

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

Betreft: - **Mevrouw A...**
Verpleegkundige
XXXX
RR-nr: XXXX
RIZIV-nr.: XXXX

- **B...**
XXXX
Ondernemingsnummer XXXX

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

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

gelet op het proces-verbaal van vaststelling van 09/08/2018, opgesteld lastens mevrouw A..., ter kennis gegeven aan mevrouw A... en B... met de aangetekende brieven van 16/08/2020;

gelet op de ter post aangetekende brieven van 19/06/2020 waarin de synthesenota aan mevrouw A... en B... ter kennis werd gegeven, waarin zij werden verzocht zich schriftelijk te verantwoorden;

gelet op de artikelen 73bis, 142, 143, 156,157 en 164 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

GEFORMULEERDE TENLASTELEGGINGEN

Mevrouw A... heeft in de periode van 01/10/2015 tot 29/06/2017 volgende inbreuken begaan op de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering:

TENLASTELEGGING 1

Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd.

Het betreft 31 verstrekkingen (verpleegconsult) geattesteerd bij 22 verzekerden in de periode van 03/06/2016 tot 25/01/2017 (invoerdatum VI van 01/07/2016 tot 03/03/2017) voor een bedrag van € 773,26.

Wettelijke basis

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

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:

*1° reglementaire documenten voorzien in deze wet of de uitvoeringsbesluiten ervan op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de **verstrekkingen niet werden verleend** of afgeleverd;*

Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

"Art. 8. § 1 1°

"K.B. 15.12.2008" (in werking 1.2.2009)

"VII : **Verpleegkundig consult**

429015 Verpleegkundig consult in de thuisverpleging

W 5,555 "

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012)

"§ 4bis Nadere bepalingen inzake de verstrekkingen in rubriek VII van § 1, 1° :

De verstrekking 429015 omvat de bepaling van de verpleegkundige gezondheidsproblemen van de patiënt en het formuleren van de zorgdoelen in overleg met de patiënt of zijn onmiddellijke omgeving. De verpleegkundige gezondheidsproblemen en de zorgdoelen worden opgenomen in een verslag dat bij het verpleegdossier wordt gevoegd."

"K.B. 27.3.2012" (in werking 1.6.2012) + "K.B. 22.11.2013" (in werking 1.1.2014)

"Op vraag van de behandelende geneesheer bezorgt de beoefenaar van de verpleegkunde hem een kopie van het verslag van dit verpleegkundig consult."

Ten laste gelegd:

Er werden bij 22 verzekerden 31 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 773,26 euro. Dit bedrag werd niet terugbetaald.

NGV code	Aantal	Bedrag
4290154	31	773,26

TENLASTELEGGING 2

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, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet.

Het betreft 1971 verstrekkingen (zonder pseudocodenummers) geattesteerd bij 14 verzekerden in de periode van 01/10/2015 tot 29/06/2017 (invoerdatum VI van 02/11/2015 tot 03/07/2017) voor een bedrag van € 10.683,39 (na toepassing van de verschilregel bij TLL 2.1)

Voor één verzekerde (mevr. C...) werden verstrekkingen ten laste gelegd in zowel TLL 2.1 als TLL2.2, maar zijn er geen overlappingsen.

Wettelijke basis

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994

Art. 73 bis:

"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, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet;"

TLL 2.1. De afhankelijkheidscriteria werden overschat.

Door het te hoog evalueren van de fysieke afhankelijkheidstoestand van verzekerden werden ten onrechte te hoge forfaitaire honoraria of een te hoge frequentie van toiletten aangerekend.

Het betreft 375 verstrekkingen (zonder pseudocodenummers) geattesteerd bij 2 verzekerden in de periode van 04/03/2016 tot 29/06/2017 (invoerdatum VI 01/04/2016 tot 03/07/2017) voor een bedrag van € 3404,29 na toepassing van de verschilregel.

Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

"Art. 8. § 5

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 12.9.2001" (in werking 1.10.2001)

"§ 5. Nadere bepalingen inzake de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°:"

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + Erratum B.S. 17.11.2004

1° De fysieke afhankelijkheidstoestand, bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°, wordt geëvalueerd op basis van de hierna vermelde evaluatieschaal :

a) Zich wassen :

- (1) Kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp;*
- (2) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel;*
- (3) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel;*
- (4) Moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel.*

b) Zich kleden:

- (1) Kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp;*
- (2) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters);*
- (3) Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel;*
- (4) Moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel.*

c) Transfer en verplaatsingen:

- (1) Is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden;*
- (2) Is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel, ...);*
- (3) Heeft volstreekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen;*
- (4) Is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen. "*

"K.B. 25.10.2006" (in werking 1.1.2007)

d) Toiletbezoek

- (1) Kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen;*
- (2) Heeft hulp nodig voor één van de drie items : zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen;*
- (3) Heeft hulp nodig voor twee van de drie items : zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen;*
- (4) Heeft hulp nodig voor de drie items : zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen"*

"K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) + Erratum B.S. 17.11.2004

e) Continentie :

- (1) Is continent voor urine en faeces;
- (2) Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars);
- (3) Is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces;
- (4) Is incontinent voor urine en faeces.

f) Eten :

- (1) Kan alleen eten en drinken;
- (2) Heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken;
- (3) Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken;
- (4) De patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken."

"Art. 8. § 1.

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"1° . Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende.

I. Verpleegkundige verzorgingszitting.

K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997)

"II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005) +
"K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)

425272 Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :

- afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en
- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4) W 3,825 "

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)

425294 Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :

- afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en
- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek (score 3 of 4), en
- afhankelijkheid wegens het criterium continentie en/of het criterium eten (score 3 of 4) W 7,371

"2° Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekeind of op een feestdag.

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + Erratum B.S. 9.3.2005

II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten."

K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)

425670 Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :

- afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en
- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4) W 5,71 "

425692 Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :

- afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en
- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek (score 3 of 4), en
- afhankelijkheid wegens het criterium continentie en/of het criterium eten (score 3 of 4) W 10,944

Ten laste gelegd

Er werden bij twee verzekerden 375 verstrekkingen aangerekend voor een bedrag van 3404,29 euro na toepassing van de verschilregel. Dit werd niet terugbetaald.

Aangerekend			Aanrekenbaar			Verschil ten laste gelegd
NGV code	Aantal	Bedrag	NGV code I	aantal	Bedrag	
425294	26	777,69	425014	26	77,39	597,46
			425110	26	102,84	
425692	12	532,66	425412	12	48,9	412,58
			425515	12	71,18	
425272	221	2842,94	425014	221	653,42	1321,33
			425110	221	868,28	
425670	116	2228,52	425412	116	470,76	1072,92
			425515	116	684,84	
Totalen	375	6381,9			2977,61	3404,29

TLL 2.2 : De opgevraagde verpleegdossiers bevatten niet de minimale inhoud.

