

**BESLISSING VAN DE LEIDEND AMBTENAAR**  
(Artikel 143, § 1, 2 en 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, GUV-wet)

Betreft:        **A...**  
                  **erkend huisarts, houder van het EKG-attest**  
                  **XXXX**  
                  **XXXX    XXXX**  
                  **RIZIV nr.: 1XXXXXXXX XXX**  
                  **BRS/N/2024/04**  
                  **en**  
                  **B...**  
                  **XXXX XXXX**  
                  **XXXX    XXXX**  
                  **KBO nummer: XXXX.XXX.XXX**

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

gelet op de resultaten van dat onderzoek die zijn gebundeld in het dossier 2021-XXXXXX-C-XX-XXX-00027 en dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd;

gelet op het proces-verbaal van vaststelling van 08/07/2022, opgesteld lastens A..., ter kennisgeving aangeboden via een aangetekende brief opgestuurd op 11/07/2022 aan zowel dokter A... als aan B...; gelet op de aanpassingen van 28/02/2023 en 19/01/2024 met betrekking tot dat proces-verbaal van vaststelling;

gelet op de ter post aangetekende brief van 15/03/2024 waarin de synthesesnota aan A... en B... ter kennisgeving werd aangeboden, waarin zij werden verzocht zich schriftelijk te verantwoorden;

gelet op de verweermiddelen van dokter A... van 10/05/2024;

gelet op de artikelen 73bis, 142, 143, 156, 157 en 164 van de GUV-wet.

## **1 GEFORMULEERDE TENLASTELEGGING**

In het proces-verbaal van vaststelling van 8 juli 2022 werd aan dokter A... de volgende inbreuk begaan op de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering ten laste gelegd:

**Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken terwijl 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 gesloten krachtens deze zelfde wet en/of wanneer de verstrekkingen beoogd in artikel 34 van diezelfde wet werden voorgeschreven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.**

Het betreft prestaties aangerekend per handeling terwijl de zorgverlener de keuze heeft gemaakt om onder het forfaitair systeem te werken. De prestaties vallen niet onder de mogelijke uitzonderingen van het verbod tot aanrekening per handeling beschreven in het Koninklijk besluit van 23/04/2023 wat betreft de medische huizen.

Wettelijke basis:

Artikel 73bis GVVU-wet

*Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1:*

...

*2° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet en/of verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep;*

Reglementaire basis:

Koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de GVVU-wet, wat betreft de medische huizen

*Belgisch Staatsblad van 30.04.2013 (in voege 01/05/2013)*

*(...)*

*Hoofdstuk III - Voorwaarden voor de betaling van de forfaitaire bedragen*

*Afdeling II - Inschrijving van de rechthebbende*

*Art. 15*

*§ 1. Om recht te geven op de toekenning van het vast bedrag, moet de rechthebbende zich laten inschrijven bij de beschouwde zorgverlener of groep van zorgverleners.*

*De rechthebbende vertrouwt het beheer van zijn globaal medisch dossier toe aan de huisarts of aan de huisartsen die werken in de groep van zorgverleners.*

*Bij de inschrijving ontvangt de rechthebbende een informatie over de kostprijs van de zorg die in het kader van de forfaitaire betaling wordt verleend. De Commissie kan de inhoud en de vorm van die informatie bepalen.*

*Het vast bedrag is verschuldigd aan de zorgverlener of groep vanaf de eerste maand na de inschrijvingsdatum en op voorwaarde dat de betrokken verzekeringsinstelling daarvan op de hoogte is gebracht, door de zorgverlener of groep waarbij hij zich laat inschrijven. [1De zorgverlener of de groep van zorgverleners maakt daarbij gebruik van de dienst "Inschrijvingen" van een software die is erkend door de Commissie Via dezelfde dienst en op voorwaarde dat de inschrijving nog niet effectief van kracht is, kan de zorgverlener of de groep van zorgverleners de annulatie van een inschrijving notifiëren.*

*De in het vorige lid bedoelde zorgverleners mogen verstrekkingen verrichten en ze per verstrekking laten honoreren als die verstrekkingen aan ingeschreven rechthebbenden tijdens de burgerlijke maand van de inschrijving worden verleend. Nochtans mag de rechthebbende, bij zijn eerste inschrijving vragen dat de verstrekkingen per handeling worden vergoed gedurende een tijdvak van maximum drie maanden dat niet kan worden vernieuwd.*

*§ 2. De zorgverleners die onder de in artikel 52, § 1 van de wet bepaalde voorwaarden een akkoord hebben gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen, mogen die verstrekkingen niet tegen betaling per verstrekking verlenen behalve in het uitzonderingsgeval dat is vermeld in de vorige paragraaf of nog, als het gaat om niet-ingeschreven rechthebbenden, in de gevallen van deelneming aan georganiseerde wachtdienst of aan een wachtdienst aan de poort van een ziekenhuis*

*Er kan eveneens een uitzondering worden toegekend voor zover het gaat om niet ingeschreven rechthebbenden :*

*1° voor raadplegingen in een centrum voor gezinsplanning;*

*2° voor raadpleging in een centrum dat zich bezig houdt met de preventie en/of behandeling van alcoholisme en/of verslaving;*

*3° voor raadpleging in een opvangtehuis voor mishandelde rechthebbenden;*

*4° om de bijzondere toestand te regelen van niet ingeschreven rechthebbenden die gedurende sommige periodes van het jaar tijdelijk verblijven in het geografisch gebied bedoeld in artikel 21, 1°.*

