

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

Betreft: A...

**Gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelden**

**XXXX**

**XXXX XXXX**

**RR nr.: XXXX**

**RIZIV nr.: XXXX**

**BRS/N/2020/14**

Gelet op het onderzoek uitgevoerd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle naar de verstrekkingen die door mevrouw A... 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 08/11/2019, opgesteld lastens mevrouw A..., ter kennis gegeven met een aangetekende brief van 11/11/2019;

gelet op de ter post aangetekende brief van 14/12/2020 waarin de synthesenota aan mevrouw A... ter kennisgeving werd aangeboden, waarin zij werd verzocht zich schriftelijk te verantwoorden;

gelet op de afwezigheid van schriftelijke verweermiddelen namens mevrouw A...;

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

**GEFORMULEERDE TENLASTELEGGING**

Mevrouw A... heeft in de periode van 09/09/2017 tot 28/10/2018 de volgende inbreuk begaan op de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering:

**Tenlastelegging “niet conforme verstrekkingen”:**

**Op haar naam laten opstellen en laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet.**

**Inbreuk beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.**

Het laten aanrekenen van nomenclatuurnummers voor palliatieve patiënten, zonder dat aan de voorwaarden werd voldaan in het verpleegdossier.

#### 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.

"AFDELING 4. - Verzorging verleend door gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten/ ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden."

**Art. 8. § 1.** De volgende verstrekkingen worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming van gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten / ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden, hierna verpleegkundigen genoemd (W), vereist is. Voor de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis is evenwel de bekwaming van gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet vereist."

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

...

#### **IV. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten.**

427011 Forfaitair honorarium PC, 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 (score 4) en het criterium zich kleden (score 4) en
  - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4) en
  - afhankelijkheid wegens het criterium continentie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3)
- en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°.....W 14,422

427033 Forfaitair honorarium PB , 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 om het criterium toiletbezoek (score 3 of 4) en
  - afhankelijkheid wegens het criterium continentie en/of het criterium eten (score 3 of 4)
- en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°.....W 11,750

#### **V. Supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten**

427070 Supplementair honorarium, forfait PN genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende: -

- - In wiens hoofde één of meer verstrekkingen bedoeld sub I of sub III van deze rubriek wordt aangerekend, zonder dat het dagplafond in § 4, 6° wordt bereikt, -

- En die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°.....W 7,062

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

.....

**IV. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten.**

427092 Forfaitair honorarium PC, 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 (score 4) en het criterium zich kleden (score 4) en
  - afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4) en
  - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3)
- en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°..... W 21,512

427114 Forfaitair honorarium PB , 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 om het criterium toiletbezoek (score 3 of 4) en
  - afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4)
- en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°.....W 17,493

**V Supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten**

427151 Supplementair honorarium, forfait PN genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende: -

- - In wiens hoofde één of meer verstrekkingen bedoeld sub I of sub III van deze rubriek wordt aangerekend, zonder dat het dagplafond in § 4, 6° wordt bereikt, -
- En die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°.....W 10,624

.....  
**Art. 8, § 5 bis, 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 beoefenaar van de verpleegkunde:

.....

c) Het verpleegdossier zoals bepaald in § 4, 2°, inzonderheid met volgende gegevens aanvult:

- Symptoomregistratie
- Pijnschaal
- Contacten met de familie
- Resultaat van coördinatievergaderingen

Ten laste gelegde verstrekkingen:

Codenr. verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
427011	W 14,422	<p>Forfaitair honorarium PC, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wiens fysieke afhankelijkheids-toestand beantwoordt aan de volgende criteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>- afhankelijk wegens het criterium zich wassen (score 4) en het criterium zich kleden (score 4) en</li> <li>- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4) en</li> <li>- afhankelijkheid wegens het criterium continentie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3)</li> </ul> </li> <li>• en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°</li> </ul>	01/10/2005
427033	W 11,750	<p>Forfaitair honorarium PB , dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wiens fysieke afhankelijkheids-toestand beantwoordt aan de volgende criteria : <ul style="list-style-type: none"> <li>- afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4) en</li> <li>- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en om het criterium toiletbezoek (score 3 of 4) en</li> <li>- afhankelijkheid wegens het criterium continentie en/of het criterium eten (score 3 of 4)</li> </ul> </li> <li>• en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°</li> </ul>	01/10/2005
427070	W 7,062	<p>supplementair honorarium, forfait PN genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende:</p>	01/10/2005