Het betreft 1596 verstrekkingen (zonder pseudocodenummers) geattesteerd bij 14 verzekerden in de periode van 01/10/2015 tot 23/05/2017 (invoerdatum VI 02/11/2015 tot 02/06/2017) voor een bedrag van € 7.279,1.

Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 8 van de NGV:

"§ 3 Er zijn geen honoraria verschuldigd :

"5° wanneer het verpleegdossier, vermeld in dit artikel, niet bestaat of indien de minimale inhoud, omschreven in § 4, 2° van dit artikel, niet vermeld is in dat dossier."

"§ 4. Nadere bepalingen inzake de in rubriek I van § 1, 1°, 2°, 3° en 4° bedoelde verstrekkingen :

§ 4 1°1° De in rubriek I, A van § 1, 1°, 2°, 3° en 4° vermelde basisverstrekking 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 in de plattelandsstreken, behalve voor de basisverstrekkingen, bedoeld in rubriek I, A van § 1, 3° en 4°."

§4 "2° De minimale inhoud van het 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), voor zover de nomenclatuur zulks vereist;
 - de identificatiegegevens van de voorschrijver, voor zover de nomenclatuur zulks vereist;
 - alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend worden;
 - de identificatie van de verpleegkundigen die deze verzorging hebben verleend;
 - de vermelding inzake continentie bedoeld in § 6, 4°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist.
- Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging technische verstrekkingen, omschreven in rubriek I, B, van § 1, 1°, 2°, 3° en 4° van dit artikel, omvat, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in het eerste lid van deze bepaling ook :*
- de planning van de verzorging;

- de evaluatie van de verzorging.

De relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het vorige lid moeten minimaal om de twee maanden worden opgenomen in het verpleegdossier.....

Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging complexe wondzorg, omschreven in § 8, 1° van dit artikel, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten, omschreven in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook :

- het specifiek wondzorgdossier bedoeld in § 8, 5°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist.

Voor de in het vierde lid bedoelde gevallen, moeten in afwijking van het derde lid, de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal om de twee weken worden opgenomen in het verpleegdossier.

Indien de verpleegkundige verzorging verleend aan de rechthebbende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen, omschreven in rubriek III van § 1, 1°, 2° en 3° van dit artikel, of specifieke wondzorg, omschreven in § 8, 1° van dit artikel, of andere verstrekkingen, omschreven in § 1, 1° V, VI en VII en § 1, 2°, V en VI, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten, omschreven in rubriek IV van § 1, 1° en 2° van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook :

- de specifieke elementen voor deze verstrekkingen die bepaald zijn in dit artikel.

Voor de in het zesde lid bedoelde gevallen en met uitzondering van de verstrekkingen in § 1, 1°, VI en VII en § 1, 2°, VI, moeten in afwijking van het derde lid, de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal wekelijks worden opgenomen in het verpleegdossier.

Voor deze paragraaf is een week een periode van maandag 0 uur tot zondag 24 uur.

De planning en evaluatie van de verzorging dient inhoudelijk te beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd.

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 ten minste vijf jaar worden bewaard.

Richtlijn van 23 mei 2011 van het Verzekeringscomité
(Omzendbrief aan de verpleegkundigen 2012/1)

Schema van de minimale inhoud

Minimale inhoud	Verstrekkingen type 1: Nomenclatuur per akte (behoudens verstrekkingen ressorterend onder een ander type) + T2 en T7	Verstrekkingen type 2: Forfaitaire verstrekkingen en complexe wondzorg	Verstrekkingen type 3: Palliatieve verstrekkingen, STVV's, verpleegkundig consult, diabetesverstrekkingen, specifieke wondzorg
Niveau 1	- ID rechthebbende - ID verpleegkundige - Verleende verstrekkingen - Evaluatieschaal indien vereist - Voorschrift indien vereist - ID voorschrijver indien vereist	- I- ID rechthebbende - ID verpleegkundige - Verleende verstrekkingen - Evaluatieschaal indien vereist - Voorschrift indien vereist - ID voorschrijver indien vereist	- ID rechthebbende - ID verpleegkundige - Verleende verstrekkingen - Evaluatieschaal indien vereist - Voorschrift indien vereist - ID voorschrijver indien vereist
Niveau 2 Planning en	- Planning - Evaluatie Minimaal om de twee	- Planning - Evaluatie Minimaal om de twee	- Planning - Evaluatie Minimaal wekelijks moeten de

evaluatie	maanden moeten de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld worden	weken moeten de relevante elementen van planning en evaluatie vermeld worden.	relevante elementen van planning en evaluatie vermeld worden. (deze frequentie geldt niet voor consults en diabetesverstrekkingen aangezien die éénmalig worden verleend of een verslag of een verpleegplan omvatten).
-----------	--	--	---

§5-3° vermeld in verband met forfaitaire honoraria:

"b) de verpleegkundige houdt een dossier bij dat voldoet aan de bepalingen van § 4, 2° ;"

5bis. Nadere bijkomende bepalingen inzake de honoraria bedoeld in rubriek IV en V van § 1, 1° en 2° :

5° De forfaitaire en supplementaire honoraria bedoeld in rubrieken IV en V van § 1, 1° en 2° mogen slechts worden aangerekend op voorwaarde dat de verpleegkundige :

"c) het verpleegdossier bedoeld in § 4, 2°, inzonderheid met volgende gegevens aanvult :

- symptoomregistratie;
- pijnschaal;
- contacten met de familie van de patiënt;
- resultaat van coördinatievergaderingen."

§8-5° vermeld in verband met complexe wondzorg:

"K.B. 11.6.2003" (in werking 1.7.2003)

De verstrekkingen 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675 en 424830 kunnen slechts worden aangerekend op voorwaarde dat een specifiek wondzorgdossier wordt opgemaakt en bijgehouden. Dit dossier maakt integrerend deel uit van het verpleegdossier bedoeld in § 4,

2°. Het dient inhoudelijk te beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel

van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen verzekeringstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd.

Richtlijnen betreffende de wondzorg

1. Richtlijnen betreffende de inhoud van het verpleegkundig dossier inzake de complexe en specifieke wondzorg.

Dit dossier maakt integraal deel uit van het verpleegdossier en bevat de verpleegkundige anamnese, de klinische beoordeling van de verpleegkundige (verpleegkundige diagnoses), het verzorgingsplan (verpleegkundige interventies) en de evaluatie van de resultaten.

