

Rep. nr. 02/15
AR. NA-051bis-11
Tegensprekelijke
eindbeslissing
d.d. 15 januari 2015
*

Beroep tegen de
beslissing van de
Leidend ambtenaar van
31 januari 2011
*

**VAN RECHTSWEGE
UITVOERBAAR BIJ
VOORRAAD
NIETTEGENSTAANDE
BEROEP**

KAMER VAN EERSTE AANLEG 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, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

BESLISSING

In de zaak van ·

De heer A..., kinesitherapeut, wonend te XXXX,

Appellant, bijgestaan door raadsman meester B..., advocaat te XXXX

Tegen :

RIZIV – DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN
CONTROLE, openbare instelling van sociale zekerheid, met zetel te 1150
Brussel, Tervurenlaan 211,

Geïntimeerde, voor wie zijn verschenen, dokter C , geneesheer-
inspecteur, en de heer D. , attaché, ambtenaren bij geïntimeerde.

*
* *

Op de openbare terechtzitting van 18 december 2014 heeft geen enkele partij de toepassing gevraagd van artikel 18 § 2, tweede lid, van het Koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV

1 PROCEDURE

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder.

- de beslissing van geïntimeerde van 31 januari 2011, ter kennis gebracht van appellant bij aangetekend schrijven van 8 februari 2011,
- de beroepsakte van appellant van 7 maart 2011, ontvangen ter griffie van de Kamer van eerste aanleg op 8 maart 2011,
- de conclusie van geïntimeerde, neergelegd ter griffie op 11 april 2011,
- de tegensprekelijke tussenbeslissing van Kamer van eerste aanleg van 7 november 2013,

- de pleitnota na tussenbeslissing van geïntimeerde, neergelegd ter griffie op 9 april 2014,
- de oproepingsbrieven van 31 juli 2014,
- de conclusie na tussenbeslissing van appellant, ontvangen ter griffie op 10 december 2014.

Gehoord op de openbare terechtzitting van 18 december 2014.

- de heer D . in de uiteenzetting van het juridische luik van de middelen van geïntimeerde;
- dokter C .. in de uiteenzetting van het medische luik van de middelen van geïntimeerde;
- meester B... in de uiteenzetting van de middelen van appellant;
- appellant in zijn toelichting bij het dossier

De debatten werden gesloten, de zaak werd in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 15 januari 2015, eerste nuttige zitting van de Kamer van eerste aanleg.

*
* *

2 RETROACTEN

2.1 Tenlastelegging

Er werd een onderzoek ingesteld naar de realiteit en de conformiteit van de prestaties die appellant, in zijn hoedanigheid van kinesitherapeut heeft aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering in de periode van 1 juni 2007 tot 31 oktober 2008.

Aan appellant werd één inbreuk ten laste gelegd.

Het opstellen en ondertekenen van getuigschriften voor verstrekte hulp en het aldus aanrekenen aan de ziekteverzekering van verstrekkingen van artikel 7, § 1 van de nomenclatuur die als dusdanig niet aangerekend mochten worden omdat er niet voldaan werd aan de bepalingen van artikel 7, § 7 en § 19 van de nomenclatuur.

Globaal zouden er 2.729 prestaties te veel zijn aangerekend voor een bedrag van € 33 539,41 euro. Rekening houdend met de verschilregel, met de niet-tijdsgebonden prestaties die wel aangerekend konden worden, zou dit leiden tot een bedrag van € **19.648,80** dat ten onrechte zou zijn aangerekend

2.2 Beslissing van geïntimeerde

In zijn beslissing, ter kennis gebracht aan appellant op 8 februari 2011, komt geïntimeerde tot volgend besluit.

- de feiten vastgelegd in het proces-verbaal van vaststelling van 26 mei 2009 zijn naar genoegen van recht bewezen en worden aangehouden;
- de feiten opgenomen onder de tenlastelegging zijn een inbreuk op het bepaalde in artikel 73bis, 2° van de gecoördineerde wet,
- appellant wordt, overeenkomstig artikel 142, § 1, 2° van de gecoördineerde wet, veroordeeld om de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van € 19 648,80 terug te betalen,
- er wordt vastgesteld dat appellant hiervan reeds een bedrag van € 2 106,38 heeft terugbetaald aan de verplichte ziekteverzekering;
- aan appellant wordt, overeenkomstig artikel 142 § 1, 2° van de gecoördineerde wet, een administratieve geldboete opgelegd van € 9.824,40, zijnde 50% van de waarde van de ten onrechte aangerekende bedragen.

