

Rep. nr. 01/16

*

AR. NB-006-15
E/XXXX

AR. NA-007-15
E/XXXX

*

Beroep tegen de
beslissing van de Kamer
van eerste aanleg van 20
april 2015

*

Tegensprekelijke
eindbeslissing
d.d. 11 januari 2016

*

VAN RECHTSWEGE
UITVOERBAAR BIJ
VOORRAAD
NIETTEGENSTAANDE
BEROEP

KAMER VAN BEROEP die met volle rechtsmacht kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bij artikel 144, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

BESLISSING

In de zaak van

Mevrouw A..., verpleegkundige, wonend te XXXX,

Mevrouw B..., verpleegkundige, wonend te XXXX,

C..., KBO nummer XXXX met maatschappelijke zetel te XXXX,

appellanten, met als raadsman meester D .. *loco* meester E , advocaat te XXXX

Tegen

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

geintimeerde, voor wie zijn verschenen, de heer F , verpleegkundige-
controleur en mevrouw G , attaché, ambtenaren bij geintimeerde

*
* *

Op de openbare terechtzitting van 14 december 2015 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 beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 20 april 2015, ter kennisgeving aangeboden aan de appellanten op 23 april 2015;
- het verzoekschrift tot hoger beroep van de appellanten van 23 mei 2015, ontvangen bij de griffie van de Kamer van beroep op 26 mei 2015,
- de besluiten van geintimeerde van 30 juni 2015, neergelegd bij de griffie van de Kamer van beroep op 30 juni 2015;
- de besluiten van de appellanten van 1 oktober 2015, ontvangen op de griffie van de Kamer van beroep op 2 oktober 2015,
- de vaststelling van rechtsdag op 14 december 2015

Gehoord op de openbare terechtzitting van 14 december 2015:

- meester D *loco* meester E in de uiteenzetting van de middelen en conclusies namens de appellanten,
- mevrouw G en de heer F in de uiteenzetting van de middelen en conclusies namens geintimeerde

De debatten worden gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 11 januari 2016, eerste nuttige zitting van de Kamer van beroep

*
* *

- Voorwerp van het geschil

De appellanten werden de volgende inbreuken ten laste gelegd

1. Het aanrekenen van niet-verleende verstrekkingen.

Wettelijke basis:

Artikel 73 bis, 1° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

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,

1.1 Op basis van voorschriften opgesteld door dokter H... werden verstrekkingen aangerekend welke niet werden verleend

Er werden door mevrouw B. bij zeven verzekerden 577 prestaties ten onrechte aangerekend voor 2.389,66 euro

Er werden door mevrouw A bij zeven verzekerden 3 732 prestaties ten onrechte aangerekend voor 15 468,84 euro

1.2 Andere niet verleende verstrekkingen

Er werden door mevrouw B bij drie verzekerden nog 217 andere niet uitgevoerde prestaties aangerekend voor 797,07 euro

Er werden door mevrouw A bij drie verzekerden nog 2 123 andere niet uitgevoerde prestaties aangerekend voor 9 864,07 euro

Het totaal van de niet uitgevoerde prestaties bedraagt 3 620,06 euro voor mevrouw B en 27 588,81 euro voor mevrouw A

2. Noch preventieve, noch curatieve wondzorgen en inspuitingen.

Wettelijke basis.

Artikel 73bis, 3° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

"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

3° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de uitgevoerde verstrekkingen noch preventief, noch curatief zijn in de zin van artikel 34,

Mevrouw B rekende bij zeven verzekerden 309 prestaties ten onrechte aan voor 1.524,70 euro

Mevrouw A rekende bij zeven verzekerden 1.984 prestaties ten onrechte aan voor 9 763,06 euro.

3. Het aanrekenen van verstrekkingen die niet conform zijn aan de wet en haar uitvoeringsbesluiten.

Wettelijke basis.