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• In wiens hoofde één of meer verstrekkingen bedoeld sub I of sub III van deze rubriek wordt aangerekend, zonder dat het dagplafond in § 4, 6° wordt bereikt,</li> <li>• en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°</li> </ul>	
427092	W 21,512	<p>Forfaitair honorarium PC, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wiens fysieke afhankelijkheids-toestand beantwoordt aan de volgende criteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>- afhankelijk wegens het criterium zich wassen (score 4) en het criterium zich kleden (score 4) en</li> <li>- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen (score 4) en om het criterium toiletbezoek (score 4) en</li> <li>- afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en het criterium eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3)</li> </ul> </li> <li>• en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°</li> </ul>	01/10/2005
427114	W 17,493	<p>Forfaitair honorarium PB , dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wiens fysieke afhankelijkheids-toestand beantwoordt aan de volgende criteria : <ul style="list-style-type: none"> <li>- afhankelijk wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden (score 3 of 4) en</li> <li>- afhankelijk wegens het criterium transfer en verplaatsingen en om het criterium toiletbezoek (score 3 of 4) en</li> <li>- afhankelijkheid wegens het criterium continëntie en/of het criterium eten (score 3 of 4)</li> </ul> </li> <li>• en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°</li> </ul>	01/10/2005
427151	W 10,624	<p>supplementair honorarium, forfait PN genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het</p>	01/10/2005

		<p>geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan een rechthebbende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In wiens hoofde één of meer verstrekkingen bedoeld sub I of sub III van deze rubriek wordt aangerekend, zonder dat het dagplafond in § 4, 6° wordt bereikt,</li> <li>• en die beantwoordt aan de definitie van palliatieve patiënt, zoals bedoeld in § 5bis, 1°</li> </ul>	
--	--	--	--

De tenlastelegging betreft twee verzekerden (B... en C...) voor 96 verstrekkingen met prestatiedata van 09/09/2017 tot 28/10/2018 (data indiening bij V.I. van 17/10/2017 tot 04/11/2018) voor een onverschuldigd bedrag van 2.395,40 euro. Mevrouw A... betaalde hiervan 2.070,40 euro (= 495,4 + 900 + 550 + 125 euro) terug. De resterende 325 euro werd niet terugbetaald.

### **VERWEER**

Met de aangetekende brief van 14/12/2020 werd de synthesenota (met gevalsebespreking) ter kennis gegeven aan mevrouw A... en werd gevraagd haar schriftelijke verweermiddelen mee te delen.

Hieraan werd geen gevolg gegeven. Er werden geen schriftelijke verweermiddelen namens mevrouw A... ontvangen.

### **BEOORDELING**

Het dossier werd behoorlijk ingezien en onderzocht.

De tenlastelegging, de motivering in rechte en in feite, de synoptische tabel zijn opgenomen in de synthesenota die ter kennis werd gegeven aan mevrouw A.... De synthesenota maakt deel uit van het dossier dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd en mevrouw A... werd 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.).

- De GvU-wet en haar uitvoeringsbesluiten beteugelen "het niet naleven van de wets- of verordeningbepalingen 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 R.v.St. Liesbet, nr. 14.385, 4 december 1970). 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 2002<sup>1</sup>).

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.

- Wat betreft de tenlastelegging, wordt uitdrukkelijk verwezen naar de Synthesenota (met gevalsbespreking), waarin de inbreuk gedetailleerd wordt besproken.

Het koninklijk besluit van 02/12/1999 stelt:

**Art 1.** De geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, maken deel uit van de in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde verstrekkingen.

- Onder geneesmiddelen in de zin van dit besluit worden verstaan alle geneesmiddelen nodig voor de verzorging ten huize van palliatieve patiënten, onder andere analgetica, antidepressiva, anti-emetica, antimycotica, diuretica, spasmolytica, anxiolytica, geneesmiddelen voor dermatologisch gebruik.

- Onder verzorgingsmiddelen in de zin van dit besluit worden verstaan alle verzorgingsmiddelen nodig voor de verzorging ten huize van palliatieve patiënten, onder andere incontinentieverbanden, ontsmettingsmiddelen, sondes, naalden, infuuszakjes, pijnpompen, spuitdrijvers.

