

Rep. nr. 17/12

*

AR. NA-045-09 en NA-046-09

*

Tegensprekelijke
eindbeslissing
d.d. 21 mei 2012

*

**VAN RECHTSWEGE
UITVOERBAAR BIJ
VOORRAAD
NIETTEGENSTAANDE
BEROEP**

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 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 RIZIV – DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE (verder ook: DGEC), openbare instelling van sociale zekerheid, met zetel te 1150 Brussel, Tervurenlaan 211,

Eiser, voor wie zijn verschenen, dr. C..., geneesheer-inspecteur, en de heer D..., attaché, ambtenaren bij verzoeker.

Tegen A..., geneesheer-specialist in de oftalmologie, wonende te XXXX

Verweerder, voor wie verscheen als raadsman, mr. B..., met kantoor te XXXX, alwaar verweerder woonplaats kiest.

*
* *

Op de openbare terechtzitting van 16 april 2012 heeft geen enkele partij de toepassing gevraagd van artikel 18, § 2, tweede lid, van het Koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV;

*
* *

RETROACTEN

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- de 2 dossiers neergelegd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle;
- het verzoekschrift van eiser van 22 juni 2010, neergelegd op de griffie op 22 juni 2009;
- de verklaring van verschijning namens verweerder van 28 juni 2010 (datum poststempel), ontvangen op de griffie op 29 juni 2010;
- de besluiten namens verweerder van 21 september 2010, neergelegd op de griffie op 21 september 2010;
- de besluiten van eiser van 20 december 2010, neergelegd op de griffie

op 20 december 2010;
- de antwoordbesluiten van verweerder van 19 januari 2011, ontvangen op de griffie op 20 januari 2011;
- de vaststelling van de rechtsdag op 16 april 2012;
- het proces-verbaal van de openbare terechtzitting van de Kamer van eerste aanleg van 16 april 2012;

Gehoord op de openbare terechtzitting van 16 april 2012:

- de heer D... in de uiteenzetting van het juridische luik van de middelen en conclusies namens de eiser;
- dr. C... in de uiteenzetting in zijn toelichting;
- mr. B... in de uiteenzetting van de middelen en conclusies namens de verweerder;

De debatten worden gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 21 mei 2012 of de eerst nuttige zitting.

*
* *
*

VOORWERP VAN HET GESCHIL

Er werd een onderzoek ingesteld door eiser inzake de realiteit en conformiteit van de prestaties die door verweerder zijn aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering.

Naar aanleiding van dat onderzoek wordt verweerder door eisende partij het volgende ten laste gelegd:

I. Dossier NA-045-09

Tenlastelegging 1

Het in zijn naam aanrekenen bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen, die niet mochten worden aangerekend aangezien ze niet beantwoorden aan de voorwaarden, gesteld in de nomenclatuur: er wordt meer dan één echografie (469335) per dag en per patiënt aangerekend.

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. 17^{quater}

§1. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming van geneesheer-specialist (B), met uitzondering van de geneesheer-specialist in röntgendiagnose (R) vereist is:

Bidimensionele echografie

1. Echografieën buiten het toezicht op de zwangerschap

Bidimensionele echografie met geschreven protocol en iconografische drager die ontstaat na digitale beeldverwerking van de gegevens ongeacht het aantal echogrammen :

469335 469346 van één of beide
ogen..... N 30

§2. Per dag en per patiënt mag slechts één enkele van de verstrekkingen uit §1 van dit artikel en uit §1 van artikel 17bis in rekening gebracht worden. Deze beperking geldt zowel voor de individuele geneesheer als voor de verschillende geneesheren van eenzelfde specialisme.

Conclusie

Bij 10 verzekerden werden in de periode van 01-10-2006 tot 14-05-2007 10 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 170,87 euro.

Ten onrechte: 5 x 469335 voor 5 x 16,18 euro, 1 x 469335 voor 1 x 16,45 euro en 4 x 469335 voor 4 x 18,38 euro.

Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Tenlastelegging 2

Het in zijn naam aanrekenen bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen, die niet mochten worden aangerekend aangezien ze niet beantwoorden aan de voorwaarden, gesteld in de nomenclatuur: er wordt meer dan één prestatie 248636 of 248975 per raadpleging aangerekend.