*De uitzonderingen bedoeld onder 1° tot en met 4° van vorig lid kunnen slechts worden toegekend na een zorgvuldige afweging, waarbij een duidelijke omschrijving gebeurt van de betrokken zorgverleners, de aard van de activiteit en de doelgroep. Tevens dient gemotiveerd te worden waarom de forfaitaire betaling in deze gevallen niet wordt toegepast. De vraag tot het toekennen van de uitzonderingen wordt door de zorgverleners voorgelegd aan de Commissie, die haar gemotiveerde beslissing meedeelt aan de zorgverleners.*

*In alle andere gevallen die in de akkoorden zijn bedongen en waarin wordt afgeweken van de forfaitaire bezoldiging van de geneesheren, is elke mogelijkheid om raadplegingen en bezoeken per handeling te doen honoreren, uitgesloten.*

*(...)*

Er werden 2224 verstrekkingen per handeling ten laste gelegd aan Dr. A... voor de prestatieperiode van 04/06/2019 tot en met 27/12/2021 en de ontvangstperiode bij de verzekeringsinstellingen van 09/07/2019 tot en met 27/12/2021 in het proces-verbaal van vaststelling van 08/07/2022 voor een bedrag van 44 587,10 euro.

Op basis van de argumenten van de zorgverlener werd de tenlastelegging herzien. Er werden 1366 verstrekkingen niet meer ten laste gelegd:

- 1.269 verstrekkingen werden aangerekend in het kader van deelname aan een georganiseerde wachtdienst;
- 2 verstrekkingen betroffen triage in het kader van COVID (met codenummer 101813 en 101850);
- 77 verstrekkingen betroffen verlengingen van GMD's (met codenummer 103596 en 101334) voor patiënten waarvan u de houder was van het GMD voor uw overstap naar het forfaitair systeem;
- 11 verstrekkingen werden correct aangerekend tijdens de burgerlijke maand van inschrijving van de patiënt;
- 7 verstrekkingen betroffen adviezen op afstand in het kader van COVID (met codenummer 101135 en 101990) welke niet beantwoorden aan de rechtvaardiging van de TLL 1 van het PVVa van 08/07/2022 want aangerekend aan verzekerden die niet ingeschreven waren in het forfait.

Dat werd gecommuniceerd aan de zorgverlener in de brief van 28/02/2023 met een aangepaste uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling.

Na een laatste controle werden zes bijkomende verstrekkingen, aangerekend in het kader van deelname aan een georganiseerde wachtdienst, niet meer ten laste gelegd. Dat werd eveneens gecommuniceerd aan de zorgverlener, in de brief van 19/01/2024.

De tenlastelegging betreft uiteindelijk 852 verstrekkingen voor de prestatieperiode van 04/06/2019 tot en met 27/12/2021 en data van ontvangst bij de verzekeringsinstellingen van 09/07/2019 tot en met 27/12/2021 voor een onverschuldigd bedrag van **20 872,10 euro**.

## **2 SAMENVATTING VAN DE VERWEERMIDDELEN**

De verweermiddelen van dokter A... kunnen samengevat worden als volgt.

Dokter A... werkt in haar verweermiddelen uit dat zij een sociaal bewogen arts is. Volgens haar geeft het boekhoudkundig profiel een vertekend beeld weer. Zij benadrukt ook dat zij geen antecedenten heeft.

Ze schrijft dat de jaren 2020-2021-begin 2022 heel heftig waren als eerstelijnsarts in de covid-crisis. Ze was verrast door het proces-verbaal van vaststelling dat ze ontvangen had. Volgens haar moest ze zelf het onderzoek voeren à décharge omdat ze 2224 prestaties moest analyseren. Uit haar onderzoek bleek dat er 1366 prestaties ten onrechte ten laste gelegd werden waardoor er nog 858 prestaties overbleven.

Volgens dokter A... is het standpunt van de DGEC ongenueanceerd wanneer er verwezen wordt naar de uitzonderingen voorzien in artikel 15, § 2 van het KB wat betreft de medische huizen.

Volgens de zorgverlener vonden veel van de betwiste verstrekkingen en spoedeisende prestaties plaats tijdens de eerste volledige lockdown en tijdens de pandemie. Het gaat volgens haar over prestaties van dringende hulp aan niet ingeschreven patiënten die nergens terecht konden. De terugbetaling van die dringende hulpverlening is volgens haar erkend in verschillende verslagen van de Commissie Forfait.

Ze spreekt van een ongekend gebrek aan huisartsen. Dat verklaart waarom er een verhoogd aantal vragen 'dringende hulpverlening' wordt gesteld aan de medische huizen.

De uitzonderingsgrond van dringende en noodzakelijke hulp in het forfait is een gebruik dat volgens dokter A... in die zin kracht van wet heeft. De dringende hulpverlening in de sector van medische huizen wordt onder meer bevestigd in het actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2024-2026.

Dokter A... verwijst ook naar een mail van 19 december 2022 waarbij de dienst medische huizen van het RIZIV waarbij zij volgens haar de toelating kreeg om de zorgen aan te rekenen als dringende hulp.

Ze verwijst ook naar rechtspraak van de Franstalige Kamer van beroep waaruit blijkt dat de zorgverlener moet kunnen vertrouwen op een beslissing van het bevoegde orgaan in het RIZIV.

