

**BESLISSING VAN DE LEIDEND AMBTENAAR VAN DE DIENST VOOR  
GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE VAN HET RIZIV**

**Inzake : Dr. A...,  
Internist  
N 2010/78**

-----

**Beslissing uitgesproken krachtens artikel 143, §§ 1, 2 en 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.**

Gelet op het onderzoek naar de realiteit en conformiteit van de verstrekkingen die dokter A... aan de verplichte ziekteverzekering heeft aangerekend of laten aanrekenen.

Gelet op de resultaten van dat onderzoek die zijn gebundeld in het dossier N2010/78 en door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd.

Gelet op het proces-verbaal van vaststelling dd. 4 december 2009, opgesteld lastens dokter A..., ter kennis gegeven met een aangetekende brief van 7 december 2009.

Gelet op diezelfde aangetekende brief waarin dokter A... gevraagd werd zijn schriftelijke verweermiddelen binnen een termijn van twee maanden toe te zenden;

Gelet op de afwezigheid van enig schriftelijk verweer van of namens dokter A...;

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 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);

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

**TENLASTELEGGINGEN**

Twee inbreuken werden geformuleerd (zie in detail de voornoemde synthesesnota) tegen dr. A..., in afsluiting van het onderzoek gevoerd door de inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV.

Samengevat wordt de zorgverlener ten laste gelegd :

Dokter A... rekent ten onrechte ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verstrekkingen aan die niet in overeenstemming zijn met de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of haar uitvoeringsbesluiten.

Het betreft verstrekkingen verleend tussen 23/10/2007 en 3/03/2009 (prestatiedata), en vanaf 1/1/2008 (geen verjaring) werden ingediend bij de verzekeringsinstellingen.

### **Tenlastelegging 1 :**

**Verstrekkingen code 471564 (\*\* Exsufflatie van spontane pneumothorax door voortdurende aspiratie, inclusief radioscopisch onderzoek bij het plaatsen van de drain K40) werden ten onrechte in rekening gebracht daar ze niet beantwoorden aan de omschrijving ervan in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen. Tijdens de duur van dezelfde thoraxexsufflatie kan code 471564 slechts één keer worden geattesteerd, met name bij het plaatsen van de drain.**

Dit is een inbreuk op :

NGV Artikel 20. par.lb.  
471564

De onderzoeksperiode loopt van 23/10/2007 en 03/03/2009 (prestatiedata).

Het heeft betrekking op 15 x code 471564 bij 3 verzekerden voor een bedrag van € 718,90. Dit bedrag werd reeds volledig terugbetaald.

### **Tenlastelegging 2**

**Verstrekking code 476265 K 40 (Monitoring Holter) wordt ten onrechte meer dan éénmaal geattesteerd voor een continue electrocardiografische analyse. Deze continue electrocardiografische analyse mag slechts éénmaal worden aangerekend voor eenzelfde monitoring die langer dan 24 uur duurt.**

Dit is een inbreuk op :

Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen: bijlage bij het KB van 14/9/1984 en latere wijzigingen, Artikel 20 e)

476254-476265

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20 § 1 e) van de nomenclatuur van de geneeskundige INTERPRETATIEREGEL 1

De onderzoeksperiode loopt van 23/10/2007 en 03/03/2009 (prestatiedata).

Het heeft betrekking op 94 x code 476265 bij 24 verzekerden voor een bedrag van € 4.080,34. Dit bedrag werd reeds volledig terugbetaald.

### **BESLISSING**

De tenlasteleggingen, de motivering in rechte en in feite, de verklaringen van de zorgverlener, en de synoptische tabel, zijn opgenomen in de de synthesenota die ter kennis werd gegeven aan dokter A...; synthesenota die deel uitmaakt van het dossier dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd en waartoe dokter A... inzage werd verleend. Het is naar deze nota en naar dit neergelegde dossier dat verwezen wordt in deze beslissing.