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 5. – Heelkunde

Art. 14. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer, specialist voor één van de disciplines die tot de uitwendige pathologie behoren:

h) de verstrekkingen die tot het specialisme ophtalmologie (DH) behoren:

§ 2, 1°

2° Het honorarium voor de raadpleging (nrs. 102012, 102535 en 103014) mag worden gecumuleerd met het honorarium voor de verstrekkingen nrs. 245011, 248592, 248636, 248673, 248835, 248850 en 248975. Er mag evenwel slechts één ervan per raadpleging worden aangerekend.

Conclusie

Bij 11 verzekerden werden in de periode van 01-10-2006 tot 14-05-2007 11 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 68,39 euro.

Ten onrechte: 2 x 248636 voor 2 x 5,42 euro, 7 x 248636 voor 7 x 6,37 euro en 2 x 248636 voor 2 x 6,48 euro.

Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Tenlastelegging 3

Het in zijn naam aanrekenen bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen, die niet mochten worden aangerekend aangezien ze niet beantwoorden aan de voorwaarden, gesteld in de nomenclatuur: er wordt meer dan één prestatie 248415 per periode van 4 maanden aangerekend.

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 5. – Heelkunde

Art. 14. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer, specialist voor één van de disciplines die tot de uitwendige pathologie behoren:

h) de verstrekkingen die tot het specialisme opthalmologie (DH) behoren:

- § 1 – I. Heelkundige verstrekkingen
- II. Niet-heelkundige verstrekkingen

1° Therapeutische handelingen

248415 248426 Aanleggen van een hydrofiele sclero-corneale verbandlens voor de behandeling van hoornvliesaanandoeningen, inclusief de gebruikte lensN 200

De verstrekking nr. 248415-248426 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen nrs. 248135-248146 en 248150-248161 en mag slechts één keer per periode van 4 maanden worden aangerekend.

Conclusie

Bij 2 verzekerden werden in de periode van 01-10-2006 tot 14-05-2007 2 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 308,22 euro.

Ten onrechte: 2 x 248415 voor 2 x 154,11 euro

Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Tenlastelegging 4

Het in zijn naam aanrekenen bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen, die niet mochten worden aangerekend aangezien ze niet beantwoorden aan de voorwaarden, gesteld in de nomenclatuur: prestaties uit de titel "diagnostische handelingen" worden meer dan éénmaal per zitting aangerekend.

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 5. – Heelkunde

Art. 14. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer, specialist voor één van de disciplines die tot de uitwendige pathologie behoren:

h) de verstrekkingen die tot het specialisme ophtalmologie (DH) behoren:

§ 1 – I. Heelkundige verstrekkingen

– II. Niet-heelkundige verstrekkingen

1° Therapeutische handelingen

2° Diagnostische handelingen

248533	248544	Elektroretinografie + grafiekN 75
248636	248640	Dynamometrie en/of tonometrie (Schötz en/of aplanatietonometer).....N 10
248975	248986	Onrechtstreekse binoculaire oftalmoscopie met of zonder sclerale insnijding.....N 10
249211	249222	Kwantitatieve computer perimetrie met verschillende gevoeligheidswaarden, computergestuurd met perimeter van Humphrey, Octopus of gelijkaardig toestel, met reële of virtuele koepel, met grafiek en besluitN 35
249233	249244	Binoculaire biomicroscopie van het voorste segment met protocol of iconografie.....N 10
248754	248765	Juiste diagnose en rangschikking van de aangeboren of verworven dyschromatopsieën (test van Farnsworth 100 HUE en/of oftalmoscoop) + grafieken.....

.....N 15

248776 248780 Topografische keratometrie
.....N 15

248791 248802 Angiografie van netvlies met contrastmiddel,
met protocol en minimum acht
clichés.....
.....N 75

248813 248824 Kwantitatieve perimetrie met perimeter van
Goldmann of soortgelijke met grafiek en
conclusie.....
.....N 20

248835 248846 Refractometrie door de objectieve methode
.....N 8

249255 249266 Oogbiometrie en berekening van de sterkte
van een intra-oculair implantaat, met het oog op een heelkundige ingreep,
met inbegrip van monodimensionele echografie en keratometrie, met
document en protocolN 125

248850 248861 Eenzijdige of tweezijdige exploratie van de
traanwegen door inspuiten in de traanpunten (mag niet worden
gecumuleerd met de nrs. 245011-245022 en 245033-245044)
.....N 10

248953 248964 Tellen van de endotheliale cellen van de
cornea met hulp van een spiegelmicroscop, met fotografisch document,
dat betrekking heeft op een oppervlakte van ten minste 0,1 mm² of 300
cellen, met het oog op een heelkundige ingreep op het voorste segment
van het oogN 75

§ 2, 1° De verstrekkingen die zijn bepaald in titel II, 2°
"Diagnostische handelingen" beogen onderzoeken "per zitting",
d.w.z. onderzoeken van één of beide ogen.