De Commissie forfait bevestigde meermaals dat de dringende zorg wel aangerekend mocht worden. De figuur dringende hulp maakt met andere woorden een basiselement uit in het vraagstuk of men een verstrekking in het prestatiesysteem mag factureren

zonder uitzondering of men daarvoor een toegekende uitzondering nodig heeft en derhalve een uitzondering dient aan te vragen.

Bovendien moet er ook rekening gehouden worden met artikel 35, eerste lid van de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Een Koninklijk besluit mag daar niet van afwijken.

Verder wordt er in de verweermiddelen verwezen naar de New Deal waarbij men ook werkt met een vaste populatie en er essentiële gelijkenissen zijn met het forfaitair systeem. Het GMD is daarbij het equivalent van een inschrijving en er zou een discriminatie zijn wanneer een prestatiearts wel patiënten mag zien met wie hij geen duurzame band heeft maar een forfaitaire arts dat niet zou mogen. De krijtlijnen van de werking van de New deal komen volledig overeen met de krijtlijnen van de werking van het forfait. Ze maakt de vergelijking met de 25% die bij de new deal nog aangerekend mag worden voor 'niet ingeschreven patiënten' en stelt dat zij slechts 1,04% over de grens zit terwijl dat bij de new deal geen probleem zou zijn tot 25%.

Er wordt verwezen naar het feit dat er vroeger in de sector aanvaard werd dat men een patiënt drie maanden mocht zien alvorens die ingeschreven moest zijn. Dat werd ook erkend tijdens de commissie forfait van 26 februari 2019. Er werd tijdens de controle dus geen rekening gehouden met de realiteit van het terrein. Door de gewoonte, zonder enige communicatie naar de sector toe, stop te zetten, wordt er rechtsonzekerheid gecreëerd. Er wordt volgens dokter A... onmiddellijk gesanctioneerd zonder voorafgaande verduidelijkingen.

Volgens de zorgverlener is ingeschreven zijn bij de mutualiteit een voorwaarde om ingeschreven te kunnen worden/zijn in een medisch huis. Die patiënten hadden wel dringende hulp nodig omdat ze ziek waren, daarom werden die patiënten via het prestatiesysteem gezien. De omzendbrief die van toepassing was ten tijde van de feiten moet toegepast worden.

Er werd door dokter A... geen uitleg of verantwoording gegeven rond OCMW-patiënten, het verontrust haar dan ook dat daarover argumentatie in haar synthesesnota terug te vinden is.

Het depanneren van een collega arts die niet bereikbaar is om de zorgcontinuïteit van de patiënt te garanderen, is volgens dokter A... in wezen niets anders dan het verlenen van dringende hulp. Daarvoor wordt ook verwezen naar het verslag van de commissie forfait van 3 maart 2021.

Wat betreft de aanrekeningen van de GMD's verwijst dokter A... er naar dat dit een automatische verlenging door de mutualiteit was, dat zij dit zelf niet aanrekende en dit ook terugbetaalde. Ze verwijst ook hier naar het actieplan handhaving om te stellen dat er wel degelijk een probleem is met de automatische verlenging van het GMD. De codes die aangerekend werden voor het openen van een GMD werden foutief aangerekend en ook deze werden terugbetaald.

Nomenclatuurnummer 101113 wordt steeds samen gefactureerd met een wachtprestatie wanneer de raadpleging van de wacht heeft plaatsgevonden tussen 18-21uur. De wachtdiensten zijn erkend in het KB als een uitzondering.

Ze vult verder aan dat ze enkel op weekends en feestdagen prestaties uitvoerde in het kader van de wachtdiensten. Die prestaties moeten samen worden gelezen met de codes 101032 of 101076 tijdens de wachtdienst.

Ook de prestaties 's nachts en verplaatsingen 's avonds werden enkel geleverd in het kader van de wachtdiensten.

Verder wordt er gewezen op het gebrek aan informatie dat er zou zijn. Uit het verslag van de commissie forfait van 1 december 2021 blijkt dat de commissie zich bewust is van het feit dat de regels slecht gekend zijn en stelt ze e-learning sessies voor de medische huizen voor. Uit het actieplan handhaving blijkt ook dat de uitzonderingsregels uit het KB van 2013 onvoldoende duidelijk zijn geformuleerd en praktisch ontoereikend zijn. Omzendbrieven worden pas verzonden vanaf 2022 terwijl de onderzochte periode gaat over 2019-2021.

Dokter C..., lid van de commissie forfait en sinds 2013 voorzitter van de federatie voor medische huizen, D..., stelt ook dat dokter A... correct heeft gehandeld, conform de toepassing van de dringende hulpverlening door de commissie forfait. Het kan de individuele arts niet worden tegengeworpen dat de DGEC van mening is dat de informatie die de artsen van de medische huizen krijgen van de dienst medische huizen van het RIZIV niet correct zou zijn.

Tot slot verwijst de zorgverlener ook nog naar patiënten die zij niet kent waarvan de zorgen volgens haar uitgevoerd werden in het kader van een wachtdienst of bij het depanneren van een collega.