- Onder hulpmiddelen in de zin van dit besluit worden verstaan alle hulpmiddelen nodig voor de verzorging ten huize van palliatieve patiënten, onder andere speciale matrassen en bedden, zelfoprichters, toiletstoelen, dekenbogen, rugsteunen, urinalen.

**Art. 2.** Een forfaitaire tegemoetkoming van 693,14 euro (in 2021) wordt voor de in artikel 1 bedoelde verstrekkingen toegekend aan de rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die voldoen aan de voorwaarden die in dit besluit zijn vastgesteld.

**Art. 3.** Onder "palliatieve thuispatiënt" in de zin van dit besluit moet worden verstaan de patiënt :

---

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

- 1° die lijdt aan één of meerdere irreversibele aandoeningen;
- 2° die ongunstig evolueert, met een ernstige algemene verslechtering van zijn fysieke/psychische toestand;
- 3° bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapie geen invloed meer hebben op die ongunstige evolutie;
- 4° bij wie de prognose van de aandoening(en) slecht is en het overlijden op relatief korte termijn verwacht wordt (levensverwachting meer dan 24 uur en minder dan drie maand);
- 5° met ernstige fysieke, psychische, sociale en geestelijke noden die een belangrijke tijdsintensieve en volgehouden inzet vergen; indien nodig wordt een beroep gedaan op hulpverleners met een specifieke bekwaming, en op aangepaste technische middelen;
- 6° met een intentie om thuis te sterven;
- 7° en die voldoet aan de voorwaarden opgenomen in het formulier dat als bijlage bij dit besluit gaat.

Art. 4. De huisarts van de palliatieve thuispatiënt geeft aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds of de gewestelijke dienst kennis van het feit dat de verzekerde beantwoordt aan voorwaarden vermeld in artikel 3 van dit besluit.

De huisarts vult daartoe het formulier in dat gaat in bijlage bij dit besluit en maakt het via de post over aan de verzekeringsinstelling van de betrokkene.

Art. 5. § 1. De medische kennisgeving bedoeld in artikel 4 opent het recht op de tegemoetkoming bedoeld in artikel 2.

§ 2. De verzekeringsinstelling betaalt de tegemoetkoming onmiddellijk na de ontvangst van de kennisgeving door de adviserend geneesheer.

Art. 6. § 1. De forfaitaire tegemoetkoming bedoeld in artikel 2 heeft betrekking op een periode van dertig dagen te rekenen vanaf het versturen van de kennisgeving bedoeld in artikel 4.

§ 2. De forfaitaire tegemoetkoming bedoeld in artikel 2 is een tweede maal verschuldigd indien na het verloop van de dertig dagen bedoeld in § 1 de patiënt blijft voldoen aan de voorwaarden van onderhavig besluit; in dat geval wordt toepassing gemaakt van de artikelen 4 en 5 van onderhavig besluit.

Artikel 8, § 5 bis, 5° NGV bepaalt dat “De forfaitaire en supplementaire honoraria bedoeld in rubrieken IV en V van §1, 1° en 2° **mogen slechts worden aangerekend** op voorwaarde dat de beoefenaar van de verpleegkunde:

.....

c) Het verpleegdossier zoals bepaald in § 4, 2°, inzonderheid met volgende gegevens aanvult:

- Symptoomregistratie
- Pijnschaal
- Contacten met de familie
- Resultaat van coördinatievergaderingen

Indien deze wettelijke vermeldingen niet in het verpleegdossier worden genoteerd, zijn er geen honoraria verschuldigd.

Ook wat betreft de verpleegdossiers van de palliatieve patiënten geldt artikel 8, §3, 5° NGV, dat luidt als volgt: “Er zijn geen honoraria verschuldigd: 5° wanneer bet verpleegdóssier, vermeld in dit artikel, niet bestaat of indien de minimale ‘inhoud, omschreven in § 4, 2° van dit artikel, niet vermeld is in dat dossier. “



Dit is van toepassing voor alle verpleegdossiers. Van zodra nomenclatuurnummers voor palliatieve patiënten aangerekend worden, dient dit verpleegdossiers bedoeld in artikel 8, § 4, 2° NGV nog aangevuld te worden.

Artikel 8, §5bis, 5°. De forfaitaire en supplementaire honoraria bedoeld in rubrieken IV (forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten) en V (supplementair honorarium per verzorgingsdag voor palliatieve patiënten) van §1, 1° en 2° mogen slechts worden aangerekend op voorwaarde dat de beoefenaar van de verpleegkunde:

.....