Conclusie

Bij 38 verzekerden werden in de periode van 01-10-2006 tot 14-05-2007
77 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van
1832,05 euro.

Ten onrechte:

1 x 248533 voor 1 x 41,31

15 x 248636 voor 4 x 5,42 + 1 x 5,51 + 7 x 6,37 + 3 x 6,48

4 x 248791 voor 1 x 40,63 + 1 x 41,31 + 2 x 47,80

5 x 248813 voor 1 x 10,84 + 1 x 11,02 + 1 x 12,75 + 2 x 12,96

20 x 249211 voor 18 x 22,31 + 2 x 22,68

21 x 249233 voor 17 x 6,37 + 4 x 6,48

11 x 249255 voor 8 x 79,67 + 3 x 80,98

Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Tenlastelegging 5

Het in zijn naam aanrekenen bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen, die niet mochten worden aangerekend aangezien ze niet beantwoorden aan de voorwaarden, gesteld in de nomenclatuur: nomenclatuurnummer 249255 en/of 248953 wordt aangerekend zonder dat er nadien een heelkundige ingreep wordt uitgevoerd.

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 5. – Heelkunde

Art. 14. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer, specialist voor één van de disciplines die tot de uitwendige pathologie behoren:

h) de verstrekkingen die tot het specialisme ophthalmologie (DH) behoren:

§ 1 – I. Heelkundige verstrekkingen

– II. Niet-heelkundige verstrekkingen

1° Therapeutische handelingen

2° Diagnostische handelingen

249255 249266 Oogbiometrie en berekening van de sterkte van een intra-oculair implantaat, met het oog op een heelkundige ingreep, met inbegrip van monodimensionele echografie en keratometrie, met document en protocol.....N 125

248953 248964 Tellen van de endotheliale cellen van de cornea met hulp van een spiegelmicroscoop, met fotografisch document, dat betrekking heeft op een oppervlakte van ten minste 0,1 mm² of 300 cellen, met het oog op een heelkundige ingreep op het voorste segment van het oogN 75

Conclusie

Bij 154 verzekerden werden in de periode van 01-10-2006 tot 14-05-2007 183 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 14 441,88 euro.

Ten onrechte: 6 x 248953 voor 5 x 41,31 + 1 x 48,59 en 177 x 249255 voor 112 x 79,67 + 65 x 80,98.

Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Synoptische tabel

	Aantal verzekerden	Aantal verstrekkingen	Bedrag in euro
Tenlastelegging 1	10	10	170,87
Tenlastelegging 2	11	11	68,39
Tenlastelegging 3	2	2	308,22
Tenlastelegging 4	38	77 (waarvan 11 reeds in tll 2)	1.763,66
Tenlastelegging 5	154	183 (waarvan 8 reeds in tll 4)	13.801,90
TOTAAL		264	16.113,04

Er zijn overlappingen tussen tll. 2 en tll. 4: bij 11 verzekerden werd 248636 zowel onder tll. 2 als onder tll. 4 ten laste gelegd.

Er zijn overlappingen tussen tll. 4 en tll. 5: bij 8 verzekerden werd 249255 zowel onder tll. 4 als onder tll. 5 ten laste gelegd.

Beide overlappingen zijn verrekend in de synoptische tabel.

II. Dossier NA-046-09

Tenlastelegging 1

Het in zijn naam aanrekenen bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen, die niet werden uitgevoerd.

Reglementaire basis

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

Artikel 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.

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 5. – Heelkunde

Art. 14. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer, specialist voor één van de disciplines die tot de uitwendige pathologie behoren:

h) de verstrekkingen die tot het specialisme ophtalmologie (DH) behoren:

§ 1 – I. Heelkundige verstrekkingen

4° Intra-oculaire ingrepen

246654	246665	transparsplana vitrectomie
..... N 600		

§ 1 – II. Niet-heelkundige verstrekkingen

2° Diagnostische handelingen

248636	248640	Dynamometrie en/of tonometrie
(Schötz en/of aplanatietonometer).. N 10		

Art. 15. § 14 De heelkundige verstrekkingen met een betrekkelijke waarde gelijk aan of hoger dan K120 of N200, die worden uitgevoerd onder de voorwaarden, gesteld in artikel 14 en in dit artikel, en worden aangerekend door een geaccrediteerde geneesheer specialist, geven aanleiding tot een bijkomend honorarium van Q70.