Dokter A... vraagt te zeggen voor recht dat:

- (i) In hoofdorde vast te stellen dat de feiten die vastgesteld zijn in het proces-verbaal van vaststelling niet bewezen zijn en derhalve niet aangehouden worden;
- (ii) Vast te stellen dat de ten laste gelegde feiten geen inbreuk zijn op artikel 73bis, 2° van de Gvu-wet;
- (iii) Ondergeschikt, indien u de mening zou toegedaan zijn dat de ten laste gelegde feiten een inbreuk zijn op artikel 73bis, 2° van de Gvu-wet, te willen vaststellen dat de hulpverlener gehandeld heeft naar de richtlijnen van de commissie forfait en de dienst medische huizen en vast te stellen dat deze inbreuk niet ten laste kan weerhouden worden aan de zorgverlener omdat deze moet kunnen vertrouwen op een beslissing van een bevoegd orgaan in het RIZIV;
- (iv) Meer ondergeschikt indien u de mening zou toegedaan zijn dat de ten laste gelegde feiten een inbreuk zijn op artikel 73bis, 2° van de Gvu-wet over te willen gaan tot een klassering zonder gevolg;
- (v) In nog meer ondergeschikte orde, indien u de mening zou toegedaan zijn dat de ten laste gelegde feiten een inbreuk zijn op artikel 73bis, 2° van de Gvu-wet, dat u de welwillendheid heeft om een waarschuwing te willen geven, rekening houdend met de goede trouw en feit van geen antecedenten; en
- (vi) In de meest ondergeschikte orde, indien u de mening zou toegedaan zijn dat de ten laste gelegde feiten een inbreuk zijn op artikel 73bis, 2° van de Gvu-wet en indien u toch zou willen overgaan tot recuperatie van de betwiste prestaties, geen administratieve geldboete te willen opleggen rekening houdende met de goede trouw en feit van geen antecedenten.

### **3 BEOORDELING**

#### **3.1 Algemeen**

Overeenkomstig artikel 143, § 1, 1° van de GVVU-wet neemt de Leidend ambtenaar kennis van de betwistingen betreffende de inbreuken bedoeld in artikel 73bis, 1°, 2°, 3° en 4° van de wet wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35 000 euro. Onder “*waarde van de betwiste verstrekkingen*” moet het verschuldigde bedrag begrepen worden dat overblijft na aanrekening van elke terugbetaling uitgevoerd tussen de kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling en het aanhangig maken van de zaak bij de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg.<sup>1</sup> Dit dossier behoort dus tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar.

*In casu* werden de feiten ten laste gelegd aan dokter A... als zorgverlener in de zin van artikel 2, n) van de GVVU-wet.

Overeenkomstig artikel 142, § 2, derde lid van de GVVU-wet heeft het proces-verbaal van vaststelling bewijskracht tot bewijs van het tegendeel *voor zover een afschrift er van ter kennis wordt gebracht van de vermoedelijke dader van de inbreuk, en, waar nodig, van de in artikel 164, tweede lid, bedoelde natuurlijke persoon of rechtspersoon binnen een termijn van veertien dagen die aanvangt de dag na de vaststelling van de inbreuk, door de in artikel 146 bedoelde sociaal inspecteurs*. *In casu* werd het afschrift van het proces-verbaal van vaststelling zowel aan dokter A... als aan B... ter kennis gegeven met het oog op de toepassing van artikel 164, tweede lid van de GVVU-wet.

De tenlastelegging, de wettelijke en reglementaire basis en de argumentatie van de Dienst zijn opgenomen in de synthesenota die ter kennisgeving werd aangeboden aan dokter A... en B.... De synthesenota maakt deel uit van het dossier.

#### **3.2 Ten gronde**

We stellen inderdaad vast dat de sociaal inspecteur een proces-verbaal van vaststelling opmaakte dat prestaties bevatte die nadien niet langer weerhouden werden. Nadat de zorgverlener elementen aanreikte waaruit bleek dat bepaalde prestaties wel correct werden aangerekend, liet de sociaal inspecteur haar weten dat die prestaties niet langer weerhouden werden en volgde er een herberekening van de uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling. Dat heeft echter geen impact op de beoordeling van de prestaties die wel nog weerhouden werden.

Voor de duidelijkheid wordt de tekst van artikel 15 van het Koninklijk besluit van 23/04/2013 hieronder hernomen:

Art. 15. § 1. *Om recht te geven op de toekenning van het vast bedrag, moet de rechthebbende zich laten inschrijven bij de beschouwde zorgverlener of groep van zorgverleners. De rechthebbende vertrouwt het beheer van zijn globaal medisch dossier toe aan de huisarts of aan de huisartsen die werken in de groep van zorgverleners. Bij de inschrijving ontvangt de rechthebbende een informatie over de kostprijs van de zorg die in het kader van de forfaitaire betaling wordt verleend. De Commissie kan de inhoud en de vorm van die informatie bepalen. Het vast bedrag is verschuldigd aan de zorgverlener of groep vanaf de eerste maand na de inschrijvingsdatum en op voorwaarde dat de betrokken verzekeringsinstelling daarvan op de hoogte*

---

<sup>1</sup> Wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Parl.St.* Kamer DOC 53, 2600/001, 14.

is gebracht, door de zorgverlener of groep waarbij hij zich laat inschrijven. De zorgverlener of de groep van zorgverleners maakt daarbij gebruik van de dienst "Inschrijvingen" van een software die is erkend door de Commissie. Via dezelfde dienst en op voorwaarde dat de inschrijving nog niet effectief van kracht is, kan de zorgverlener of de groep van zorgverleners de annulatie van een inschrijving notifiëren.

De in het vorige lid bedoelde zorgverleners mogen verstrekkingen verrichten en ze per verstrekking laten honoreren als die verstrekkingen aan ingeschreven rechthebbenden tijdens de burgerlijke maand van de inschrijving worden verleend. Nochtans mag de rechthebbende, bij zijn eerste inschrijving vragen dat de verstrekkingen per handeling worden vergoed gedurende een tijdvak van maximum drie maanden dat niet kan worden vernieuwd.