Ter zitting van de Kamer van eerste aanleg van 17 oktober 2013 heeft geïntimeerde zijn vordering tot het opleggen van een administratieve geldboete herleid tot € 250 x 5,5 (4,5 opdecimen) of € 1 375, overeenkomstig artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek.

Deze beslissing wordt door appellant betwist

2.3 Tussenbeslissing van 7 november 2013

Bij tussenbeslissing van 7 november 2013 heeft de Kamer van eerste aanleg de heropening der debatten bevolen teneinde partijen toe te laten een nieuwe berekening te maken met betrekking tot de ten onrechte aangerekende prestaties, en dit aan de hand van de door appellant bijgehouden dagboeken voor 2007 en 2008.

De beoordeling met betrekking tot de opgelegde administratieve geldboete werd aangehouden.

2.4 Vordering van appellant

2.4.1 Naar aanleiding van de tussenbeslissing van de Kamer van eerste aanleg, heeft geïntimeerde zijn beslissing van 8 februari 2011 herzien.

Geïntimeerde vordert thans van appellant.

- een bedrag van 6.226,24 euro terug; dit bedrag zou zijn berekend op

basis van de gewaarmerkte CD'roms van de verzekeringsinstellingen;
- een administratieve geldboete van 250 euro, te vermenigvuldigen met de opdecimen op basis van artikel 101 S Sw

2.4.2 De vordering van appelland, zoals laatst geformuleerd in zijn conclusie van 10 december 2014, strekt ertoe.

- de herleide vordering van geïntimeerde af te wijzen als ongegrond in al zijn onderdelen en derhalve appelland te ontlasten van iedere veroordeling in hoofdsom, interesten en administratieve geldboete;
- geïntimeerde te veroordelen tot de kosten van bijstand, in hoofde van appelland begroot op 2.200 euro

*
* *

3 STANDPUNT VAN DE PARTIJEN

3.1 Standpunt van appelland

3.1.1 Appelland stelt vooreerst dat het totaal onbegrijpelijk is dat een instantie als geïntimeerde fouten maakt op basis waarvan het initieel teruggevorderde bedrag van € 19.648,80 diende te worden herleid naar € 6.226,24. Hij is derhalve van oordeel dat hij valselyk werd beschuldigd.

Uit de voorgelegde berekeningen voor 2007 en 2008 zou blijken dat appelland aan het afbouwen was.

Appelland stelt verder dat de door geïntimeerde voorgestelde berekening niet correct is, vermits:

- (1) opnieuw geen onderscheid wordt gemaakt tussen "g" en "G", hoewel thans wel alle noodzakelyke informatie ter beschikking is; zo zijn er in totaal 168 verschillende financiële vergoedingen voor de gebruikte codes;
- (2) niet 38% maar ongeveer 80% van de patiënten van appelland E- of F-pathologiepatiënten zijn, ook de codes 560313, 560652 en 561013 komen in aanmerking voor E- en F-pathologie.

In de door appelland voorgelegde dagboeken kan elk codenummer gepersonaliseerd worden, waardoor een correcte berekening mogelijk is. Geïntimeerde slaagt er derhalve niet in om een correcte berekening voor te leggen. Bovendien heeft geïntimeerde de uitgangspunten van de tussenbeslissing naast zich neergelegd om precies op basis van alle gegevens een correcte berekening te maken en om niet meer te werken met gemiddelden.