Dat bijkomend honorarium is voorzien onder het nummer 318916-318920. Dat bijkomend honorarium wordt maximum één keer per operatiezitting toegekend.

Conclusie

Bij 1 verzekerde werden in de periode van 15-05-2007 tot 28-11-2007 3 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 668,30 euro.

Ten onrechte: 1 x 246654 voor 1 x 660,80 euro, 1 x 248636 voor 1 x 5,51 euro en 1 x 318916 voor 1 x 1,99 euro

Dit bedrag werd naderhand reeds geregulariseerd met de verzekeringsinstelling van de betrokken verzekerde.

Tenlastelegging 2

Het in zijn naam aanrekenen bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen, die niet mochten worden aangerekend aangezien ze niet beantwoorden aan de voorwaarden, gesteld in de nomenclatuur: er wordt meer dan één echografie (469335) per dag en per patiënt aangerekend.

Reglementaire basis

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

Artikel 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°

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, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden

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. 17quater

§1 Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming van geneesheer-specialist (B), met uitzondering van de geneesheer-specialist in röntgendiagnose (R) vereist is:

Bidimensionele echografie.

1. Echografieën buiten het toezicht op de zwangerschap

Bidimensionele echografie met geschreven protocol en iconografische drager die ontstaat na digitale beeldverwerking van de gegevens ongeacht het aantal echogrammen :

469335 469346 van één of beide

ogen..... N 30

§2 Per dag en per patiënt mag slechts één enkele van de verstrekkingen uit §1 van dit artikel en uit §1 van artikel 17bis in rekening gebracht worden. Deze beperking geldt zowel voor de individuele geneesheer als voor de verschillende geneesheren van eenzelfde specialisme.

Conclusie

Bij 4 verzekerden werden in de periode van 15-05-2007 tot 28-11-2007 5 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 84,49 euro.

Ten onrechte: 4 x 469335 voor 4 x 16,45 euro en 1 x 469335 voor 1 x 18,69 euro.

Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Tenlastelegging 3

Het in zijn naam aanrekenen bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen, die niet mochten worden aangerekend aangezien ze niet beantwoorden aan de voorwaarden, gesteld in de nomenclatuur: er wordt meer dan één prestatie 248636 of 248975 per raadpleging aangerekend.

Reglementaire basis

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

Artikel 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°

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, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden

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 5. – Heelkunde

Art. 14. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer, specialist voor één van de disciplines die tot de uitwendige pathologie behoren:

h) de verstrekkingen die tot het specialisme ophtalmologie (DH) behoren:

§ 2, 1°

2° Het honorarium voor de raadpleging (nrs. 102012, 102535 en 103014) mag worden gecumuleerd met het honorarium voor de verstrekkingen nrs. 245011, 248592, 248636, 248673, 248835, 248850 en 248975. Er mag venwel slechts één ervan per raadpleging worden aangerekend.

Conclusie

Bij 19 verzekerden werden in de periode van 15-05-2007 tot 28-11-2007 20 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 121,84 euro.

Ten onrechte: 8 x 248636 voor 8 x 5,51 euro, 11 x 248636 voor 11 x 6,48 euro en 1 x 248975 voor 1 x 6,48 euro

Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Tenlastelegging 4

Het in zijn naam aanrekenen bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen, die niet mochten worden aangerekend aangezien ze niet beantwoorden aan de voorwaarden, gesteld in de nomenclatuur: prestaties uit de titel “diagnostische handelingen” worden meer dan éénmaal per zitting aangerekend.

Reglementaire basis

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

Artikel 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°

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, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden

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 5. – Heelkunde

Art. 14. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer, specialist voor één van de disciplines die tot de uitwendige pathologie behoren:

h) de verstrekkingen die tot het specialisme ophtalmologie (DH) behoren:

§ 1 – I. Heelkundige verstrekkingen

– II. Niet-heelkundige verstrekkingen

1° Therapeutische handelingen

2° Diagnostische handelingen

248533	248544	Elektroretinografie + grafiekN 75
248636	248640	Dynamometrie en/of tonometrie (Schötz en/of aplanatietonometer)..... N 10
248975	248986	Onrechtstreekse binoculaire oftalmoscopie met of zonder sclerale insnijding.....N 10
249211	249222	Kwantitatieve computer perimetrie met verschillende gevoeligheidswaarden, computergestuurd met perimeter van Humphrey, Octopus of gelijkaardig toestel, met reële of virtuele koepel, met grafiek en besluitN 35
249233	249244	Binoculaire biomicroscopie van het voorste segment met protocol of iconografie.....N 10
248754	248765	Juiste diagnose en rangschikking van de aangeboren of verworven dyschromatopsieën (test van Farnsworth 100 HUE en/of oftalmoscoop) + grafieken.....N 15