§ 2. De zorgverleners die onder de in artikel 52, § 1 van de wet bepaalde voorwaarden een akkoord hebben gesloten met het oog op de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen, mogen die verstrekkingen niet tegen betaling per verstrekking verlenen behalve in het uitzonderingsgeval dat is vermeld in de vorige paragraaf of nog, als het gaat om niet-ingeschreven rechthebbenden, in de gevallen van deelneming aan georganiseerde wachtdienst of aan een wachtdienst aan de poort van een ziekenhuis.

Er kan eveneens een uitzondering worden toegekend voor zover het gaat om niet-ingeschreven rechthebbenden :

- 1° voor raadplegingen in een centrum voor gezinsplanning;
- 2° voor raadpleging in een centrum dat zich bezig houdt met de preventie en/of behandeling van alcoholisme en/of verslaving;
- 3° voor raadpleging in een opvangtehuis voor mishandelde rechthebbenden;
- 4° om de bijzondere toestand te regelen van niet-ingeschreven rechthebbenden die gedurende sommige periodes van het jaar tijdelijk verblijven in het geografisch gebied bedoeld in artikel 21, 1°.

De uitzonderingen bedoeld onder 1° tot en met 4° van vorig lid kunnen slechts worden toegekend na een zorgvuldige afweging, waarbij een duidelijke omschrijving gebeurt van de betrokken zorgverleners, de aard van de activiteit en de doelgroep. Tevens dient gemotiveerd te worden waarom de forfaitaire betaling in deze gevallen niet wordt toegepast. De vraag tot het toekennen van de uitzonderingen wordt door de zorgverleners voorgelegd aan de Commissie, die haar gemotiveerde beslissing meedeelt aan de zorgverleners.

In alle andere gevallen die in de akkoorden zijn bedongen en waarin wordt afgeweken van de forfaitaire bezoldiging van de geneesheren, is elke mogelijkheid om raadplegingen en bezoeken per handeling te doen honoreren, uitgesloten.

Het is die tekst die bepaalde welke prestaties ten laste gelegd werden en welke prestaties correct aangerekend werden.

Hieronder worden de verschillende onderdelen van het verweer gegroepeerd besproken.

- Covid en huisartsentekort

Zoals uitgewerkt in de synthesesnota, bleef het verbod om aan te rekenen per handeling uit het Koninklijk besluit van 23/04/2013 onverkort van toepassing tijdens de Covid-pandemie. De regelgeving was op dat moment ongewijzigd hetgeen wil zeggen dat de zorgverleners op wie het Koninklijk besluit van toepassing was, de inhoud er van nog steeds dienden te respecteren zonder dat zij zich bijvoorbeeld op bijkomende uitzonderingen konden beroepen.

Dokter A... koos er voor om te werken binnen het forfaitair systeem. Dat is een keuze die zij zelf maakte, waardoor zij daarna ook verplicht is de regelgeving die van toepassing is te respecteren. Het feit dat er in bepaalde regio's een huisartsentekort zou zijn, wil niet zeggen dat het Koninklijk besluit van 23/04/2013 niet meer van toepassing zou zijn. Een eventueel huisartsentekort zou er toe kunnen geleid hebben dat er zich meer patiënten inschreven bij het medisch huis om door dokter A... geholpen te kunnen worden. Dat is echter niet wat de sociaal inspecteur vaststelde.



- Dringende zorgen en vertrouwensbeginsel

Één van de kernargumenten uit de verweermiddelen heeft te maken met zorgen die zogenaamd aangerekend werden omdat het ging over dringende zorgen. Dokter A... brengt heel veel aanrekeningen terug tot dringende zorgen hetgeen dan volgens haar een toegestane uitzondering zou zijn. Om die uitzondering te motiveren, beroept zij zich op uittreksels van verslagen van de Commissie forfait. In de eerste plaats zijn die verslagen niet publiek, net omdat het loutere interne discussies zijn en zij niet kunnen gelden als 'beslissingen' van de commissie forfait, noch als regelgeving die op gelijke voet zou kunnen staan met het Koninklijk besluit van 23/04/2013. In de tweede plaats gaat het tijdens de besprekingen van de commissie forfait steeds over uitwisselingen tussen leden die niet zonder hun context bekeken kunnen worden.

Een zorgverlener kan een uitzondering aanvragen bij de commissie forfait. De mail van 19 december 2022, getekend door E... waarnaar meermaals verwezen wordt, stelt niet uitdrukkelijk dat de aanrekeningen van dokter A... toegelaten zouden zijn zonder meer. Er staat dat de zorgen uitgevoerd bij toeristen en kotstudenten normaal enkel verleend zouden worden wanneer het gaat om dringende zorg. Zij staan niet letterlijk vermeld als 'toegestaan' zoals dokter A... stelt. Daarbij dateert die mail van na de onderzochte periode en kan het antwoord dus hoe dan ook niet retroactief gelezen worden voor de prestaties uitgevoerd tijdens de onderzochte periode.

Zij maakt daarbij de link met het vertrouwensbeginsel en het feit dat de DGEC van het RIZIV niet zou mogen terugkomen op toezeggingen die een andere dienst van het RIZIV deed. Daarbij wordt verwezen naar een beslissing van de Franstalige Kamer van beroep.