• De verpleegkundige anamnese bevat de volgende elementen:

- o Datum van de verpleegkundige anamnese
- o Identificatiegegevens van de patiënt
 - o Huisarts: identificatiegegevens
 - o Geneesheer-specialist : identificatiegegevens
 - o Vaste verpleegkundige : identificatiegegevens
 - o Referentieverpleegkundige inzake wondzorg : identificatiegegevens
 - o Medische of heelkundige antecedenten die een invloed kunnen hebben op de wonde, indien er medische gegevens hierover beschikbaar zijn.
 - o Allergieën :
 - huid
 - geneesmiddelen: als er medische gegevens hierover beschikbaar zijn (naam van de arts en datum waarop de gegevens werden overgemaakt)
 - voeding
 - o Beïnvloedende factoren of potentieel beïnvloedend :
 - voedingstoestand
 - hydratatiestoestand
 - van medische oorsprong (bijvoorbeeld: hartinsufficiëntie, arteritis, ...)
 - o van therapeutische oorsprong (bijvoorbeeld: anti-ontstekings- en anti-infectieuze geneesmiddelen, chemotherapie, ...)
 - verlies van mobiliteit
 - andere (te specificeren)
 - o Gezinstoestand
 - Alleenstaande
 - Leeft in een gezin
 - o Contactperso(ou)nen voor de patiënt : identificatiegegevens

De klinische beoordeling (verpleegkundige diagnoses) omvat de volgende elementen :

• **Beschrijving van de wonde(n)**

- o aantal wonde(n)
- o lokalisatie van de wond(en)
- o oorsprong van de wonde(n) en de datum dat ze zijn verschenen
- o type wonde(n)
 - wonde(n) met drain met/zonder aspiratie
 - wonde(n) met wick en/of irrigatie
 - wonde(n) met stift of uitwendige fixateur
 - twee of meer eenvoudige wonden
 - tweede- of derdegraadsbrandwonde(n), ulcus/ ulcera, ent(en), doorligwonde(n) met een oppervlakte van minder dan 60 cm²
 - stoma(ta) na colostomie, gastrostomie, ileostomie, cystostomie, ureterostomie of tracheostomie
 - tweede- of derdegraadsbrandwonde(n) of ent(en) met een oppervlakte van 60 cm² of meer
 - ulcus of ulcera met een oppervlakte van 60 cm² of meer
 - diepe doorligwonde(n) die de pezen en de beenderen aantasten
 - het debrideren van doorligwonde(n)

• **Evaluatie van de wonde(n)**

- o afmetingen (diepte, breedte, lengte)
- o stadium van de wondheling (roze, rood, geel, zwart)
- o exsudaat (0, +, ++, +++)
- o wondranden
- o pijn (acuut of chronisch)
 - **Het verzorgingsplan omvat :**
 - **De planning van de verpleegkundige interventies**
 - **De lokale behandeling van de wonde(n)**

- o aard
- o frequentie
- o spreiding van de verzorging over de dag
- o reiniging van de wonde en gebruikte producten
- o afdekking van de wonde
- o fixatiemiddelen
- o compressiemiddelen

• **De evaluatie van het resultaat van de behandeling**

Rechtvaardiging van de vraag voor advies van een referentieverpleegkundige (indien van toepassing, ttz. enkel bij specifieke wonden)

Het verslag van het bezoek door de referentieverpleegkundige (indien van toepassing, ttz. enkel bij specifieke wonden). Dit verslag omvat minstens :

- o De beschrijving van de wonde
- o De evaluatie van de wonde en van de huidige

lijst van de tenlastegelegde nomenclatuurcodes

"AFDELING 4. -

"Art. 8. § 1.

"1° . Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende.

I. Verpleegkundige verzorgingszitting.

A. Basisverstrekking.

425014 Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag W 0,879

425036 Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag W 0,879

B. Technische verpleegkundige verstrekkingen."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)

" 425110 Hygiënische verzorging (toiletten) W 1,167 "

" 423076 Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toedieningsweg W 0,484 "

" 423091 Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane, hypodermale of intraveneuze toedieningsweg in verschillende injectieplaatsen W 0,508 "

" 424314 In het kader van compressietherapie : aanbrengen van bandage(s), compressieverband(en) W 0,484 "

" 424336 Eenvoudige wondzorg met uitzondering van de verstrekkingen die vallen onder de codenummers 424255, 424270, 424292, 424314 en 424933 W 1,459 "

" 424351 Complexe wondzorg W 1,759 "

"II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten."

" 425272 Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende

wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :

- afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en
- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4)

W 3,825 "

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)

"2° Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens het weekend of op een feestdag.

I. Verpleegkundige verzorgingszitting.

A. Basisverstrekking."

" 425412 Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag W 1,206

425434 Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag W 1,206

425456 Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag W 1,206 "

"B. Technische verpleegkundige verstrekkingen."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 17.9.2005" (in werking 1.10.2005)

" 425515 Hygiënische verzorging (toiletten) W 1,754 "

" 423275 Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane of hypodermale toedieningsweg W 0,730 "

" 423290 Toedienen van geneesmiddelen langs intramusculaire, subcutane, hypodermale of intraveneuze toedieningsweg in verschillende injectieplaatsen W 0,766 "

" 424476 In het kader van compressietherapie : aanbrengen van bandage(s), compressieverband(en) W 0,730 "

" 424491 Eenvoudige wondzorg met uitzondering van de verstrekkingen die vallen onder de codenummers 424410, 424432, 424454, 424476 en 424955 W 2,189 "

" 424513 Complexe wondzorg W 2,562 "

"II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten."

"K.B. 20.12.2004" (in werking 1.6.1997) + "K.B. 13.10.2004" (in werking 1.1.2005)

" 425670 Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :

W 5,710

- afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4), en

- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en/of het criterium toiletbezoek (score 3 of 4).

Ten laste gelegd

Er werden bij 14 verzekerden 1596 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 7279,1 euro. Er werd niets terugbetaald.

Code NGV	Aantal	Bedrag
423076	11	16,29
423091	3	6,87
423275	9	18,73
423290	1	3,46
424314	1	1,64
424336	40	194,4
424351	345	1994,6
424476	1	2,47
424491	21	154,77
424513	146	1229,25
425014	392	1166,82
425036	91	269,28
425110	219	679,42
425272	8	102,72
425412	172	703,94
425434	28	113,43

425456	1	0,02
425515	104	563,48
425670	3	57,51
Totaal	1596	7279,1

Voor de tenlasteleggingen bedraagt het totale bedrag van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen 11.456,65, waarvan niets werd terugbetaald.

VERWEER

Met de aangetekende brieven van 19/06/2020 werd de synthesenota aan mevrouw A... en B... ter kennis gegeven en werd gevraagd hun schriftelijke verweermiddelen mee te delen.

Er werd hieraan geen gevolg gegeven. Er werden geen schriftelijke verweermiddelen namens mevrouw A... en B... ontvangen.

BEOORDELING

A. Algemeen

Het dossier werd behoorlijk ingezien en onderzocht.