248776	248780	Topografische keratometrieN 15
248791	248802	Angiografie van netvlies met contrastmiddel, met protocol en minimum acht clichés.....N 75
248813	248824	Kwantitatieve perimetrie met perimeter van Goldmann of soortgelijke met grafiek en conclusie N 20
248835	248846	Refractometrie door de objectieve methodeN 8
249255	249266	Oogbiometrie en berekening van de sterkte van een intra-oculair implantaat, met ingreep, met inbegrip van monodimensionele keratometrie, met document en protocolN 125
248850	248861	Eenzijdige of tweezijdige exploratie van de traanwegen door inspuiten in de traanpunten (mag niet worden gecumuleerd met de nrs. 245011-245022 en 245033-245044)N 10
248953	248964	Tellen van de endotheliale cellen van de cornea met hulp van een spiegelmicroscop, met fotografisch document, dat betrekking heeft op een oppervlakte van ten minste 0,1 mm ² of 300 cellen, met het oog op een heilkundige ingreep op het voorste segment van het oogN 75

§ 2, 1° De verstrekkingen die zijn bepaald in titel II, 2°
"Diagnostische handelingen" beogen onderzoeken "per zitting",
d.w.z. onderzoeken van één of beide ogen.

Conclusie

Bij 41 verzekerden werden in de periode van 15-05-2007 tot 28-11-2007 80 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 1571,05 euro.

Ten onrechte: 1 x 248533 voor 1 x 48,59
21 x 248636 voor 10 x 5,51 + 11 x 6,48
1 x 248754 voor 1 x 8,27
1 x 248776 voor 1 x 9,72
1 x 248791 voor 1 x 48,59
5 x 248813 voor 5 x 11,02
3 x 248953 voor 2 x 41,31 + 1 x 48,59
15 x 249211 voor 1 x 22,31 + 14 x 22,68
24 x 249233 voor 24 x 6,48
8 x 249255 voor 8 x 80,98

Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Tenlastelegging 5

Het in zijn naam aanrekenen bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen, die niet mochten worden aangerekend aangezien ze niet beantwoorden aan de voorwaarden, gesteld in de nomenclatuur: nomenclatuurnummer 249255 en/of 248953 wordt aangerekend zonder dat er nadien een heilkundige ingreep wordt uitgevoerd.

Reglementaire basis

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

Artikel 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°

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, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens deze wet afgesloten

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 5. – Heelkunde

Art. 14. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming is vereist van geneesheer, specialist voor één van de disciplines die tot de uitwendige pathologie behoren:

h) de verstrekkingen die tot het specialisme ophtalmologie (DH) behoren:

§ 1 – I. Heelkundige verstrekkingen

– II. Niet-heelkundige verstrekkingen

1° Therapeutische handelingen

2° Diagnostische handelingen

249255 249266 Oogbiometrie en berekening van de sterkte van een intra-oculair implantaat, met het oog op een heelkundige ingreep, met inbegrip van monodimensionele echografie keratometrie, met document en protocol.....N 125

248953 248964 Tellen van de endotheliale cellen van de cornea met hulp van een spiegelmicroscoop, met fotografisch document, dat betrekking heeft op een oppervlakte van ten minste 0,1 mm² of 300 cellen, met het oog op een heelkundige ingreep op het voorste segment van het oog.....N 75

Conclusie

Bij 120 verzekerden werden in de periode van 15-05-2007 tot 28-11-2007 142 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 11 203,64 euro.

Ten onrechte: 8 x 248953 voor 5 x 41,31 + 3 x 48,59, 133 x 249255 voor 133 x 80,98 en 1 x 249266 voor 1 x 80,98

Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Synoptische tabel

	Aantal verzekerden	Aantal verstrekkingen	Bedrag in euro	Terugbetaald
Tenlastelegging 1	1	3	668,30	Regularisatie met VI
Tenlastelegging 2	4	5	84,49	0
Tenlastelegging 3	19	20	121,84	0
Tenlastelegging 4	41	80 (waarvan 18 reeds in tll 3)	1.461,20	0
Tenlastelegging 5	120	142 (waarvan 6 reeds in tll 4)	10.797,10	0
TOTAAL		226	13.132,93	0

TLL 1 werd naderhand reeds geregulariseerd met de verzekeringsinstelling van de betrokken verzekerde.