Volgens vaste rechtspraak van de Raad van State moet de burger kunnen vertrouwen op een vaste gedragslijn van de overheid of op toezeggingen of beloften die de overheid in een concreet geval heeft gedaan. Opdat er van een schending van het vertrouwensbeginsel sprake zou kunnen zijn, moet de verzoekende partij volgens de Raad van State minstens aannemelijk maken dat de verwerende partij bij haar een rechtmatig vertrouwen heeft gewekt.<sup>2</sup> Het gaat daarbij over een rechtmatig vertrouwen. Het vertrouwensbeginsel kan niet *contra legem* toegepast worden.<sup>3</sup> Ook die principes werden meermaals bevestigd door de Kamer van beroep.<sup>4</sup>

Zelfs al zou de redenering gevolgd worden dat de verslagen van de commissie forfait publiek zijn en de waarde van een beslissing zouden hebben, dan blijft de vaststelling nog steeds dat zij niet toegepast kunnen worden tegen het Koninklijk besluit van 23/04/2013 in. In die zin, gaat het hoe dan ook niet over rechtmatige verwachtingen en kan de zorgverlener er zich ook niet op beroepen om onrechtmatige aanrekeningen te verantwoorden.

Ook wat betreft de 'gewoonte' die gecreëerd geweest zou zijn, kan de zorgverlener niet gevolgd worden. Aangezien de verslagen van de commissie forfait in zijn geheel niet gepubliceerd worden, zijn ze niet standaard bekend voor het publiek. Er kan geen sprake zijn van een gewoonterecht wanneer het niet gaat over officiële beslissingen die genomen worden door de instelling die kenbaar zijn voor het publiek.

Het zou net afbreuk doen aan de rechtszekerheid wanneer uitwisselingen tussen leden tijdens een vergadering van een commissie van toepassing zouden zijn boven de

---

<sup>2</sup> RvS 10 juni 2020, nr. 247.749; RvS 26 maart 2021, nr. 250.232; RvS 11 juli 2023, nr. 257.091.

<sup>3</sup> RvS 24 september 2018, nr. 242.410; Cass. 15 februari 2013, AR F.11.0150.N.

<sup>4</sup> Bijvoorbeeld:

[www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak\\_kv\\_b\\_verpleegkundige\\_20201112\\_1.pdf](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kv_b_verpleegkundige_20201112_1.pdf).

reglementering die overeenkomstig de GvU-wet gepubliceerd werd in het Belgisch Staatsblad. De administratie deed geenszins concrete toezeggingen of beloften.<sup>5</sup>

- New deal

Wat betreft de vergelijking met de New deal merken we op dat het daar gaat over een nieuwe manier van financiering waarvoor de zorgverlener kan kiezen. Net zoals dokter A... koos om voor het medisch huis te werken, kan een huisarts ook kiezen om zich te registreren binnen de New deal. Zoals te lezen op de website van het RIZIV<sup>6</sup>:

### Welke huisartsen en praktijken kunnen kiezen voor dit nieuwe systeem?

Elke vorm van huisartsenpraktijk kan toetreden: solo-artsen, groepspraktijken of netwerkpraktijken, vanuit het prestatiesysteem of vanuit het systeem voor medische huizen met forfaitaire financiering.

Een huisartspraktijk kan enkel in zijn geheel instappen, elke huisarts van de praktijk moet de kandidatuur ondersteunen.

Groeps- of netwerkpraktijken moeten:

- geregistreerd zijn als groepering via ProGezondheid.be,
- werken met een gedeeld patiëntenbestand
- integratie-instrumenten gebruiken, zoals werken met gedeelde elektronische en gehomologeerde patiëntendossiers, zorgoverleg en coördinatievergaderingen.
- Elke huisarts van de praktijk moet geaccrediteerd zijn op de moment van instappen.

Dokter A... wordt niet verplicht om voor een medisch huis te werken, het was haar keuze. Zij wordt enkel verplicht de regels te respecteren die gepaard gaan met haar eigen keuze.

De verschillende financieringssystemen bestaan naast elkaar en hebben elk hun eigen voorwaarden. Het is niet mogelijk voor de zorgverlener om de meest aantrekkelijke aspecten uit de verschillende systemen vrij te kiezen en te combineren.

Dokter A... verwijst ook naar artikel 35, eerste lid van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Daarin staat echter duidelijk dat de beoefenaars waarnaar verwezen wordt recht hebben op honoraria of forfaitaire bezoldiging. Zolang dokter A... ingeschreven is bij het medisch huis heeft zij recht op haar forfaitaire bezoldiging, behalve voor de uitzonderingsgevallen voorzien in het Koninklijk besluit. Het Koninklijk besluit betreffende de medische huizen wijkt dus niet af van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen maar beide bestaan naast elkaar.

- GMD

Dokter A... benadrukt dat zij de prestaties terugbetaalde, maar die terugbetaling gebeurde enkel nadat de sociaal inspecteur vaststelde dat ze ten onrechte ontvangen werden. Dokter A... had moeten weten dat zij geen recht had op die bedragen op het moment dat de verzekeringsinstelling een automatische verlenging van het GMD doorvoerde en uitbetaalde. De terugbetaling is dus vrijwillig na de vaststelling, maar had eigenlijk ook eerder kunnen gebeuren ten aanzien van de verzekeringsinstelling zelf. Daarbij gaat het niet enkel om de verlenging van een al voordien geopend GMD, maar werden er ook nieuwe GMD's aangerekend terwijl dokter A... al werkte voor het medisch

<sup>5</sup> Antwerpen (burg.) (B6Me k.) 17 april 2023, nr. 2021/AR/1165.