Geïntimeerde blijft de verplichting dragen om haar vordering te bewijzen
Bij gebrek hieraan, dient deze te worden afgewezen

3.1.2 Appellant stelt dat hem geen administratieve geldboete kan worden opgelegd.

- aangezien er geen sprake is van enige fraude;
- aangezien het aantal ten laste gelegde verstrekkingen, thans minder dan de helft bedraagt ten opzichte van de oorspronkelijke tenlastelegging, en dit dan nog op basis van een foutieve berekening,
- gelet op het psychisch leed dat geïntimeerde heeft veroorzaakt bij appellant

3.1.3 Gelet op het voorgaande, vordert appellant een vergoeding voor gemaakte kosten van bijstand van € 2.200, overeenstemmend met een rechtsplegingsvergoeding in burgerlijke aangelegenheden

3.2 Standpunt van geïntimeerde

3.2.1 Geïntimeerde stelt dat appellant op 17 april 2014 opnieuw werd verhoord. Uit de herberekening op basis van zowel de dagboeken van appellant als de gewaarmerkte CD'roms blijkt dat er een fout was gebeurd bij de eerste berekening.

Uit de nieuwe berekening blijkt dat appellant in de periode van 1 juni 2007 tot 31 oktober 2008, 1.229 prestaties ten onrechte heeft aangerekend.

Daar het totaal hiervan minder dan gemiddeld 30 per dag is, wordt aangenomen dat deze prestaties vergoedbaar zijn met een niet tijdsgebonden prestatie (30' of 20') en wordt de verschilregel toegepast.

Om de berekening te maken, werd het gemiddelde bedrag genomen van alle verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 of 20 minuten of een minimumduur van 20 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist (= G) en het gemiddelde van dezelfde gevallen met aanrekening van de overeenkomstige niet tijdsgebonden verstrekking (= g).

De reeds vrijwillig terugbetaalde prestaties voor verzekerde E zijn inbegrepen in de voormelde 1.229 verstrekkingen. Deze worden derhalve in mindering gebracht bij de berekening van het teruggevorderde bedrag.

De nieuwe berekening werd als volgt gemaakt.

Voor elke nomenclatuurcode wordt de corresponderende tegemoetkoming (bedrag) vermeld. Elke code kan aangerekend worden met vier verschillende bedragen naargelang het statuut van de verzekerde. Tevens werd rekening gehouden met tussengekomen tariefwijzigingen.

Voor elke nomenclatuurcode wordt per aangerekend bedrag, het aantal aangerekende prestaties vermeld, alsook het totaal vergoede bedrag

Voor elke 'grote' nomenclatuurcode zijn de overeenkomstige 'kleine' code, de respectievelijke tegemoetkomingen en het totale bedrag vermeld.

Appellant rekende in de betreffende periode 38% nomenclatuurcodes aan voor patiënten met een E- en een F-pathologie. Aangezien bij de berekening van de waarde "G" en "g" deze codes voor 38% meewegen, vormen de gemiddelden een reële afspiegeling van het aandeel van de oudere patiënten van appellant.

Het verschil tussen het oorspronkelijk te betalen bedrag van € 17 542 en € 6 226,24 is waarschijnlijk te wijten aan een dubbele inlezing van gegevens

*
* *

4 BEOORDELING

4.1 De opgelegde terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen – de berekening van de teruggevorderde bedragen

4 1 1 Het teruggevorderde bedrag heeft betrekking op door appellant aangerekende verstrekkingen in de periode van 1 juni 2007 tot 31 oktober 2009. In die periode van 448 werkdagen heeft appellant 11 689 prestaties geattesteerd waarvoor zijn persoonlijke betrokkenheid gemiddeld 30 minuten bedraagt, en dit voor een bedrag van € 143 692,44

Dit geeft voor voormelde periode van 17 maanden, een gemiddelde van 26,09 prestaties waarvoor de persoonlijke betrokkenheid van appellant gemiddeld minstens 30 minuten bedraagt

De nomenclatuur voorziet evenwel dat slechts 20 dergelijke prestaties per dag kunnen worden aangerekend en derhalve terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering (art. 7 § 19 nomenclatuur).

Op basis van de gegevens vermeld op de gewaarmerkte CD'roms, welke overeenkwamen met de gegevens van de dagboeken van appellant, is gebleken dat er een fout is gebeurd bij de eerste berekening van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen

Uit de nieuwe berekening blijkt dat appellant in de periode van 1 juni 2007 tot 31 oktober 2008, 1 229 prestaties ten onrechte aan een te hoog tarief heeft aangerekend, en niet 2 729.