Er zijn overlappingen tussen tll. 3 en tll. 4: bij 18 verzekerden werd 248636 zowel onder tll. 3 als onder tll. 4 ten laste gelegd.

Er zijn overlappingen tussen tll. 4 en tll. 5: bij 4 verzekerden werd 249255 zowel onder tll. 4 als onder tll. 5 ten laste gelegd, bij 2 verzekerden werd 248953 zowel onder tll. 4 als onder tll. 5 ten laste gelegd.

Beide overlappingen zijn verrekend in de synoptische tabel.

*
* *

Eiser vordert van verweerder de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende prestaties, zijnde € 29.245,97, meer een administratieve geldboete van 100% effectief, zijnde 29.245,97, en dat op grond van artikel 141, § 5 van de gecoördineerde wet (zoals van toepassing ten tijde van de feiten) voor wat betreft de feiten van voor 15 mei 2007 (NA-045-09) en op grond van artikel 142, § 1 van de gecoördineerde wet voor wat betreft de feiten vanaf 15 mei 2007 (NA-046-09).

*
* *

TEN GRONDE

Korte weergave van het standpunt van verweerder:

Verweerder meent vooreerst dat het onderzoek nietig is wegens schending van zijn rechten van verdediging (art 6 EVRM): het is volstrekt onduidelijk op welke basis het onderzoek lastens hem is opgestart. Er is vaagweg sprake van een "vermoeden van het aanrekenen van niet-uitgevoerde prestaties", zonder enig concreet gegeven noch aanwijzing en zonder neerlegging van het initiële verhoor van "ene verzekerde" op basis waarvan het dossier werd opgestart.

Volgens verweerder ligt de echte reden van het onderzoek in een persoonlijke wraak van inspecteur E...op verweerder vermits de enige patiënte en "getuige" bij wie zogenaamd niet uitgevoerde prestaties zouden zijn aangerekend (vermoedelijk) de moeder van vermelde inspecteur is.

Verweerder maakt ook voorbehoud wat betreft de verjaring en mogelijke nietigheid van de vaststellingen.

Ondergeschikt stelt verweerder dat de vordering ongegrond is:

- de tenlasteleggingen 1 tot en met 4 (beide dossiers):

De eventuele dubbele aanrekening dient beschouwd te worden als een dwaling of vergissing (en niet als een doelbewust handelen).

Bovendien ontving verweerder nooit dubbele vergoedingen voor dezelfde prestaties.

- de tenlasteleggingen 5 (beide dossiers):

De DGEC gaat er ten onrechte van uit dat de er vermelde nomenclatuurnummers enkel mogen aangerekend worden indien de patiënt nadien effectief wordt geopereerd. Hiermee wordt de zinsnede "met het oog op een heelkundige ingreep" verkeerd geïnterpreteerd. Trouwens bij heel wat patiënten werd de ingreep wel degelijk uitgevoerd. Sommige preoperatieve onderzoeken van de twee ogen werden (terecht) op afzonderlijke tijdstippen uitgevoerd. Het gaat overigens om diagnostische handelingen (ter beoordeling van de opportuniteit van een eventuele ingreep).

Met betrekking tot de administratieve geldboete:

- verweerder vraagt voorbehoud omtrent eventuele verjaring van een eventuele geldboete.
- verweerder handelde alleszins te goeder trouw.
- ondergeschikt: de geldboete moet beperkt worden en het past betalingstermijnen toe te staan.

Korte weergave van het standpunt van eiser:

De DGEC betwijfelt of het EVRM toepasselijk is, maar geeft aan dat een correcte procesvoering hoe dan ook internrechtelijk gegarandeerd is.

De DGEC ziet niet goed in hoe het vermoeden van verkeerd aanrekenen, als start van het onderzoek, de onregelmatigheid van de bewijsgaring of bewijsvoering tot gevolg zou hebben.

Verder verwijst de DGEC naar de bronbescherming van art 12 van de arbeidsinspectiewet van 16.11.1972 en de totale mogelijkheid van verweerder zich te verweren en verdedigen tegen alle aangebrachte bezwarende elementen.