Artikel 73bis, 2° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

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

3.1 Onvolledig verpleegdossier

3.1.1 Het verpleegdossier bevat geen planning of evaluatie van de verleende zorgen.

Reglementaire basis

Artikel 8, § 3, 5° van de Nomenclatuur van Geneeskundige Verstrekkingen (K B 14 09 1984)

" Er zijn geen honoraria verschuldigd wanneer het bijhouden van het in § 4, 2°, § 5 ter en § 8 vermeld verpleegdossier onvolledig gebeurt "

§ 4, 2° Onverminderd de bijzonder bepalingen van §5ter en §8 van dit artikel, omvat bovenvermeld verpleegdossier tenminste

"de identificatiegegevens van de rechthebbende, de evaluatieschaal , de inhoud van het voorschrift als bedoeld in §2 (kopie van het voorschrift of omschrijving als het om een geautomatiseerd dossier gaat) , de identificatiegegevens van de voorschrijver, de planning en evaluatie van de verzorging, alle verpleegkundige zorg die over elke verzorgingsdag verleend werd, de identificatie van de verpleegkundigen die deze verzorging hebben verleend Onverminderd de bewaringstermijnen die door andere wetgevingen zijn opgelegd, moet het verpleegdossier gedurende tenminste vijf jaar worden bewaard "

Bij 12 verzekerden werden er door mevrouw B.. 1.276 prestaties ten onrechte aangerekend voor 5.873,79 euro

Bij 12 verzekerden werden er door mevrouw A 10 503 prestaties ten onrechte aangerekend voor 65 005,49 euro

3 1 2 Er was geen specifiek wondzorgdossier.

Reglementaire basis

Artikel 8, § 8, 5° van de Nomenclatuur van Geneeskundige Verstrekkingen (K B 14 09 1984)

" De verstrekkingen 424351, 424513, 424653, 424815, 424373, 424535, 424675

en 424830 kunnen slechts worden aangerekend op voorwaarde dat een specifiek wondzorgdossier wordt opgemaakt en bijgehouden. Dit dossier maakt integraal deel uit van het verpleegdossier bedoeld in § 4, 2° "

§ 4 van artikel 8 zegt tevens dat het verpleegdossier gedurende tenminste vijf jaar moet bewaard worden

Bij negen verzekerden werden er door mevrouw B 298 prestaties ten onrechte aangerekend voor 1.515,50 euro

Bij tien verzekerden werden er door mevrouw A. 2 442 prestaties ten onrechte aangerekend voor 15 012,26 euro

3.1.3 Het verslag van het verpleegkundig consult was niet aanwezig in het verpleegdossier.

Reglementaire basis

Artikel 8, § 4 bis van de Nomenclatuur van Geneeskundige Verstrekkingen (K B 14 09.1984)

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

" Het verslag moet beantwoorden aan een richtlijn die op voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen — verzekeringsinstellingen door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd "

Deze inbreuk werd enkel vastgesteld bij mevrouw A. Bij negen verzekerden werden er negen prestaties ten onrechte aangerekend voor 206,55 euro.

3.2 Overschatting van de afhankelijkheidscriteria

3.2.1 In verband met forfaitaire honoraria

Reglementaire basis

Artikel 8 § 1 – 1° II en 2° II van de Nomenclatuur van Geneeskundige Verstrekkingen (K B. 14 09.1984)

"1° II Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patienten

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

afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en

afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan (score 3 of 4) W3,879

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

afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en

afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan (score 3 of 4), en

afhankelijkheid wegens incontinentie en/of om te eten (score 3 of 4) W 7,371"

2° II Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar Zorgafhankelijke patiënten

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

afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score3 of 4), en

afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan (score 3 of 4) W 5,710"

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

afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score3 of 4), en

afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan (score 3 of 4), en

afhankelijkheid wegens incontinentie en/of om te eten (score 3 of 4) W 10,944"

Bij vijf verzekerden werden 879 prestaties ten onrechte aangerekend door mevrouw B voor 5 800,84 euro