Krachtens artikel 169 van de wet betreffende de verplichte verzekering van geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, stellen de inspecteurs en de controleurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, die naar aanleiding van hun controleopdracht, overtredingen van de wets- en verordeningsbepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging of de uitkeringsverzekering vaststellen, processen-verbaal op, die **bewijskrachtig** zijn behoudens tegenbewijs. De bewijswaarde van deze processen-verbaal wordt soeverein beoordeeld door de Leidend ambtenaar.

### **Nopens tenlastelegging 1**

De exsufflatie van een spontane pneumothorax door voortdurende aspiratie kan met code 471564 slechts één keer worden geattesteerd, met name bij het plaatsen van de drain en het installeren van de exsufflatie op dag één.

Voor de er op volgende dagen dat verder wordt geaspireerd en waarbij de drain ter plaatse wordt gelaten is code 471564 niet opnieuw aanrekenbaar.

De nomenclatuur legt inzake het attesteren bij de behandeling van eenzelfde pneumothorax d.m.v. exsufflatie een beperking op, zijnde eenmaal code 471516-471520/K30 voor de eerste exsufflatie, driemaal code 471531-471542/K15 voor de 3 volgende exsufflaties, met een maximum van in totaal exsufflaties.

Opteert men voor de voortdurende exsufflatie (voortdurend en aanhoudend, waarbij de drain ter plaatse wordt gelaten, zelfs meerdere dagen) dan is deze éénmaal met code 471564 aanrekenbaar n.a.v. het plaatsen van de drain en het installeren van de exsufflatie.

Voor de verdere follow-up van de exsufflatie is voor opgenomen verzekerden een toezichtshonorarium voorzien.

Deze tenlastelegging kwam in het onderzoek van 2003 niet voor. Volgens de profielen van 2002 werd code 471564 (voortdurende aspiratie) slechts 4 keer in rekening gebracht en in 2003 slechts 1 keer.

Volgens de profielen van 2007 en 2008 resp. 23 en 18 keer.

Dit stijgend aantal vindt zijn verklaring in het feit dat niet alleen op dag 1 maar ook op al

de volgende dagen deze verstrekking ten onrechte wordt aangerekend.

In de huidige tenlastelegging gaat het om 15 verstrekkingen bij slechts 3 verzekerden (code 471564 werd in de nageziene periode in totaal 18 keer geattesteerd).

In deze nageziene periode zijn geen verzekerden terug te vinden waar deze verstrekking slechts éénmaal werd geattesteerd.

In de periode van 23/10/2007 en 03/03/2009 werden aldus 15 x code 471564 bij 3 verzekerden voor een bedrag van € 718,90 ten onrechte aangerekend. Dit bedrag werd reeds volledig terugbetaald.

### **Nopens tenlastelegging 2**

Verstrekking code 476265 K 40 (Monitoring Holter) mag slechts éénmaal worden aangerekend voor eenzelfde monitoring die langer dan 24 uur duurt.

Op de prestatiebladen duidt dokter A... meerdere dagen na mekaar deze verstrekking aan. De ten laste gelegde verstrekkingen 476265 zijn op het prestatieblad 'verblijvende patiënten' manueel aangeduid d.m.v. prestatiecode en aantal. Behalve code 476265 op dag 1 zijn al de volgende ten onrechte geattesteerd.

Zoals hoger vermeld werd deze inbreuk reeds ten laste gelegd in een pro-justitia van 6/10/2003 en meegedeeld in een waarschuwingsbrief verstuurd op 1/03/2004. Hij voerde hiervoor een vrijwillige terugbetaling uit.

Dokter A... werd op die manier destijds voldoende geïnformeerd aangaande de exacte draagwijdte van deze regelgeving inzake verstrekkingen 476265 (Holtermonitoring).

Desalniettemin treft men deze foutieve aanrekening een 5-tal jaar later opnieuw 94 keer aan.

Volledigheidshalve vermeldt men dat het aantal codes 475265 dat werd geattesteerd in de loop der jaren gedaald is: 2002 -> 281 keer, 2003 -> 385 keer, 2007 -> 47 keer, 2008 -> 118 keer.

In onderzoeksperiode van 23/10/2007 en 03/03/2009 werden 94 x code 476265 bij 24 verzekerden voor een bedrag van € 4.080,34 ten onrechte aangerekend. Dit bedrag werd reeds volledig terugbetaald.