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

De Leidend ambtenaar beoordeelt soeverein de bewijswaarde en de bewijskracht van alle gegevens die hem worden voorgelegd. De processen-verbaal, bedoeld in artikel 66 SSW en artikel 142, § 2, *in fine* Gvu-wet, zijn bewijskrachtig tot het bewijs van tegendeel. 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.

De bepalingen van de nomenclatuur zijn van openbare orde en moeten dus strikt toegepast worden. Dat wil zeggen 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.).

B. De persoonlijke verantwoordelijkheid van de zorgverlener

De Gvu-wet en haar uitvoeringsbesluiten beteugelen "het niet naleven van de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen" door de "zorgverleners".

De zorgverlener in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dient minstens te voldoen aan de dubbele voorwaarde van (1) diploma/erkenning en (2) RIZIV-nummer.

Het verzorgen van verzekerden (door het verkrijgen van een RIZIV-nummer) leidt ertoe dat de zorgverleners betrokken worden bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering waardoor zij geacht worden hun medewerking te verlenen aan een openbare dienst. Als zodanig hebben zij ook verplichtingen na te leven (zie RvS 4 december 1970, nr. 14.385 (Liesbet)). Als de zorgverlener deze verplichtingen niet naleeft, kunnen een aantal sancties worden opgelegd. Deze sancties vinden hun grondslag in de verstoring van de goede verstrekking van de verplichte verzekering (zie Grondwettelijk Hof, arrest nr. 26/2002 van 30 januari 2002¹).

Mevrouw A..., met RIZIV-nummer XXXX, is als zorgverlener dus betrokken bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering en dient in deze hoedanigheid de verplichtingen, opgelegd door de GvU-wet en haar uitvoeringsbesluiten, na te leven.

Bij gebeurlijke inbreuken op deze verplichtingen is mevrouw A... dan ook persoonlijk, in haar hoedanigheid van zorgverlener en medewerker van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, degene die hiervoor de verantwoordelijkheid draagt.

C. Betreffende B..., KBO-nummer XXXX

De ten onrechte aangerekende verstrekkingen werden geïnd door de B...

Artikel 164, tweede lid GvU-wet dat stelt dat, indien een rechtspersoon de prestaties voor eigen rekening heeft geïnd, deze samen met de zorgverlener hoofdelijk aansprakelijk is voor de terugbetaling ervan, staat hieraan niet in de weg, nu verweerster ook een zorgverlener is in de zin van GvU-wet. (cfr. RvS 19 februari 2004, nr. 128.290² en RvS 19 februari 2004, nr. 128.291³)

Mevrouw A... en B... zijn samen hoofdelijk gehouden tot de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen (11.456,65 euro) .

D. Betreffende de tenlasteleggingen

Mevrouw A... en B... werden gevraagd hun schriftelijke verweermiddelen mee te delen. Er werden echter geen schriftelijke verweermiddelen namens hen ontvangen.

De Dienst verwijst naar de synthesesnota, waar de tenlasteleggingen uitgebreid worden besproken.

Betreffende tenlastelegging 1:

Mevrouw A... verklaarde op 09/05/2018:

“U vraagt naar de verpleegconsulten die ik aangerekend heb. Bij Vp+ hebben ze mij gezegd dat ik dat moest doen, dat ik 1 x/jaar per patiënt een verpleegconsult moest aanrekenen.

U vraagt naar het verslag. Ik heb geen weet dat er een verslag moest zijn. Ik heb enkel, 1 x/jaar, met telefonische begeleiding van Vp+ in het programma op VPC geklikt, of zo.

¹ <http://www.const-court.be/public/n/2002/2002-026n.pdf>

² <http://www.raadvanstate.be/Arresten/128000/200/128290.pdf>

³ <http://www.raadvanstate.be/Arresten/128000/200/128291.pdf>

Ik had begrepen dat dat gewoon op basis van de Katz-schaal was. Ik was eens naar een vergadering geweest waar ik ervan gehoord had, dat ik recht had om dat 1 x/jaar aan te rekenen.

Ze hebben toen, en ook niet tijdens de telefonische begeleiding, niet gezegd dat er voorwaarden, bijkomende bepalingen aan verbonden waren. Ik heb enkel de aanrekening gedaan, ik heb nooit iets anders ingevuld of aangemaakt. Ik bezit dus geen enkel verslag van een verpleegconsult.

U geeft een lijst met alle aangerekende verpleegconsulten 2016-2017 (bijlage 4) (1 & 2). U overhandigt mij een afgeprinte versie van de richtlijnen, op de website van het RIZIV te vinden, betreffende het verpleegconsult en het verslag van het verpleegconsult. U zegt dat ik mij degelijk dien te informeren als ik iets aanreken.

Ik heb de site van het RIZIV nooit geconsulteerd. Ik heb altijd vertrouwen gehad in de mensen die mij omringd hebben.”

Mevrouw A... verklaarde dat ze de verpleegkundige consulten nooit heeft opgesteld en niet op de hoogte te zijn dat een verslag een voorwaarde is voor het aanrekenen van een consult.

Deze verpleegkundige consulten zijn dan ook niet aanrekenbaar.

De tenlastelegging is bewezen en wordt weerhouden.

Betreffende tenlastelegging 2.1:

- Verzekerde C...

	aangevraagde scores om een forfait B aan te rekenen	aangevraagde scores om een forfait A aan te rekenen	Vastgestelde Scores
Wassen	4	4	4
Kleden	4	4	4
Verplaatsen	4	3	2
Toiletbezoek	3	2	1
Continentie	3	2	2
Eten	3	2	1
Resultaat	F B	F A	T7

Om een Forfait B aan te rekenen, is voor de rubriek wassen, kleden, verplaatsen en toiletbezoek een score 3 of 4 vereist alsook een score 3 of 4 voor het item continentie of eten.

Om een Forfait A aan te rekenen, is voor de rubriek wassen en kleden een score 3 of 4 vereist alsook een score 3 of 4 voor de rubriek verplaatsingen /transfer of toiletbezoek.

Transfer en verplaatsingen

Het criterium 'transfer' duidt op elke verandering van positie (van ligpositie naar rechtop staan, van zitpositie naar rechtop staan, van lig- naar zitpositie en vice versa).

Het criterium 'verplaatsingen' staat voor het gaan van één punt naar een ander.

Alle mobilisatie-beperkende middelen worden bij de evaluatie van dit criterium buiten beschouwing gelaten.

De richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal stellen:

3. Heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen

Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) De patiënt kan nooit 's ochtends opstaan en/of 's avonds neerliggen zonder de hulp van derden (van ligpositie naar rechtop staan of vice versa), en/of de patiënt kan nooit rechtop gaan staan of gaan zitten zonder de hulp van een derde (van de zitpositie naar rechtop staan of vice versa), en/of de patiënt kan nooit gaan zitten of neerliggen zonder de hulp van derden (van de ligpositie naar de zitpositie en vice versa), en/of

b) De patiënt heeft hulp van derden nodig voor elke verplaatsing.