Bij vijf verzekerden werden 6 801 prestaties ten onrechte aangerekend door mevrouw A voor 46 032,39 euro

3 2 2 Overschatting van afhankelijkheidscriteria in verband met toiletten

Reglementaire basis

Artikel 8, § 6, 3°, 4° en 5° van de NGV

Nadere bepalingen inzake de toiletten

3° " Bij rechthebbenden die afhankelijk zijn om zich te wassen (minstens score 2 op het criterium "afhankelijkheid om zich te wassen" van de evaluatieschaal bedoeld in § 5, 1°

- mogen slechts 2 toiletten per week aangerekend worden

- mag geen toilet 425515 aangerekend worden "

4° " Voor de rechthebbenden die afhankelijk zijn om zich te wassen (score van minimum 2) voor het criterium "afhankelijk om zich te wassen" van de evaluatieschaal, vermeld in § 5, 1° en zich te kleden (score van minimum 2 voor het criterium "afhankelijk om zich te kleden" van dezelfde evaluatieschaal), mogen maximum 2 toiletten per week worden aangerekend en mag geen toilet 425515 worden aangerekend behalve

die scores van minimum 2 behalen voor de criteria "zich wassen" en "zich kleden" en een score van minimum 2 voor het criterium "continentie" als gevolg van de combinatie van nachtelijke urine-incontinentie en occasionele urine-incontinentie overdag of een score 3 of 4 voor het criterium "continentie" van de bedoelde evaluatieschaal, mag één toilet per dag worden aangerekend. In geval van de combinatie van nachtelijke urine-incontinentie en occasionele urine-incontinentie overdag wordt de observatie van die problematiek vermeld in het verpleegdossier en wordt de overeenkomstige verklaring op het formulier omschreven in § 7 aangekruist "

als de rechthebbenden scores van minimum 2 behalen voor de criteria "afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden" en een score van minimum 3 voor het criterium "afhankelijk wegens incontinentie" van de bedoelde evaluatieschaal, waarvoor één toilet per dag mag worden aangerekend ,

als de rechthebbenden scores van minimum 2 behalen voor de criteria "afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden" van de bedoelde evaluatieschaal en, op grond van een geneeskundig getuigschrift, door de behandelend geneesheer opgemaakt overeenkomstig het model door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, kunnen worden beschouwd als gedesoriënteerd in tijd en ruimte, waarvoor één toilet per dag mag worden aangerekend ,

als de rechthebbenden scores van minimum 4 behalen voor de criteria "afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden" van de bedoelde evaluatieschaal, waarvoor één toilet per dag mag worden aangerekend

5° " Zelfs indien de hygienische verzorging door een geneesheer werd voorgeschreven, mag zij slechts aangerekend worden indien de verpleegkundige vaststelt dat de rechthebbende beantwoordt aan de voor de betrokken verstrekking vereiste graad van afhankelijkheid "

Bij twee verzekerden werden 310 prestaties ten onrechte aangerekend door mevrouw B voor 857,72 euro

Bij twee verzekerden werden 2 763 prestaties ten onrechte aangerekend door mevrouw A voor 4 469,92 euro.

Dat brengt het totaal ten onrechte aangerekend bedrag van deze inbreuk op 6.314,92 euro voor mevrouw B .. en op 50 502,31 euro voor mevrouw A

3.3 Niet aanrekenbare verstrekkingen

De verzorging van wondjes op benen veroorzaakt door takken of wondjes tussen de tenen door schimmelinfectie bij een tweejarig kind kan aangeleerd aan en uitgevoerd worden door de moeder

Reglementaire basis:

Artikel 8, § 8, 1° van de Nomenclatuur van Geneeskundige Verstrekkingen (K B 14 09 1984):

" Wondzorg die door de rechthebbende zelf of door de mantelzorg kan worden uitgevoerd, of die aan de rechthebbende of aan de mantelzorg kan worden aangeleerd, mag niet worden aangerekend "