De Kamer van eerste aanleg stelt vast dat appellant de nieuwe berekening met betrekking tot het aantal teveel aangerekende prestaties niet betwist. Derhalve staat vast dat appellant 1 229 prestaties ten onrechte heeft

aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering

4 1 2 Met betrekking tot de berekening van het terug te betalen bedrag met toepassing van de verschilregel, blijft er evenwel betwisting bestaan tussen partijen.

De Kamer van eerste aanleg stelt vast dat voor de berekening, het gemiddelde bedrag werd genomen van alle verstrekkingen waarvoor een globale gemiddelde duur van 30 of 20 minuten of een minimumduur van 20 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is vereist (= G) en het gemiddelde van dezelfde gevallen met aanrekening van de overeenkomstige niet tijdsgebonden verstrekking (= g)

De reeds vrijwillig terugbetaalde prestaties voor verzekerde E... zijn inbegrepen in de voormelde 1.229 verstrekkingen. Deze werden in mindering gebracht bij de berekening van het teruggevorderde bedrag

De nieuwe berekening werd als volgt gemaakt:

Voor elke nomenclatuurcode werd de corresponderende tegemoetkoming (bedrag) vermeld. Geïntimeerde stelt dat elke code kan aangerekend worden met vier verschillende bedragen naargelang het statuut van de verzekerde. Tevens werd rekening gehouden met tussengekomen tariefwijzigingen. Geïntimeerde hield aldus rekening met 48 verschillende tarieven.

Appellant beweert dat er in de betwiste periode 168 verschillende tarieven in aanmerking dienden te worden genomen, doch legt dienaangaande geen stavingsstukken neer.

Voor elke nomenclatuurcode werd per aangerekend bedrag, het aantal aangerekende prestaties vermeld, alsook het totaal vergoede bedrag. Voor elke 'grote' nomenclatuurcode werd het overeenkomstige 'kleine' bedrag, de respectievelijke tegemoetkomingen en het totale bedrag vermeld.

Aangezien in de berekeningsbasis telkens rekening werd gehouden met het aantal aangerekende prestaties per nomenclatuurcode, wordt vastgesteld dat de berekening van de "G" en de "g" thans wel gewogen gemiddeldes betreffen waarin werd rekening gehouden met de aard van het patientenbestand van appellant (het hoge aantal patienten met E- en F-pathologie).

De betwisting inzake het percentage E- en F-pathologiepatienten (38% vs 80%) is in deze derhalve niet relevant, daar ook voor de codes 560313, 560652 en 561013 telkens rekening werd gehouden met het aantal aangerekende prestaties en de verschillende tarieven die hierop van toepassing waren tijdens de litigieuze periode.

Het verschil tussen het oorspronkelijk te betalen bedrag van € 17.542 en € 6.226,24 is derhalve niet alleen te wijten aan een dubbele inlezing van

gegevens, maar ook aan de meer bij de realiteit aansluitende berekening van het verschil tussen "G" en "g" Daar waar dit verschil in de oorspronkelijke bestreden beslissing nog € 7,2 bedroeg, bedraagt dit op basis van de nieuwe berekening nog slechts € 6,78

De Kamer van eerste aanleg is thans wel van oordeel dat de berekening van de teruggevorderde bedragen correct is.

De herleide beslissing van geïntimeerde waarbij van appellant een bedrag van € 6.226,24 teruggevorderd wordt, is derhalve correct genomen

4.2 De opgelegde administratieve geldboete

De Kamer van eerste aanleg wijst er vooreerst op dat in dit dossier is vastgesteld dat appellant 1 229 prestaties ten onrechte aan een te hoog tarief heeft aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering

Derhalve heeft hij wel degelijk een inbreuk gepleegd op artikel 73bis, 2° van de gecoördineerde wet

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 worden opgelegd zoals bepaald in artikel 142 van de gecoördineerde ZIV-wet. Bedrieglijk opzet is hiervoor niet vereist. Goede trouw en/of de onwetendheid van de zorgverlener, sluiten de toepassing van de wet niet uit (BEULS, J., "De zorgverlener administratief gesanctioneerd het verbod om tegemoet te komen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen" in PRIMIS, A., DE RUYVER, B., GULDIX, E., VANSWEEVELT, T (red), *Recht en gezondheidszorg*, Gent, Mys en Breesch, 1999, 66).