<sup>6</sup> [www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/new-deal-voor-de-financiering-van-de-huisartsenpraktijk](http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/new-deal-voor-de-financiering-van-de-huisartsenpraktijk).

huis en dat niet in overeenstemming met wat voorzien is in het Koninklijk besluit van 23/04/2013.

- Actieplan handhaving

Wat betreft het actieplan handhaving<sup>7</sup> hernemen we een volledig uittreksel dan hetgeen we lezen in de verweermiddelen van dokter A...:

#### **Medische urgentie**

In de praktijk staat de Commissie Forfait ook toe dat huisartsen per handeling factureren aan niet-ingeschreven rechthebbenden in geval van een medische urgentie.

Er wordt vastgesteld dat sommige artsen in de sector een zeer hoog en weinig gebruikelijk volume van dergelijke urgenties rapporteren en factureren. In principe is medische urgentie een zeldzaam fenomeen binnen de huisartsgeneeskunde dat zo'n 2 à 3 keer per jaar voorkomt in een huisartsenpraktijk.

Een verduidelijking van de regels over medische urgentie is nodig maar niet eenvoudig. Het is niet de bedoeling urgentie in te roepen omdat men patiënten niet wil inschrijven en/of omdat patiënten niet ingeschreven willen worden.

#### **Uitzonderingsregels van art. 15 §2**

Blijkbaar gebruikt men 'medische urgentie' vaak om een bredere problematiek i.v.m. de regels van de sector op te lossen. De uitzonderingsregels van art. 15, §2 van het KB van 23 april 2013 zijn onvoldoende duidelijk geformuleerd en/of praktisch ontoereikend.

Daar staat duidelijk dat een medische urgentie in principe een zeldzaam fenomeen is binnen de huisartsgeneeskunde. Dat maakt de redenering van dokter A... waarbij zij talloze gevallen terugbrengt tot medische urgenties niet te volgen.

Daarbij begint het onderdeel over de medische huizen in het actieplan duidelijk door te stellen dat er meerdere soorten inbreuken worden opgesomd waarvoor in de uitrol van het plan acties ondernomen zullen worden.

Het feit dat de sector van mening is dat de uitzonderingsregels van artikel 15, § 2 van het Koninklijk besluit van 23/04/2013 onvoldoende duidelijk geformuleerd zijn en/of praktisch ontoereikend zijn, is niet hetzelfde als zeggen dat het RIZIV dat standpunt formuleerde. Het RIZIV stelt vast dat het zo lijkt te zijn voor de sector en onderzoekt wat eventuele alternatieven zijn. Dat wil op zich niet zeggen dat de regelgeving die momenteel van toepassing is niet meer gerespecteerd zou moeten worden. Anders zou elke zorgverlener kunnen beweren dat de regelgeving voor hem onvoldoende duidelijk is en dat hij ze dus niet moet respecteren. Daarbij werd het actieplan handhaving waarnaar verwezen wordt pas gepubliceerd op de website van het RIZIV na de onderzochte periode. Het is dus niet zo dat dit document ten tijde van de feiten 'verwarring' zaaide zoals de zorgverlener lijkt te impliceren.

- Nomenclatuurnummer 101113 en deelname wachtdienst

De omschrijving van deze code luidt als volgt: "Permanentietoeslag aangerekend voor raadplegingen tussen 18 en 21 uur, voorbehouden voor artsen die ingeschreven zijn in een georganiseerde wachtdienst".

Deze nomenclatuurcode is voorbehouden voor artsen die ingeschreven zijn in een georganiseerde wachtdienst. Dat wil niet zeggen dat de prestatie waarvoor het supplement wordt aangerekend uitgevoerd werd tijdens een wachtdienst.

---

<sup>7</sup> [www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/actieplan\\_handhaving\\_2024\\_2026.pdf](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/actieplan_handhaving_2024_2026.pdf).

De prestaties die aangerekend werden via het derdebetalersnummer van een huisartsenwachtpost werden verwijderd tijdens de analyse die de dienst uitvoerde. De ten laste gelegde prestaties werden gecontroleerd aan de hand van de wachtlijsten van de huisartsenwachtpost F.... Daaruit blijkt dat de prestaties die nog ten laste gelegd werden niet correct aangerekend werden omdat het niet ging over prestaties uitgevoerd tijdens een wachtdienst.

- Ongekende patiënten

Dokter A... schrijft deze patiënten gezien te hebben in het kader van een wachtdienst of om een andere collega te depanneren hetgeen volgens haar dan onder dringende hulpverlening valt.

Zoals hierboven al uitgewerkt, werden de prestaties uitgevoerd tijdens een wachtdienst niet langer hernomen in de tenlastelegging. Dringende hulpverlening is als dusdanig geen uitzondering uit het Koninklijk besluit betreffende de medische huizen.

Deze prestaties mochten dus niet aangerekend worden aan de ziekteverzekering.

- Patiënten zonder verzekeringsinstelling

Het is duidelijk dat er voor deze verzekerden niet aangerekend kan worden aan de ziekteverzekering.

- Zogenaamde 'zwakke patiënten'

Het statuut dringende medische hulp is een statuut van een patiënt die ingeschreven is bij het OCMW waarvan de zorgen ten laste zijn van POD maatschappelijke integratie. Die patiënten zijn niet aangesloten bij een verzekeringsinstelling. Zoals blijkt uit de synthesesnota controleerde de sociaal inspecteur of er aanrekeningen gebeurden via het derdebetalersnummer van het OCMW in de aanrekeningen van dokter A.... Dat bleek niet het geval te zijn.