- c) het verpleegdossier bedoeld in §4, 2°, inzonderheid met volgende gegevens aanvult:
- symptoomregistratie
  - pijnschaal
  - Contacten met de familie van de patiënt
  - Resultaat van coördinatievergaderingen

Bij palliatieve verstrekkingen moeten er minimaal wekelijks de relevante elementen van planning en evaluatie vermeld worden.

Er wordt hiervoor verwezen naar de website van het RIZIV omtrent het verpleegdossier:


<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/verpleegkundigen/verzorging/Paginas/verpleegdossier.aspx>.

### “Wat moet het verpleegdossier bevatten?”

U moet het verpleegdossier volledig bijhouden om recht te hebben op vergoeding voor verstrekkingen die u verleende.

Er zijn geen honoraria verschuldigd als:

- het verpleegdossier niet bestaat of
- de minimale inhoud niet is vermeld.

Die minimale inhoud van het verpleegdossier vindt u in onderstaand schema. Planning en evaluatie verschillen naargelang van het type verleende verstrekking ( [Richtlijn van 23 mei 2011 van het Verzekeringscomité](#)).

#### 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ID rechthebbende</li> <li>- ID verpleegkundige</li> <li>- Verleende verstrekkingen</li> <li>- Evaluatieschaal indien vereist</li> <li>- Voorschrift indien vereist</li> <li>- ID voorschrijver indien vereist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ID rechthebbende</li> <li>- ID verpleegkundige</li> <li>- Verleende verstrekkingen</li> <li>- Evaluatieschaal indien vereist</li> <li>- Voorschrift indien vereist</li> <li>- ID voorschrijver indien vereist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ID rechthebbende</li> <li>- ID verpleegkundige</li> <li>- Verleende verstrekkingen</li> <li>- Evaluatieschaal indien vereist</li> <li>- Voorschrift indien vereist</li> <li>- ID voorschrijver indien vereist</li> </ul>
Niveau 2 Planning en evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning</li> <li>- Evaluatie</li> </ul> <p>Minimaal om de <b>twee maanden</b> moeten de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld worden</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning</li> <li>- Evaluatie</li> </ul> <p>Minimaal om de <b>twee weken</b> moeten de relevante elementen van de planning en evaluatie vermeld worden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning</li> <li>- Evaluatie</li> </ul> <p>Minimaal <b>wekelijks</b> moeten de 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).</p>
Niveau 3 Bijkomende specifieke inhoud in functie van de verstrekking		Zie specifieke richtlijnen nomenclatuur	Zie specifieke richtlijnen nomenclatuur

“

Er wordt ook gewezen op de richtlijnen:

[https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/richtlijn\\_verpleegkundige\\_planning\\_evaluatie\\_20110523.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/richtlijn_verpleegkundige_planning_evaluatie_20110523.pdf)

Richtlijn (23 mei 2011) met betrekking tot de inhoud van de planning en evaluatie

*De zorgplanning omvat minimaal de frequentie van de diverse verpleegkundige handelingen die uitgevoerd moeten worden, inclusief het aanbevolen tijdstip. Waar nodig worden extra instructies in functie van de aanpassing van de zorg aan het individu vermeld. Een planning van een vorige periode kan worden bevestigd of verlengd, bijgestuurd of beëindigd.*

*De evaluatie van de verstrekte zorg gebeurt op basis van vastgelegde observaties. Deze observaties worden op het moment van de zorguitvoering geregistreerd. Het is*

*belangrijk hierbij ook de noodzakelijke observaties vast te leggen die de verpleegkundige toelaat scores toe te kennen in de diverse items van de evaluatieschalen inzake afhankelijkheid die gebruikt worden. De evaluatie van de zorg resulteert in de bevestiging of verlenging, bijsturing of het beëindigen van de planning van de zorgverlening of het herzien van de problemen van de patiënt.*

De inhoud van een palliatiefdossier bevat dus op zijn minst:

- 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 beoefenaars van de verpleegkunde die deze verzorging hebben verleend;
- de vermelding inzake continëntie bedoeld in § 6, 4°, voor zover de nomenclatuur zulks vereist.
- de planning van de verzorging;
- de evaluatie van de verzorging.
- de specifieke elementen voor deze verstrekkingen die bepaald zijn in dit artikel
  - o symptoomregistratie;
  - o pijnschaal;
  - o contacten met de familie van de patiënt;
  - o resultaat van coördinatievergaderingen.

De relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld in het tweede lid minimaal wekelijks worden opgenomen in het verpleegdossier.

De zorgplanning omvat minimaal de frequentie van de diverse verpleegkundige handelingen die uitgevoerd moeten worden, inclusief het aanbevolen tijdstip. Waar nodig worden extra instructies in functie van de aanpassing van de zorg aan het individu vermeld. Een planning van een vorige periode kan worden bevestigd of verlengd, bijgestuurd of beëindigd.

De evaluatie van de verstrekte zorg gebeurt op basis van vastgelegde observaties. Deze observaties worden op het moment van de zorguitvoering geregistreerd. Het is belangrijk hierbij ook de noodzakelijke observaties vast te leggen die de verpleegkundige toelaat scores toe te kennen in de diverse items van de evaluatieschalen inzake afhankelijkheid die gebruikt worden. De evaluatie van de zorg resulteert in de bevestiging of verlenging, bijsturing of het beëindigen van de planning van de zorgverlening of het herzien van de problemen van de patiënt.

De verpleegdossiers van B... en C... werden gecontroleerd betreffende de ten laste gelegde periode. Deze verpleegdossiers werden gescand in het dossier van mevrouw D..., die ze aan de sociaal inspecteurs overhandigde, en werden aan het voorliggend dossier toegevoegd.

Er werden *in casu* nomenclatuurnummers voor palliatieve patiënten aangerekend zonder dat er aan de voorwaarden van het verpleegdossier, bepaald in artikel 8, 5bis, 5°c) NGV werd voldaan.

Bij palliatieve verstrekkingen moeten er minimaal wekelijks de relevante elementen van planning en evaluatie vermeld worden.

Er werd ook geen pseudocodenummer 426893 (overlegvergadering met huisarts) of 426915 (contact met de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve zorg) vermeld.

Mevrouw A... stelde tijdens het telefonisch gesprek met de sociaal inspecteur dat zij niet op de hoogte was van de administratie, want ze betaalde mevrouw D... om haar administratie te doen.

Er werden geen schriftelijke verweermiddelen namens mevrouw A... ontvangen.

De inbreuk wordt dus niet betwist.

- Verzekerde B...

Er werd een palliatieve forfait C en palliatieve forfait B aangerekend.

Mevrouw D... verklaarde op 06/08/2019:

*“U leest mij artikel 8, § 5 bis, 5° voor: “De forfaitaire en supplementaire honoraria bedoeld in rubrieken IV en V van §1, 1° en 2° mogen slechts worden aangerekend op voorwaarde dat de beoefenaar van de verpleegkunde:....*

*c) Het verpleegdossier zoals bepaald in § 4, 2°, inzonderheid met volgende gegevens aanvult: - Symptoomregistratie - Pijnschaal - Contacten met de familie - Resultaat van coördinatievergaderingen ...*

*U vraagt mij van de volgende verzekerde het volgende te tonen in het verpleegdossier, namelijk B...:*

*Voor de periode van 01/09/2017 t.e.m. 31/10/2018: 9/14*

*- Pijnschaal : alleen op 16/09/2017, 08/10/2017, 10/09/2018 zegt u dat er een vermelding staat.*

*Dat kan zijn.*

*- Contacten met de familie.*

*Ik zie alle dagen de dochter. Ik sta daar niet bij stil. Ik noteer daar niets van.*

*- Resultaat van de coördinatievergaderingen. Ik heb geen verslag. De coördinatievergaderingen met de huisartsen zijn vluchtig en telefonisch.”*

Er werd ook geen pseudocodenummer 426893 (overlegvergadering met huisarts) of 426915 (contact met de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve zorg) vermeld.

Met de vermeldingen tijdens de periode van tenlastelegging van 17/11/2017 t.e.m. 04/11/2018 wordt rekening gehouden. Met vermeldingen buiten de tenlastegelegde periode wordt geen rekening gehouden.

Het bedrag, dat na berekening van de verschilregel (27011-425316 en 427092-425714) wordt ten laste gelegd, is € 2.267,68.

Het verpleegdossier voldeed niet aan de voorwaarden. De inbreuk is bewezen en wordt weerhouden.

- Verzekerde C...

Het supplementair honorarium voor palliatieve patiënten werd aangerekend.