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is van openbare orde (Arbh. Antwerpen, 28 februari 2006, *Soc. Kron.*, 2006, 476), en deze dient derhalve strikt te worden geïnterpreteerd. Er kan hieromtrent niet geoordeeld worden naar billijkheid (Arbh. Antwerpen, 22 februari 2005, *Soc. Kron.*, 2006, 473).

De Kamer van eerste aanleg is derhalve van oordeel dat aan appellant wel degelijk een administratieve geldboete kon worden opgelegd

De Kamer van eerste aanleg stelt evenwel ook vast dat ondanks de aanzienlijke carrière van appellante –hij heeft een eigen praktijk sinds 1997- geen antecedenten aanwezig zijn in zijn dossier.

Bijgevolg is de Kamer van eerste aanleg van oordeel dat de aan appellant opgelegde administratieve geldboete dient te worden voorzien van een uitstel gedurende een termijn van drie jaar (art. 157 gecoördineerde ZIV-wet)

4.3 De gevorderde vergoeding

De bevoegdheid van de Kamer van eerste aanleg beperkt zich tot hetgeen bepaald is in artikel 144 van de gecoördineerde wet
Bijgevolg is zij onbevoegd om zich uit te spreken over de door appellant gevorderde vergoeding voor gemaakte kosten van bijstand.

OM DIE REDENEN,

DE KAMER VAN EERSTE AANLEG die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in het bijzonder op de artikelen 144 en 145, en op artikel 112 van de Gezondheidswet van 13 december 2006;

Na beraadslaging in overeenstemming met het bepaalde in artikel 145 van de gecoördineerde wet, en artikel 19 van het Procedurereglement;

Recht doende op tegenspraak

Neemt er akte van dat geïntimeerde de bestreden beslissing inmiddels heeft gewijzigd. Thans wordt van appellant een bedrag van € 6 226,24 teruggevorderd en wordt hem een administratieve geldboete opgelegd van € 250 x 5,5 (4,5 opdecimen) of € 1 375, overeenkomstig artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek

Bevestigt de bestreden beslissing voor zover aan appellant de terugbetaling werd opgelegd van de waarde van de door de verzekering voor geneeskundige verzorging gelden financiële schade, zijnde € 6.226,24,

Bevestigt de bestreden beslissing voor zo ver aan appellant een administratieve geldboete werd opgelegd van € 250 te vermeerderen met 45 opdecimen,

Beveelt dat deze administratieve geldboete wordt voorzien van een volledig uitstel gedurende een termijn van drie jaar

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 15 januari 2015 van de Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, opgericht bij artikel 144 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en ondertekend door

- Sara SABLON, magistraat, Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg;
- Martin VOLCKE, griffier

Volgen de handtekeningen

De griffier,

De Voorzitter,

Martin VOLCKE

Sara SABLON

De Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands behandeld moeten worden, die in die taal de zaak heeft gehoord en er in die taal over beraadslaagde, was samengesteld uit mevrouw Sara Sablon, magistraat-voorzitter, dokter Jacky De Pierre en dokter Viviane Van Elshocht, stemgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede de heer Theo Hamblok en de heer Johan Vandenbreeden, stemgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve organisatie van kinesitherapeuten

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

De beslissingen van de Kamer van eerste aanleg zijn van rechtswege uitvoerbaar bij voorraad niettegenstaande beroep (artikel 156, § 1, eerste lid). De sommen brengen van rechtswege intresten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken zoals voorzien in artikel 2, § 3 van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening tegen interest, vanaf de eerste werkdag die volgt op de kennisgeving van de beslissing, waarbij de postdatum bewijskracht heeft (artikel 156, § 1, tweede lid). Het beroep bij de Kamer van beroep schort de uitvoering van de beslissing niet op (artikel 156, § 2, eerste lid).