Bij één verzekerde werden er door mevrouw B 56 prestaties ten onrechte aangerekend voor 219,61 euro

Bij één verzekerde werden er door mevrouw A 288 prestaties ten onrechte aangerekend voor 1 206,07 euro

3.4 Wonden voldeden niet aan de voorwaarden om een specifieke wondzorg aan te rekenen.

Reglementaire basis:

Artikel 8, § 8, 1° van de Nomenclatuur van Geneeskundige Verstrekkingen (K B 14 09 1984):

" specifieke wondzorg"

- het verzorgen van tweede- of derdegraads brandwonde(n) of ent(en) met een oppervlakte van 60 cm² of méér,

- het verzorgen van een ulcus of ulcera met een oppervlakte van 60 cm² of méér,

- het verzorgen van diepe doorligwonde(n) die de pezen en de beenderen aantasten,

- het debrideren van doorligwonde(n)

Deze tenlastelegging komt enkel voor bij mevrouw A Er werden bij één verzekerde 129 prestaties ten onrechte aangerekend voor 1 640,90 euro

Het totale ten onrechte aangerekende bedrag door mevrouw A voor al deze tenlasteleggingen bedraagt **93.224,31 euro**

Het totale ten onrechte aangerekende bedrag door mevrouw B voor al deze tenlasteleggingen bedraagt **11.015,94 euro**

*
* *

- **Bestreden beslissing van de Kamer van eerste aanleg**

De Kamer van eerste aanleg verklaarde de vordering van de Dienst ontvankelijk en gegrond en:

- veroordeelde eerste appellante en derde appellante *hoofdelijk* tot

terugbetaling aan het RIZIV van het bedrag van 93 224,31 euro;

- veroordeelde eerste appellante bovendien tot betaling aan het RIZIV een administratieve geldboete van 250 € (x 5,5 opdecimen),
- veroordeelde tweede appellante en derde appellante *hoofdelijk* tot terugbetaling aan het RIZIV van het bedrag van 11 015,94 €,
- veroordeelde tweede appellante bovendien tot betaling aan het RIZIV een administratieve geldboete van 250 € (x 5,5 opdecimen)

- **Standpunt van de partijen**

Grievens van de appellanten

De appellanten voelen zich gegriefd door de bestreden beslissing om de volgende redenen

- De eerste appellante is niet gebonden door de handelingen die zij namens de vennootschap heeft gesteld. De appellanten roepen de verjaring in en de schending van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur; inzonderheid de motiveringsplicht, de gebrekkige bewijsvoering, het rechtszekerheidsbeginsel en het evenredigheidsbeginsel
- De schending van het beginsel van onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de rechtsinstantie
- In meest ondergeschikte orde geen administratieve geldboete op te leggen, dan wel een boete met volledig uitstel op te leggen. De geïntimeerde vraagt enkel de hoofdelijke veroordeling voor wat betreft de terugbetaling, doch niet voor wat betreft de administratieve geldboete

De appellanten vorderen de bestreden beslissing teniet te doen in al haar onderdelen

In hoofdorde de vordering van geïntimeerde onontvankelijk, minstens ongegrond te verklaren,

In ondergeschikte orde geen administratieve geldboete op te leggen,

In meest ondergeschikte orde en voor zover de vordering van geïntimeerde tot terugbetaling en de vordering tot betaling van een administratieve geldboete gegrond zou worden verklaard, overeenkomstig de bepalingen van het Sociaal Strafwetboek een administratieve geldboete van € 25 tot € 250 op te leggen en deze geldboete met uitstel op te leggen.