Het onderzoek werd objectief en neutraal gevoerd: er is zeker geen sprake van "persoonlijke wraak".

Er is geen reden om voorbehoud te verlenen omtrent mogelijke verjaring en/of nietigheid van de vaststellingen.

De DGEC wijst er ook op dat de dubbele facturatie o.m. blijkt uit de dossiergegevens en de verklaringen van verweerder zelf. Er kan terzake geen sprake zijn van administratieve vergissingen of dwalingen.

Wat de diverse tenlasteleggingen betreft wordt verwezen naar de gewaarmerkte elektronische gegevens.

Wat de tenlastelegging 5 betreft wijst de DGEC er op dat in zeer veel gevallen (76%) er geen operatie volgde na de aangerekende onderzoeken.

De administratieve geldboete is niet verjaard vermits niet blijkt dat het nieuw orgaan van contentieux ook gebonden zou zijn door de termijn van het vroegere art 141 §7 ZIV-wet (met betrekking tot het vroegere Comité).

De administratieve geldboete is trouwens ook gegrond want verweerder handelde wel degelijk wetens en willens en de nomenclatuur is duidelijk.

*
* *

BEOORDELING:

A. PRELIMINAIR:

- **Samenhang:**

Het dossier gekend onder AR 045/09 heeft betrekking op feiten tussen 1.10.2006 en 14.5.2007, terwijl het dossier AR 046/09 gaat over feiten tussen 15.5.2007 en 28.11.2008. Het gaat om opeenvolgende gelijkaardige feiten en beweerde inbreuken die samenhangend zijn zodat beide dossier, omwille van hun onderlinge verbondenheid beter samen worden behandeld en in één beslissing worden beslecht (art 6 Procedureglement en art 30 Ger. Wb).

- het **EUROPEES VERDRAG VOOR DE RECHTEN VAN DE MENS** en de al of niet regelmatigheid van het onderzoek:

Of het EVRM al of niet toepasselijk is, is niet echt relevant. Het recht op een eerlijk en correct proces en het recht van verdediging zijn basisregels bij elke procesvoering. Het recht van verdediging (in al zijn aspecten) is overigens een algemeen rechtsbeginsel (Cass. 10.3.1970, A.C. 1969-70, 650).

Uit niets blijkt dat het onderzoek op een onregelmatige wijze werd opgestart en/of een abnormaal of onregelmatig verloop kende. De inspecteurs moeten hebben vernomen dat verweerder mogelijk onjuist aanrekende en beschouwden dit als een "vermoeden" (eigenlijk eerder: een *aanwijzing*, zeker niet meer dan dat en zeker geen echt bewijselement in de zin van art 1349 Bwb), voldoende om een verder onderzoek te

rechtvaardigen. Nergens blijkt er sprake te zijn van vooringenomenheid, vijandschap, "persoonlijke wraak" e.d.m. Of er ook klacht en/of aangifte was door iemand en, in voorkomend geval, van wie die ook zouden zijn uitgegaan, speelt niet de minste rol.

Overigens wordt de zaak nu enkel beoordeeld aan de hand van de voor handen zijnde (deels objectieve) gegevens van het dossier en had/heeft verweerder alle mogelijkheid om te reageren op de aangevoerde inbreuken of onregelmatigheden. Verweerder werd uitvoerig ondervraagd en legde omstandige verklaringen af. Er is geen sprake van een schending van het recht van verdediging.

B. De terugvordering:

- Voorbehoud **verjaring**: er wordt niet aangetoond dat de terugvordering verjaard is zodat geen voorbehoud wordt verleend.
- **Onderzoek van de tenlasteleggingen 1 tot en met 4:**

Deze tenlasteleggingen komen bewezen voor gelet op:

- de elektronisch gewaarmerkte gegevens (die geenszins worden tegengesproken).
- de in tempore non suspecto door verweerder zelf afgelegde verklaringen: de inbreuken werden toegegeven en toegelicht.