4. Is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen

De patiënt die beschikt over een terugbetaalde elektronische rolwagen en die er het grootste deel van de dag gebruik van maakt, voor verplaatsingen zowel binnen- als buitenshuis, bekommt een score 4.

Het gaat om een patiënt die volledige, aangetoonde en definitieve moeilijkheden met verplaatsen heeft. Hij kan niet blijven rechtstaan of stappen. Een zelfstandige verplaatsing van de rolwagen naar een stoel, een zetel of een bed of omgekeerd is niet mogelijk zonder hulp van een derde persoon.

Uit de verklaring van verzekerde blijkt duidelijk dat zij geen hulp van derden nodig had om zich te verplaatsen. Mevrouw C... woonde alleen en verklaarde dat de verpleegster geen sleutel had van de woning. Zij hield zich binnenshuis vast aan de meubels om zich te verplaatsen, zelden maakte zij gebruik van haar krukken. Zij heeft een rollator, doch deze gebruikte ze enkel om naar de kelder van het appartementsgebouw te gaan.

Een score 2 kon worden toegekend voor dit item.

Toiletbezoek

Dit criterium drukt zowel het gebruik van de WC uit, als het gebruik van de toiletstoel die in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt staat.

Dit criterium is telkens een combinatie van 3 items: verplaatsen en zich kleden (broek laten zakken en terug optrekken en eventueel incontinentiemateriaal verwijderen en aanbrenge) en zich reinigen.

De richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal stellen:

3. Moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan en/of zich te kleden en/of zich te reinigen

De patiënt heeft hulp nodig voor twee van de drie items: verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen.

Mevrouw C... verklaarde dat zij een verhoogkussen voor het toilet heeft. Zij heeft zich steeds alleen kunnen behelpen om naar toilet te gaan, zich te reinigen en terug aan te kleden na het toiletbezoek.

Een score 1 kon worden toegekend voor dit item.

Continentie

De richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal stellen:

3. Is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces

Hier bestaan twee mogelijkheden:

- a) *De patiënt heeft voortdurend last van onvrijwillig urine- of faecesverlies of hij is slechts continent ten gevolge van mictietraining (minimum 4 keer overdag een geïndividualiseerde toiletbegeleiding met vermelding in het zorgplan, het verpleegkundig of het verzorgingsdossier) of catheterisatie door derden, of*
- b) *De patiënt vertoont een bestendig onaangepast gedrag bij het verwijderen van urine of faeces.*

Uit de verklaring van verzekerde blijkt dat zij preventief verbandjes draagt. Zij heeft last van urineverlies bij hoesten. Zij gaat wel frequent naar het toilet.

Accidenteel incontinentie verantwoordt enkel een score 2.

Een score 2 kon worden toegekend voor dit item.

Eten

De richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal stellen:

3. Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken

Hier bestaan twee mogelijkheden:

- a) *De patiënt heeft, minstens gedurende de ganse hoofdmaaltijd, gedeeltelijke hulp nodig van derden, of*
- b) *De patiënt krijgt een continue geïndividualiseerde (één persoon die zich gedurende de hele maaltijd voor maximum drie patiënten bekommert om het innemen van de maaltijd) stimulering (bijvoorbeeld vocaal) en continu actief toezicht bij het innemen van voedsel of drank.*

Mevrouw C... verklaarde dat zij nog zelf haar maaltijden konen kan bereiden en zelfstandig eten. De boodschappen worden nog steeds door haar dochter gedaan.

Een score 1 kon worden toegekend voor dit item.

Op basis van verklaring van verzekerde C... kan maximaal een dagelijks toilet worden aangerekend. Mevrouw C... verklaarde dat zij niet dagelijks werd gewassen door de verpleegkundige.

Zij had regelmatig wondverzorging aan het been en dan kwam de verpleegkundige wel dagelijks langs om dit te verzorgen. Haar been werd dan wel gewassen.

Gezien het niet is uit te maken hoe vaak en wanneer zij een toilet kreeg toegediend, wordt een dagelijks toilet aanvaard. In het verpleegdossiers staan deze gegevens ook niet vermeld. (Zie Tenlastelegging 2.2)

Er is geen in deze periode geen vermelding van de pseudocodes voor wondverzorging en dus kan hiermee geen rekening gehouden worden voor het berekenen van de verschilregel.

De periodes, dat zij wondverzorging kreeg, ging alles moeizamer, doch dit maakte geen verschil in de graad van hulpbehoefendheid.

Bij opname in de serviceflat werden door de verpleegkundigen die de zorgen van mevrouw A... overnamen de scores 4-4-2-2-2-2 ingediend. (Gegevens meegedeeld door de XXXX mutualiteit via mail dd. 18/04/2018.) Deze score geeft ook recht op een dagelijks toilet.

De onterechte uitgaven voor de ziekteverzekering bedragen € 999,1. Dit bedrag, na toepassing van de verschilregel, werd niet vrijwillig terugbetaald.

De overscore is bewezen en wordt weerhouden.

- Verzekerde F...

	aangevraagde scores om een forfait B aan te rekenen	aangevraagde scores om een forfait A aan te rekenen		Vastgestelde Scores
Wassen	4	4	4	4
Kleden	4	4	4	4
Verplaatsen	3	3	2	2
Toiletbezoek	3	2	3	1
Continentie	2	2	2	2
Eten	3	2	2	1
Resultaat	F B	F A		T7

Om een Forfait B aan te rekenen, is voor de rubriek wassen, kleden, verplaatsen en, toiletbezoek een score 3 of 4 vereist alsook een scoren 3 of 4 voor het item continentie of eten.

Om een Forfait A aan te rekenen, is voor de rubriek wassen en kleden een score 3 of 4 vereist alsook een score 3 of 4 voor de rubriek verplaatsingen /transfer of toiletbezoek.

Transfer en verplaatsingen

Het criterium 'transfer' duidt op elke verandering van positie (van ligpositie naar rechtop staan, van zitpositie naar rechtop staan, van lig- naar zitpositie en vice versa).

Het criterium 'verplaatsingen' staat voor het gaan van één punt naar een ander.

Alle mobilisatie-beperkende middelen worden bij de evaluatie van dit criterium buiten beschouwing gelaten.

De richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal stellen:

3. Heeft volstreekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen

Hier bestaan twee mogelijkheden:

a) *De patiënt kan nooit 's ochtends opstaan en/of 's avonds neerliggen zonder de hulp van derden (van ligpositie naar rechtop staan of vice versa), en/of de patiënt kan nooit rechtop gaan staan of gaan zitten zonder de hulp van een derde (van de zitpositie naar rechtop staan of vice versa), en/of de patiënt kan nooit gaan zitten of neerliggen zonder de hulp van derden (van de ligpositie naar de zitpositie en vice versa), en/of*

b) *De patiënt heeft hulp van derden nodig voor elke verplaatsing*

Uit de verklaring van verzekerde blijkt dat zij zelfstandig kon opstaan, zowel uit bed als van stoel/zetel. Zij verplaatst zich binnenshuis met behulp van een stok/rollator. Zij maakt gebruik van de stoeltjeslift om naar boven/beneden te gaan. Het gebruik van een hulpmiddel komt overeen met een score 2.

Uit navraag (telefonische vaststelling van 20/07/2018) bij de huisarts dr. D... lijkt dat deze dame betrouwbaar is in haar verklaring. Hij stelt dat deze dame binnenshuis steeds zonder hulp van derden kon opstaan en zich verplaatsen. Om zich buitenshuis te verplaatsen had zij wel begeleiding nodig.

De heer E..., behandelende kinesitherapeut van mevr. F... stelde (mail van 22/07/2018) eveneens dat deze dame zich steeds zonder hulp van derden kon verplaatsen. Zij is steeds de deur komen openen.

De heer E... was, in tegenstelling tot wat mevrouw A... verklaarde, niet in het bezit van een sleutel.

Mevrouw F... verklaarde dat ook de verpleegster geen sleutel had.

Mevrouw A... verklaarde dat zij mevrouw F... soms uit bed haalden.

Voor de volledige periode van aanrekening is een score 2 verantwoord en niet een score 3. Een score 3 is enkel verantwoord indien de patiënt NOOIT kan opstaan/gaan neerliggen zonder hulp van derden. Dit is hier duidelijk niet het geval.

Een score 2 kon worden toegekend voor dit item.

Toiletbezoek

Dit criterium drukt zowel het gebruik van de WC uit, als het gebruik van de toiletstoel die in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt staat.

Dit criterium is telkens een combinatie van 3 items: verplaatsen en zich kleden (broek laten zakken en terug optrekken en eventueel incontinentiemateriaal verwijderen en aanbrengen) en zich reinigen.

De richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal stellen:

3. Moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan en/of zich te kleden en/of zich te reinigen

De patiënt heeft hulp nodig voor twee van de drie items: verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen

Uit verklaring van verzekerde blijkt dat zij steeds zelfstandig naar het toilet kon gaan, zich reinigen en terug aankleden na toiletbezoek.

Een score 1 kon worden toegekend voor dit item.

Om een F B aan te kunnen aanrekenen, is naast een score 3 of 4 voor de rubriek wassen, kleden, transfers en toiletbezoek ook een score 3 of 4 vereist voor de rubriek "incontinentie of eten".

Mevrouw A... diende een score 2 in voor de rubriek incontinentie, wat correct is.

Uit de verklaring van verzekerde blijkt dat zij niet incontinent is voor urine of stoelgang. Zij staat zelfs 's nachts op om naar het toilet te gaan. Verzekerde verklaarde dat zij preventief wel een verbandje draagt.

Een score 2 kon worden toegekend voor dit item.

Eten

De richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal stellen:

3. Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken

Hier bestaan twee mogelijkheden:

- a) *De patiënt heeft, minstens gedurende de ganse hoofdmaaltijd, gedeeltelijke hulp nodig van derden, of*
- b) *De patiënt krijgt een continue geïndividualiseerde (één persoon die zich gedurende de hele maaltijd voor maximum drie patiënten bekommert om het innemen van de maaltijd) stimulering (bijvoorbeeld vocaal) en continu actief toezicht bij het innemen van voedsel of drank.*

Mevrouw F... verklaarde dat zij nog zelf haar maaltijden kookt en geen hulp nodig heeft tijdens het eten.

Een score 1 kon worden toegekend voor dit item.

Uit verklaring van verzekerde en de informatie van de huisarts dr. D... en de behandelende kinesitherapeut E... blijkt dat deze dame steeds zelfstandig zonder hulp van derden haar verplaatsingen kon doen.

Ook in de periodes dat er wondverzorging was, had dit geen invloed op de graad van hulpbehoefte.

Gezien zowel verzekerde zelf, als mevrouw A... verklaarde dat verzekerde niet incontinent is, is er dus minstens een score drie nodig voor het item eten om een FB aan te rekenen.

Deze dame maakt nog zelf haar maaltijden klaar. Zij woont alleen en heeft slechts 1 /week familiehulp.

De ingediende scores 3 voor verplaatsen, toiletbezoek en eten zijn scharnierpunten om dagelijks een forfait A of B aan te rekenen. Gezien al deze items overschoord zijn, kan op basis van de vastgestelde scores maximaal een dagelijks toilet worden

aangerekend gedurende de bovenvermelde periode.

Verweerders hebben geen schriftelijke verweer ingediend.

De overscoreningen zijn bewezen en worden weerhouden.

Betreffende tenlastelegging 2.2:

Mevrouw A... verklaarde op 09/05/2018:

"Het zijn wel mijn patiënten en ik ben verantwoordelijk voor de verpleegdossiers, voor de dagen dat ik de verzorging doe.

Care 4 nurse is oktober 2017 afgesloten, ik heb daar niet meer voor betaald. Ik heb niet aan Care 4 nurse gevraagd, toen niet en nu ook niet, of ik nog toegang heb tot de elektronische dossiers. U vraagt of ik de dossiers toen niet afgedrukt heb. Dat gaat niet. U zegt me dat dit wel een mogelijkheid is. Ik moet dat eens navragen. Meester G... zegt dat hij morgen per mail de aanvraag zal doen bij Care 4 nurse / Vp+.

Tijdens de facturatie met Care 4 nurse ik heb de dubbels, van de voorschriften, hier bewaard.

Tijdens de facturatie met infi-service : wij stuurden de volledige bundel met facturatiegegevens & voorschriften op. Nadien, na facturatie, kregen wij de volledige bundel terug, samen met de voorschriften."...

..." U vraagt naar de wondzorgdossiers van complexe wondzorg en de voorschriften.

Ik antwoord dat wij weinig complexe wondzorgen gedaan hebben, eens een been dat niet goed dicht ging, meer niet.

Het voorschrift heb ik in mijn bezit, het dossier → zie opmerking betreffende het dossier van Care 4 nurse.

U overhandigt mij een kopie van de lijst van de dossiers die u wenst te ontvangen (bijlage 5).

U vraagt of ik de wonde beschreven heb, ja wij deden dat op de achterkant van het voorschrift.

U vraagt naar de registratie van de evolutie van de wonde.

Ik wil even melden dat ik niet weet waarom bij sommige personen complexe wondzorg aangerekend is.