Het standpunt van de geïntimeerde

Geïntimeerde vraagt dat de Kamer van beroep het beroep ongegrond zou verklaren en bijgevolg de beslissing a quo te bevestigen

*
* *

- Beoordeling

Het hoger beroep werd tijdig ingesteld en is regelmatig naar de vorm. Het komt dan ook ontvankelijk voor

Nopens de verjaring:

Ten onrechte roepen de appellanten de verjaring in. Het is juist dat bepaalde vaststellingen dateren van meer dan 2 jaar vanaf het proces-verbaal van vaststelling, zoals de appellanten voorhouden. Het is echter wel zo dat enkel de prestaties die vallen binnen de wettelijke verjaringstermijn van 2 jaar worden teruggevorderd. Dit wordt trouwens uitdrukkelijk vermeld in de synthesesnota boven de synoptische tabel. De prestaties die vallen buiten de wettelijke termijn, werden vermeld maar worden niet teruggevorderd, zoals trouwens terecht ook door de Kamer van eerste aanleg overwogen. De appellanten kunnen dit trouwens nagaan.

Nopens de vennootschap:

De eerste twee appellanten dienen samen met de vennootschap, de C, hoofdelijk aansprakelijk gesteld worden voor de terugbetaling van de door hen ten onrechte aangerekende prestaties (zie artikel 164, lid 2 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

De appellanten zijn en blijven de zorgverleners in de zin van artikel 2, n) van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De eerste appellante blijft dit ook wanneer zij optreedt in de hoedanigheid van zaakvoerder van hoger vermelde vennootschap.

De vennootschapswetgeving doet geen afbreuk aan de sanctionering van de zorgverstrekkers in het kader van de zopas vermelde ZIV-wetgeving en de terugbetaling die daaruit voortvloeit.

De tekst van artikel 164, lid 2 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, alhier van toepassing, is dienaangaande overduidelijk.

Volgens de gegevens van het dossier stond de eerste appellante, medezaakvoerder, in voor het regelen van de planning, de thuisverpleging, de aanvragen van tegemoetkomingen, de medische

begeleiding op gebied van zorgen, wondzorg,

De eerste appellante was dus verantwoordelijk voor het aanrekenen aan het stelsel van de ziekteverzekering van haar verstrekking(en die van haar medewerkers) die niet aanrekenbaar waren om de verschillende redenen die aanleiding gaven tot de weerhouden tenlasteleggingen (zie infra) De eerste appellante stelde ook de Katz-schalen op

De Kamer van Beroep verwijst ten overvloede naar de overwegingen van het arrest van de Raad van State d d 19 februari 2004, nr. 128 290, www.raadvst-consetat.be), waarin een zelfde problematiek aan bod kwam

De appellanten zijn als zorgverlener gehouden tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende bedragen en zijn hoofdelijk aansprakelijk samen met de BVBA De dienst trad op binnen de hem toegekende wettelijke bevoegdheid zodat de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet zijn geschonden. Het heeft in casu geen belang dat de Leidend Ambtenaar in het verleden eens in 2 zaken enkel een sanctie uitsprak ten aanzien van de rechtspersoon gezien elke zaak afzonderlijk wordt beoordeeld en deze Kamer van beroep zich niet gebonden acht door de beslissing van de Leidend Ambtenaar van in het verleden

De BVBA van de eerste appellante is in deze tussengekomen en werd terecht samen met de appellanten veroordeeld tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen

De appellanten kunnen evenmin gevolgd worden waar zij de schending van het **onafhankelijkheids- en onpartijdigheidsbeginsel** inroepen Zij vergeten hierbij dat indien er eerst een beslissing komt van de administratie zelf (de Leidend Ambtenaar), dat deze nadien kan aangevochten worden voor de Kamer van eerste aanleg en nadien de Kamer van beroep, die onafhankelijke rechtsinstanties zijn Er is dus wel verantwoording verschuldigd indien de beslissing niet correct zou zijn geweest Het gaat hier niet om standaardbeslissingen, maar zeer onderbouwde beslissingen waarbij niet alleen de feiten maar ook de rechtsregels worden aangehaald De appellanten hebben beroep aangetekend tegen de beslissing van de Kamer van eerste aanleg. Voordien hebben zij reeds hun opmerkingen kunnen laten gelden Zij doen dit thans opnieuw nu zij het nog niet eens zijn met hetgeen de Kamer van eerste aanleg heeft overwogen en beslist De Kamer van eerste aanleg en de Kamer van Beroep doen als rechtscollege uitspraak, respectievelijk in eerste en laatste aanleg, met volle rechtsmacht.