De volgende verklaringen zijn bijvoorbeeld significant:

(zie synthesesnota's NA-045-09 en NA-046-09):

- met betrekking tot de *tenlastelegging 1*: "... Het gaat dus om administratieve fouten die zouden moeten rechtgezet worden door de mutualiteiten...". "... Deze dame heeft haar voorziene ingreep op voorhand geannuleerd. Die ingreep werd echter toch aangerekend aan de verzekeringsinstelling ...". (verklaring d.d. 29.9.2008)
- met betrekking tot de *tenlastelegging 2*: "... (n.b.: na uitleg waarom iets verkeerd liep) Ook in dit geval verwacht ik dat de mutualiteit mij verwittigt...". "... Het gaat dus om administratieve fouten die zouden moeten rechtgezet worden door de mutualiteiten...". (verklaring zelfde dag)
- Met betrekking tot de *tenlastelegging 3*: "... Bij 2 patiënten is de prestatie 248415 meer dan 1x/ per periode van 4 maand aangerekend. ...". "... die zelfde verstrekking nogmaals via derdebetaler wordt aangerekend op dezelfde dag. Ook in dit geval verwacht ik dat de mutualiteit mij verwittigt..." (verklaring zelfde dag)
- Met betrekking tot *tenlastelegging 4*: "... "... in dit geval gaat het om onoplettendheid ...". "... Hierdoor gebeurt het soms dat bepaalde verstrekkingen nogmaals via derdebetalenden worden aangerekend, dubbel soms..." (verklaring zelfde dag)

Dat, volgens verweerder, de mutualiteiten zouden gefaald hebben in hun controleopdracht en/of er administratieve vergissingen werden begaan en/of verweerder te goeder trouw handelde, speelt uiteraard niet de minste rol: het onverschuldigd betaalde moet worden terugbetaald. De vordering is, wat deze tenlasteleggingen betreft, gegrond.

- **Onderzoek van de tenlastelegging 5:**

Het is juist dat de nomenclatuurnummers 249255 en/of 248953 dikwijls werden uitgevoerd zonder dat er nadien een heelkundige ingreep plaatsvond. Deze nomenclatuurnummers mogen aangerekend worden bij de vermelde prestaties "**met het oog op een heelkundige ingreep**". "Met het oog op" wil evenwel niet zeggen dat de ingreep ook daadwerkelijk moet worden uitgevoerd, maar kan en mag ook worden opgevat als "ter beoordeling van" (met andere woorden: diagnostisch) Dat uiteindelijk niet (of pas veel later) werd overgegaan tot een heelkundige ingreep is niet relevant. Er staat immers nergens dat er slechts tussenkomst is voor zover dat of op voorwaarde dat er een heelkundige ingreep plaatsgrijpt. Eiser voegt een beperkende voorwaarde toe die er niet staat. Op dit punt is de vordering ongegrond.

C. De administratieve geldboete:

De bepalingen met betrekking tot de verjaring van deze boete raken de openbare orde, zodat de Kamer van eerste aanleg, zelfs ambtshalve, moet nagaan of de verjaring niet werd bereikt.

Artikel 141 §7 (zoals toen van toepassing op onderhavige geldboete) Gec. W. 14.VII.1994 stelt dat de administratieve geldboetes door het Comité (moeten) worden uitgesproken (binnen de 3 jaar) te rekenen vanaf de dag waarop de inbreuk werd vastgesteld.

De PV's van vaststelling dateren van oktober 2008.

De administratieve geldboete is bijgevolg verjaard.

*
* *
*

OM DEZE REDENEN,

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

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.

Verklaart de vordering met betrekking tot de *administratieve geldboete* onontvankelijk wegens verjaring;

Verklaart de vordering tot *terugvordering* ontvankelijk en deels gegrond;

Verklaart de vorderingen met betrekking tot de tenlasteleggingen 1 tot en met 4 gegrond en deze met betrekking tot de tenlastelegging 5 ongegrond; Stelt de totale terugvordering ten laste van verweerder vast op een bedrag van € 3.978,67 (= 16.113,04 – 13.801,90 – 668,30 + 13.132,93 – 10.797,10) veroordeelt hem bijgevolg tot terugbetaling van dit bedrag aan eisende partij en zegt dat hij dit bedrag meer bepaald dient te vereffenen door overschrijving op rekeningnummer 679-0019779-88 van het RIZIV binnen de maand volgend op de kennisgeving van deze beslissing.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 21 mei 2012 van de Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten behandeld worden, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en 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:

- Jan VERMEIR, magistraat, Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg;

- Martin VOLCKE, griffier.

Volgen de handtekeningen:

De griffier,

De Voorzitter,

Martin VOLCKE

Jan VERMEIR

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 de heer Jan VERMEIR, magistraat-voorzitter, en dokter Els DE BAERDEMAEKER en dokter Gustaaf NELIS, leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede dokter Bart DEHAES en dokter Yves GRYSOLLE, leden voorgedragen door de representatieve organisaties van het geneesherenkorps.

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