U vraagt naar de karakteristieken van een complexe wondzorg.

Dat is bij gangreen en bepaalde afmetingen.

U zegt dat dit bepalingen zijn van specifieke wondzorg.

U vraagt of ik ooit de roodheid, exsudaat, pijnbeschrijving genoteerd hebt.

Ik antwoord neen, ik heb de evolutie van een wonde nooit ingevuld in het elektronisch dossier, noch heb ik dit op papier gedaan. Ik wens toch nogmaals te verklaren dat wij eigenlijk nooit complexe wondes verzorgd hebben. Ik moet het bij Vp+ navragen, ik ben ervan overtuigd dat ik in het programma eenvoudige wonde heb aangeklikt.

U vraagt nogmaals om de voorschriften en de verpleegdossiers betreffende de lijst van bijlage 5 ter controle te bezorgen binnen de week. De volledige dossiers zoals beschreven in de nomenclatuur, wel enkel vanaf 01/01/2015."...

..."U vraagt of ik de patiënten evalueerde. Ja, ik noteerde hoe de patiënt was op de dag dat ik ze verzorgd heb. U vraagt of dit op papier was of elektronisch.

Ik antwoord dat dit zowel in de computer was als op papier.

U vraagt naar het papieren gedeelte van de op te vragen verpleegdossiers. Ik antwoord dat ik die niet wens te overhandigen. Ik zal ze overhandigen samen met de rest, als ik mij geïnformeerd heb bij Vp+

U zegt dat het verpleegdossier ter controle beschikbaar dient te zijn als het opgevraagd wordt, nu dus. U zegt dat het elektronisch gedeelte, gezien het 'oude' programma problematisch kan zijn maar dat het papieren gedeelte beschikbaar is. Ik antwoord dat ik het papieren gedeelte nu niet ga overhandigen, ik geef alles samen op een later tijdstip. U zegt dat de verpleegdossiers reeds onderwerp waren in een vorig onderzoekdossier.

Ik zeg dat ik alles binnen de week zal bezorgen. Meester G... zal ze opsturen.

U vraagt of ik van dhr. H... het papieren gedeelte wil tonen zonder te overhandigen, u ziet het voorschrift liggen op de vensterbank. Neen, ik wil dat het in orde is als ik het geef."...

Tijdens het verhoor van mevrouw A... werd haar herhaaldelijk gevraagd om aan de sociaal inspecteurs de verpleegdossiers te overhandigen.

Mevrouw A... stond erop om de dossiers later over te maken, als ze alles verzameld had en een volledig dossier kon overhandigen.

Gezien zij geen toegang meer had tot haar vorig facturatieprogramma en de firma moest contacteren voor de toegang tot haar dossiers, verklaarde zij aan de sociaal inspecteurs alle dossiers binnen de week te bezorgen.

Op 14/05/2018 stuurde meester G... aan de Dienst een mail met de melding dat zijn cliënte een afspraak had op 15/05/2018 met *VP plus* om de dossiers af te drukken.

Op 17/05/2018 mailde meester G... dat zijn cliënte de dossiers gerecupereerd had bij het facturatiebedrijf. Hij vroeg hem het adres mee te delen zodat de dossiers konden opgestuurd worden.

Op 17/05/2018 stuurden de Dienst een antwoord met de gevraagde adresgegevens van de Dienst. Op 28/05/2018 was er een telefonisch onderhoud met het kantoor van meester G... en werd een aansluitende mail naar hem verstuurd met de melding dat de Dienst nog steeds geen dossiers mochten ontvangen. Indien de dossiers op 29/5/2018 niet in bezit van de Dienst waren, zou er worden van uitgegaan dat de verpleegdossiers onbestaand waren.

Op 29/05/2018 ontvingen de Dienst de gevraagde dossiers. (Postdatum 26/05/2018)

Deze uiteenzetting is van toepassing op alle ten laste gelegde dossiers.

Ter illustratie, bespreking van het verpleegdossier betreffende I....

Het dossier bevat geen gegevens betreffende de scores ingediend om een toilet aan te rekenen. Er wordt een toilet aangerekend en complexe wondzorg.

In het dossier bevindt zich geen voorschrift, enkel een overzicht van de data ingebracht in het facturatieprogramma betreffende een voorschrift van dr. J... dd.08/03/2016, 01/04/2016 en 01/05/2016 en aanvraag 703 ter , eigen voorschrift dd. 08/03/2016 en 01/05/2016.

'703 ter betreft een aanvraag voor toilet of forfaitaire vergoedingen.)

Welk scores werden ingediend , staat niet vermeld op de uitprint van het document met opschrift "WebForm iNv Voorschrift 1".

De uitprint is gedateerd 15/08/2018.

Verder is de enige beschrijving vermeld op de uitprint dd. 15/5/2018 van het elektronisch dossier "WZC Twee of meer eenvoudige wonden".

Het geschreven document 1 blz vermeld "zorg aan de bovendien " Er is geen beschrijving van de wondes, geen evaluatie.

Enkel: "heeft ±3 maand geduurt eer genezen was"

Er staat op dit document geen enkele datum vermeld, geen overzicht van de dagelijks uitgevoerde verstrekkingen.

(snipping tool van het gescande document "WebForm iNv Voorschrift 1".
Printdatum 15/08/2018

WebFormInvVoorschrift

Patiënt zoeken op (voor)naam en/of voorschriftnummer

Naam: Zoeken
Voornaam: Velden ledigen
Voorschriftnummer:
Adres:
Gemeente:
Verzekering: Auto Mutualiteit
Telefoon: GSM:
CG1: CG2:

Geneesheer zoeken op (voor)

RIBPH:
Voornaam:
Adres:
Gemeente:
RIZIV-nr. 1:
Telefoon:
GSM:

Aanwezige voorschriften:

Voorschrift nummer	Dokter	Datum voorschrift	ontvangstdatum origineel VS
7173177	<input type="text"/>	1/05/2016	01/05/2016
7173159	703ter eigen voorschrift [Med]	1/05/2016	01/05/2016
6915810	<input type="text"/>	1/04/2016	01/04/2016
6695488	<input type="text"/>	8/03/2016	08/03/2016
6684949	703ter eigen voorschrift [Med]	8/03/2016	08/03/2016
1563622	<input type="text"/>	15/02/2011	15/02/2011

<- Vorige Pagina Volgende Pagina ->

Aanwezige verzorgingen:

Begindatum	Uurpatroon	Einddatum	Toegestaan op	Plaats
1/05/2016	16:00	31/05/2016	dag/nacht/feestdagen/ma/di/wo/do/vr/za/zo	Thuis

<- Vorige Pagina Volgende Pagina ->

Reset voorschrift paneel Nummer voorschrift: 7173177 Datum: 01/05/2016 Origineel voorsch

Adres waarop de prestaties zullen uitgevoerd worden (standaard is dit het hoofadres v/d patient, of indien aanw

Rengeld voor dit specifiek voorschrift

Voorschrift stoppen op datum: Stoppen herroepen Voorschriftdatum aanpas

Voorschrift verlengen met VS datum:

Voorschrift dupliceren met VS datum:

Nieuw voorschrift Voorschrift verwijderen Duplicaat goedkeuren Invoer vr

Verzorging Reset verzorging paneel

MEW | WZC: Twee of meer eenvoudige wonden

<https://www.care4nurse.be/c4n/WebFormInvVoorschrift.aspx> 15/05/2018

(snipping tool van het gescande handgeschreven document)

l...