Mevrouw D... verklaarde op 06/08/19:

*“U leest mij artikel 8, § 5 bis, 5° voor: “De forfaitaire en supplementaire honoraria bedoeld in rubrieken IV en V van §1, 1° en 2° mogen slechts worden aangerekend op voorwaarde dat de beoefenaar van de verpleegkunde:....*

*c) Het verpleegdossier zoals bepaald in § 4, 2°, inzonderheid met volgende gegevens aanvult: - Symptoomregistratie - Pijnschaal - Contacten met de familie - Resultaat van coördinatievergaderingen ...*

*U vraagt mij van de volgende verzekerden het volgende te tonen in het verpleegdossier, namelijk C...:*

*Voor de periode van 28/09/2017 t.e.m. 17/04/2018:*

*- Pijnschaal. Zij had weinig pijn en klachten en daarom noteerde ik niets.*

*- Contacten met de familie. Ik zag de dochter regelmatig, maar ik noteerde niets van dit gesprek. - Resultaat van de coördinatievergaderingen. Dit gebeurde telefonisch met de huisarts, maar dit werd niet genoteerd.”*

Er werd ook geen pseudocodenummer 426893 (overlegvergadering met huisarts) of 426915 (contact met de multidisciplinaire begeleidingsequipe voor palliatieve zorg) vermeld.

Met de vermeldingen tijdens de periode van tenlastelegging van 05/10/2017 t.e.m. 17/04/2018 wordt rekening gehouden. Met vermeldingen buiten de tenlastegelegde periode wordt geen rekening gehouden.

Het bedrag van € 127,00 (het totaal van 427070 en 427151) wordt ten laste gelegd.

Het verpleegdossier voldeed niet aan de voorwaarden. De inbreuk is bewezen en wordt weerhouden.

#### Besluit:

De feiten die zijn opgenomen in het proces-verbaal van vaststelling van 08/11/2019 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 GVVU-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 mevrouw E.... 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 van de Kamer van eerste aanleg inzake NA-019-11 en NA-019-13 d.d. 18.09.2014<sup>2</sup>).

De vermeldingen in het verpleegdossier zijn vergoedingsvoorwaarden. Als hieraan niet wordt voldaan, is dit een inbreuk op de conformiteit (artikel 73bis, 2° GVVU-wet), waarvoor de wet (artikel 142, § 1, 2° GVVU-wet) de terugbetaling en/of een administratie geldboete van 5% tot 150% voorziet.

De terugbetaling wegens het niet-ervullen van een vergoedingsvoorwaarde betreft geen straf, maar een herstelmaatregel.<sup>3</sup>

Essentiële verplichtingen die in de nomenclatuur omschreven zijn als vergoedingsvoorwaarde, werden hier *in casu* niet nageleefd.

---

<sup>2</sup>

[http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak\\_kea\\_bandagist\\_20140918\\_22.pdf](http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kea_bandagist_20140918_22.pdf)

<sup>3</sup> Arbitragehof 11 oktober 2000, nr. 102/2000 ; RvS 27 februari 2014, nr. 226.568, nr. 7; Raad van State 16 mei 2013, nr. 223.485, blz. 7, punt 9

Bij het bepalen van de hoogte van de sanctie wordt rekening gehouden met de intrinsieke ernst van de feiten, namelijk het niet correct invullen van het palliatief verpleegdossier bij twee verzekerden. Dit is nochtans een vergoedingsverplichting en een essentiële taak van de verpleegkundige. Anderzijds kan er rekening mee gehouden worden dat de schade voor de verplichte ziekteverzekering (€ 2.395,40) reeds grotendeels (€ 2.070,40) werd terugbetaald en dat mevrouw A... geen antecedenten binnen de Dienst heeft.

Een administratieve geldboete is bijgevolg *in casu* niet aangewezen.

## **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 08/11/2019 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, 2° GVVU-wet;
- **vordert van mevrouw A... op basis van artikel 142, § 1, 2° GVVU-wet de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van € 2.395,40 terug. Aangezien hiervan reeds € 2.070,40 werd terugbetaald, blijft een bedrag van € 325,- terug te betalen;**
- **legt aan mevrouw A... geen administratieve geldboete op.**

**Mevrouw A... moet het bedrag van € 325,- ten titel van terugbetaling 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, 29 maart 2021.

De Leidend ambtenaar DGEC,  
Dr. P. Tavernier