### **3.3 Maatregelen**

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.<sup>8</sup> Van elke medewerker, en dus ook van dokter A..., wordt verwacht dat zij voldoende kennis heeft van de vigerende bepalingen.<sup>9</sup> De Kamer van eerste aanleg benadrukte al eerder dat een correcte naleving van de bepalingen van de nomenclatuur het maatschappelijk belang raakt.<sup>10</sup>

De ten laste gelegde prestaties zijn bewezen en kunnen dus weerhouden worden. De schade aan de ziekteverzekering moet hersteld worden door middel van een terugbetaling van de waarde van de ten onrechte aangerekende prestaties. Overeenkomstig artikel 164, tweede lid GvU-wet kon de DGEC daarvoor B... hoofdelijk mee aanspreken.

---

<sup>8</sup> Grondwettelijk Hof 12 maart 2003, rolnummer 2382.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Kea 04/09/2023, NA-009-22,

[www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak\\_kea\\_tandarts\\_20230904\\_1.pdf](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kea_tandarts_20230904_1.pdf).

Er wordt hier ook gewezen op het feit dat een proces-verbaal van vaststelling opstellen en verzenden samen met een uitnodiging om vrijwillig terug te betalen geen sanctie is. Het is pas in het kader van deze administratieve procedure dat er eventueel een sanctie opgelegd kan worden.

Overeenkomstig artikel 21 van het Sociaal Strafwetboek heeft de sociaal inspecteur een beoordelingsvrijheid waarbij zij de keuze hebben welk gevolg zij verbinden aan hetgeen ze opmerken binnen hun bevoegdheid. Het is inderdaad zo dat de opstelling van een proces-verbaal van vaststelling een keuze is en geen verplichting. De sociaal inspecteur is daarentegen ook niet verplicht om eerst informatie te verspreiden vooraleer hij of zij een proces-verbaal van vaststelling zou kunnen opstellen.

Artikel 142, § 1, 2° GUV-wet voorziet de maatregelen die opgelegd kunnen worden voor deze inbreuken:

*§ 1 Onverminderd eventuele strafrechtelijke- en/of tuchtrechtelijke sancties, worden de zorgverleners en gelijkgestelden die zich niet schikken naar de bepalingen van artikel 73bis de hiernavolgende maatregelen opgelegd:*

...

*2° de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd en/of een administratieve geldboete van 5 % tot 150 % van de waarde van de terugbetaling, bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 2°;*

Naast de terugbetaling kan dus ook een administratieve geldboete opgelegd worden voor deze inbreuk van 5-150% van de waarde van de terugbetaling. Overeenkomstig artikel 157, § 1 GUV-wet kan die geldboete opgelegd worden met een uitstel gedurende een periode van maximum drie jaar. Dat wil zeggen dat wanneer de zorgverlener in de toekomst de toepasselijke wetgeving en regelgeving respecteert, er geen nieuwe vaststelling door de sociaal inspecteur zal volgen en het gedeelte van de geldboete dat nu opgelegd wordt met uitstel, nooit effectief zal worden. Zoals het Grondwettelijk Hof oordeelde, kan het uitstel de zorgverlener ertoe aanzetten haar gedrag te wijzigen door de dreiging om, indien ze zich niet zou aanpassen, de veroordeling tot de betaling van een administratieve geldboete wel te moeten uitvoeren.<sup>11</sup>

Dit is het eerste proces-verbaal van vaststelling op naam van dokter A.... We hopen dat er door deze beslissing meer duidelijkheid komt voor de zorgverlener wat betreft de toepassing van het Koninklijk besluit zodat zij haar manier van werken concreet kan aanpassen.

Om die reden wordt er een geldboete opgelegd van 25% van de waarde van de terugbetaling waarvan 2/5<sup>e</sup> met uitstel gedurende een periode van drie jaar.

---

<sup>11</sup> GwH 6 februari 2020, nr. 20/2020.

## 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 vastgesteld zijn in het proces-verbaal van vaststelling van 08/07/2022 met verbeteringen van 28/02/2023 en 19/01/2024 bewezen zijn en houdt ze dus aan;
- stelt vast dat de ten laste gelegde feiten (na verbetering) een inbreuk zijn op artikel 73bis, 2° van de GVVU-wet;
- veroordeelt dokter A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 2° van de GVVU-wet tot de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, zijnde 20 872,10 euro; en dat overeenkomstig artikel 164, tweede lid GVVU-wet hoofdelijk met B...; stelt vast dat 6014,79 euro al vrijwillig werd terugbetaald waardoor er nog **14 857,31 euro** verschuldigd blijft;
- veroordeelt dokter A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 2° van de GVVU-wet tot een administratieve geldboete van 25% van de waarde van de terugbetaling, 5218,02 euro waarvan 3/5<sup>e</sup> effectief zijnde **3130,81 euro** en 2/5<sup>e</sup> met uitstel gedurende een periode van drie jaar zoals voorzien in artikel 157, § 1 GVVU-wet, zijnde 2087,21 euro.

A... moet het bedrag van **14 857,31 euro** terugbetalen hoofdelijk met B... en dokter A... moet **3130,81 euro** betalen ten titel van administratieve geldboete 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.

De Leidend ambtenaar, dokter P. Tavernier

Dr. Philip Tavernier  
Arts-directeur-generaal

Digitaal ondertekend door  
Philip Tavernier (Signature)  
Datum: 25/06/2024 09:34:03