STEDS EENVOUDIGE WONDZORG
INGEBRACHT.

- ZORG AAN DE BOVENDY.
Bijzetting met isochthoden,
en vasc. zaaf.
en verband.

HEEFT. ± 3 maand geduurt
eer genezen was.

- Menow. heeft zich nadere
neder alleen toilet en het draag
verband. goet

Uit de opmaak van dit document kan worden afgeleid dat het pas later werd opgesteld, gezien de vermelding: "heeft ± 3 maand geduurt eer genezen was". Er staat op dit document geen enkele datum vermeld, geen overzicht van de dagelijks uitgevoerde verstrekkingen.

Ook de vermelding dat steeds een eenvoudige wondzorg werd ingebracht, toont aan dat het pas later werd opgesteld.

De tenlastelegging is bewezen en wordt weerhouden.

Besluit:

De feiten die zijn opgenomen in het proces-verbaal van vaststelling van 09/08/2019 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 GvU-wet.

De zorgverlener als individuele zorgverlener is en blijft steeds verantwoordelijk voor alle prestaties die deze heeft aangerekend aan de verplichte verzekering onder haar eigen naam.

De Leidend ambtenaar benadrukt dat de bepalingen van de nomenclatuur van openbare orde zijn 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 nomenclatuur moet strikt worden toegepast.

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.)

De inbreuken op de bepalingen van de nomenclatuur zijn zogenaamd technische inbreuken. Het bewijs wordt geleverd op grond van de overtreding van het voorschrift zelf, met dien verstande evenwel dat de inbreuk niet kan worden toegerekend aan de betrokken zorgverlener wanneer overmacht, onoverwinnelijke dwaling of een andere schulduitsluitingsgrond wordt aangetoond, minstens niet ongeloofwaardig is. Dat laatste kan XXXX niet genoegzaam worden aangetoond (zie en vgl. naar analogie Cassatie 27 september 2005, *Arr. Cass. 2005*, nr. 461, hier navolgbaar).

Door het verzorgen van 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 blijft altijd zelf verantwoordelijk voor de correcte aanrekening van de verstrekkingen.

Gelet op het beperkte budget van de ziekteverzekering is elke zorgverlener er zelf mee verantwoordelijk voor dat dit correct wordt aangewend. Misbruiken ten voordele van een bepaalde zorgverlener, ongeacht welke diens motieven zijn, dienen streng te worden bestraft. (Beslissing Kamer van eerste aanleg inzake NA-019-11 en NA-019-13 dd. 18.09.2014⁴)

4

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kea_bandagist_20140918_22.pdf

Bij het bepalen van de hoogte van de sanctie wordt rekening gehouden met de intrinsieke ernst van de feiten en de toegebrachte schade (€ 11.465,65) aan de verplichte ziekteverzekering.

Bij de eerste tenlastelegging werden niet verleende verstrekkingen voor een bedrag van 773,26 aangerekend. Realiteitsinbreuken zijn totaal onaanvaardbaar en getuigen al zeker niet van goede trouw. In wezen gaat het om (intellectuele) valsheid in geschrifte.

Bij de tweede tenlastelegging, de overscoring van katzschaal en de onvolledige verpleegdossiers werd respectievelijk 3.404,29 en 7.279,10 ten onrechte aangerekend.

Bij het bepalen van de geldboete wordt rekening worden gehouden met het gebrek aan de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen.

Mevrouw A... heeft één antecedent binnen de Dienst. Mevrouw A... werd, wegens het overscoren van de katzschaal (dossier E/XXXX), door de beslissing van Leidend ambtenaar DGEC van 09/04/2013 veroordeeld tot de terugbetaling van € 8.972,41 en tot een effectieve administratieve boete van € 1.375. Er werd niets (terug)betaald niettegenstaande het toestaan van een afbetalingsplan van 12/07/2013 en een aangetekende herinneringsbrief van 20/11/2013. Het dossier werd op 27/01/2014 doorgestuurd naar de FOD Financiën.

Ondanks de eerdere onderzoeken/procedures, waar mevrouw A... telkens werd gewezen op de reglementering en waar het dezelfde inbreuken betrof als in het voorliggende dossier, werden dezelfde inbreuken opnieuw begaan.

Gelet de voorgaande elementen dringt zich *in casu* een gepaste administratieve geldboete op.

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 09/08/2019 naar genoegen van recht bewezen zijn en houdt ze dus aan;
- stelt vast dat de feiten een inbreuk zijn op het bepaalde in artikel 73bis, 1° en 2°GVU-wet;
- vordert van mevrouw A... op basis van artikel 142, § 1, 1° en 2° GVU-wet de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van € 11.456,65 terug;
- de B... is, overeenkomstig artikel 164, tweede lid GVU-wet, mede hoofdelijk verantwoordelijk voor de terugbetaling van het bedrag van € 11.456,65;
- legt aan mevrouw A... voor de niet-uitgevoerde verstrekkingen (TII 1) op basis van artikel 142, § 1, 1° GVU-wet een administratieve geldboete van € 386,62 (50 %) op, waarvan € 193,31 (25 %) effectief en € 193,31 (25 %) met uitstel gedurende de periode van drie jaar;
- Legt voor de niet-conforme verstrekkingen (TII n 2.1-2.2) geen geldboete op.

Mevrouw A... moet het bedrag van € 11.649,96 (€ 11.456,65 + € 193,31) en B... het bedrag van € 11.456,65 (bij gebrek aan betaling door mevr. A...) ten titel van terugbetaling en administratieve geldboete, betalen door overschrijving op het rekeningnummer IBAN: BE56 6790 0197 7988 / BIC: PCHQBEBB van het RIZIV, binnen de dertig dagen te rekenen vanaf de kennisgeving van de beslissing. Bij gebrek aan betaling binnen die termijn, brengen de nog verschuldigde sommen van rechtswege interesten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken zoals voorzien in artikel 2, § 3, van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening, te rekenen vanaf het verstrijken van die termijn.

Aldus beslist te Brussel op 12 oktober 2020.

De wnd. Leidend ambtenaar,