheren wanneer duidelijk blijkt dat deze niet met de werkelijkheid of de RIZIV-reglementering overeenstemmen, of onvolledig zijn De afhankelijkheidsscores dienen immers opgemaakt door de verpleegkundige zelf.

Evenmin kan zij toiletten aanrekenen aan het RIZIV omdat de patiënten dit vroegen om hygienische redenen

De ziekenfondsen controleren de aanvragen niet ter plaatse, maar zuiver administratief De verantwoordelijkheid ligt bij de verpleegster Ziekenfondsen kunnen trouwens niet weten dat de verpleegster "over"-evalueert De evaluatie dient correct te gebeuren door de dienstverlener

Dat er wanpraktijken en kruisverhoren werden gedaan komt niet bewezen voor De onderzoekers zijn opgeleid voor hun taak en doen dit met omzichtigheid en de nodige objectiviteit Zij nemen hiervoor ook de nodige tijd en vragen nadien om de verklaring te ondertekenen

Aangezien de verklaringen van de patiënten duidelijk zijn, - zelfs wanneer het gaat om oude of zeer oude personen, die slechtziend zijn e d m (zie verklaring Dr J..) -, staat niet vast dat de appellante de aangerekende prestaties ook geleverd heeft, wel integendeel. Bovendien geldt het proces-verbaal van de inspecteurs en controleurs tot bewijs van het tegendeel (zie artikel 169 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994) Het is immers de appellante die moet aantonen dat zij de aangerekende prestaties effectief leverde in strijd met de verklaringen van de patiënten, hetgeen hier niet het geval is

Deze tenlastelegging komt bewezen voor

De Kamer van beroep stelt, met het Comité, vast dat de appellante geen voldoende kennis had van de vigerende reglementaire bepalingen, zelfs niet van deze die tot haar specifiek beroepsdomein behoorde

Ingevolge de weerhouden feiten en inbreuken dient de appellante de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen terug te betalen aan het RIZIV, zoals trouwens terecht door het Comité beslist

\*  
\*       \*  
\*

OM DIE REDENEN,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk, behalve wat betreft de 3<sup>de</sup> en de 4<sup>de</sup> tenlastelegging

Verklaart het hoger beroep enkel gegrond in de volgende mate

Vernietigt de beslissing van het Comité van 25 juni 2004 waar er een administratieve geldboete werd opgelegd aan de appellante en waar de tenlastelegging sub 1 2 werd weerhouden.

En opnieuw wijzende, zegt voor recht dat er een schriftelijke lastgeving aanwezig was om op naam van G verstrekkingen aan te rekenen

Bevestigt voor het overige de bestreden beslissing en wijst het meer gevorderde af als ongegrond

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 23 mei 2017 van de Kamer van beroep 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

- De heer Jan Vilain, magistraat, stemgerechtigd Voorzitter van de Kamer van beroep,
- Mevrouw Sonja Boelens, griffier van de Kamer van beroep

Volgen de handtekeningen

De griffier,

De Voorzitter,

S BOELENS

J VILAIN

De Kamer van beroep 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 de heer Jan Vilain, magistraat-voorzitter, dokter André Tielens en dokter Eva Traey, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede mevrouw Mimount El Abboudi en de heer Freddy Raymackers, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve organisatie van de verpleegkundigen

De Kamer van beroep werd bijgestaan door mevrouw Sonja Boelens, griffier in de Kamer van beroep