\*  
\*   \*   \*

De bepalingen van de nomenclatuur zijn van openbare orde en moeten dus strikt toegepast worden, zonder enige toevoeging of weglating, gesteund op een eigen persoonlijke interpretatie, omwille van zogenaamde billijkheidsgronden, sociale overwegingen en/of het belang en comfort van de patiënt (cf. een noot onder het arrest van het Arbeidshof te Bergen dd. 13 december 1995, gepubliceerd in het Informatieblad van het RIZIV 1996/3 blz. 365 e.v.)

Gelet op wat voorafgaat, moet de leidend ambtenaar vaststellen dat de weerhouden feiten inbreuken uitmaken op de voornoemde artikelen van de bijlage van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en op artikel 53 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Bovendien zijn de antecedenten te vermelden lastens dokter A... :

*Zie onderzoeks dossier E/XXXX.*

*Het betrof 406 verstrekkingen 476265 (Holtermonitoring) die ten onrechte werden geattesteerd wegens niet conformiteit met de NGV.*

*Dit werd ten laste gelegd in een pro-justitia van 6/10/2003.*

*Er werd destijds een WT gerealiseerd van € 18.177,32.*

*Er werd toen ook een waarschuwingsbrief verstuurd op 1/03/2004.*

*Dokter A... werd op die manier voldoende geïnformeerd aangaande de exacte draagwijdte van de regelgeving inzake verstrekkingen 476265 (Holtermonitoring).*

In het huidig onderzoek echter worden dezelfde inbreuken (Holtermonitoring) opnieuw 94 keer weerhouden (zie Tenlastelegging 2).

Dokter A... heeft hiervoor nu een totale WT van € 4080,34 verricht.

De huidige tenlastelegging 1 (exsufflatie) kwam tijdens het vorige onderzoek niet voor.

## **SANCTIEMAATREGELEN**

De betrokken zorgverlener is als individuele zorgverlener steeds verantwoordelijk voor de verstrekkingen die hij heeft aangerekend aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De leidend ambtenaar benadrukt dat een zorgverlener altijd strafbaar is wanneer hijzelf zich niet gedraagt of voegt naar de wettelijke en reglementaire bepalingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Bedrieglijk opzet is niet vereist in het administratief recht opdat zou kunnen gesanctioneerd worden. Een administratieve geldboete kan zelfs worden opgelegd in geval van louter administratieve vergissing, onachtzaamheid, slordigheid of onwetendheid.

De leidend ambtenaar wijst er op dat goede trouw en/of de onwetendheid van een zorgverlener, de toepassing van een sanctie niet uitsluit. Van iedere zorgverlener wordt verwacht dat hij voldoende kennis heeft van de vigerende bepalingen. Vooral van de nomenclatuurcodes die specifiek tot het beroepsdomein van de zorgverlener behoren.

Het niet conform de reglementering aanrekenen van verstrekkingen is een inbreuk, die geenszins getolereerd kan worden en een administratieve sanctie bij toepassing van artikel 141, § 5, 4<sup>e</sup> lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 rechtvaardigt.

Bij het bepalen van de sanctiemaat wordt rekening gehouden met de voornoemde antecedenten van dokter A..., binnen de dienst.

### **OM DEZE REDENEN,**

Gelet op de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en meer in het bijzonder op art. 73, bis 2°.

De leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, na inzage van het dossier.

Beslist dat de tenlastelegging bewezen zijn en weerhoudt deze.

Veroordeelt dokter A... bijgevolg tot de terugbetaling van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, nl **€ 4.799,24**.

Stelt vast dat deze som reeds eerder vrijwillig terugbetaald werd.

Beslist dokter A... een effectieve administratieve geldboete van **€ 2.399,62** (50 %) op te leggen.

Het bedrag van **€ 2.399,62** moet worden betaald door overschrijving op het rekeningnummer 679-0019779-88 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 3 februari 2011

De leidend ambtenaar,

Dr. B. HEPP

Geneesheer-directeur-generaal