Door het hoger beroep ingesteld door de appellanten wordt de zaak volledig opnieuw beoordeeld door de Kamer van Beroep, die volledige beoordelingsbevoegdheid heeft zowel ten aanzien van de feiten als ten aanzien van het recht Huidige beslissing zal dan ook in de plaats komen van deze van de Kamer van eerste aanleg, ongeacht of het beroep van de appellanten wordt ingewilligd of verworpen

Het **evenredigheidsbeginsel** werd niet geschonden. De sanctie is minimaal en geenszins in wanverhouding tot de bewezen feiten (zie infra), wel integendeel. De onterecht aangerekende prestaties werden slechts één keer teruggevorderd. De appellanten kunnen dit trouwens gemakkelijk nagaan aan de hand van de door hen aangerekende prestaties. Er wordt door de appellanten niet aangetoond dat de geïntimeerde de grenzen van de redelijkheid is te buiten gegaan. De hoofdelijkheid impliceert niet dat de schuld twee keer kan teruggevorderd worden. Wel dat de schuldeiser zijn debiteurs gelijktijdig of opeenvolgend mag aanspreken. Immers, van zodra één schuldenaar de schuld betaald, zijn alle hoofdelijke debiteurs bevrijd en is er geen schuld meer.

Wat de schending van de **motiveringsplicht** betreft, stelt deze Kamer van beroep vast dat ook deze grief van de appellanten kan niet worden aangenomen.

Het verzoekschrift van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV verwijst voor wat de feiten en de vaststellingen betreft naar het neergelegde dossier en de synthesenota die als bijlage werd gevoegd. De weerhouden tenlasteleggingen volgen uit deze vaststellingen, de processen-verbaal van vaststellingen lastens de zorgverleners. De motieven zijn terug te vinden in het administratief dossier en mogen – hetgeen het geval was – maar moeten niet veruitwendigd worden in de beslissing zelf.

De wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen is als dusdanig niet toepasselijk op de procedure die gevoerd wordt door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle. Deze procedure wordt immers gevoerd van zodra er een materiele vaststelling is van een inbreuk op de bepalingen van de nomenclatuur. Deze procedure wordt ingesteld krachtens de wet zelf, van zodra een inbreuk wordt vastgesteld. Het gaat in casu niet om een éézijdige rechtshandeling met individuele strekking die uitgaat van het bestuur en die beoogt rechtsgevolgen te hebben voor een bestuurde.

Dit middel komt ongegrond voor aangezien in het verzoekschrift van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle uitdrukkelijk wordt verwezen naar het onderzoek dat door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle werd neergelegd ter griffie, inzonderheid de synthesenota nr. E/XXXX. Deze synthesenota bevat per inbreuk de wettelijke bepaling. Ook wordt verwezen naar de gevalsbespreking. Daarin wordt vermeld waarop de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle zich steunt. De synthesenota is zeer uitgebreid en gedetailleerd gemotiveerd per tenlastelegging, patient met de verklaringen van de zorgverleners.

De tenlasteleggingen komen duidelijk en **bewezen** voor door de verklaringen van de patienten, de verpleegster(s) en de huisartsen van de patienten. De huisartsen werden ondervraagd en gaven hierbij hun standpunten nopens bijv. de afhankelijkheidsgraad van de patient. Zij vulden nogmaals een evaluatieschaal in. Dit alles volstaat als bewijs.

Van alle verzekerden bij wie een inbreuk werd vastgesteld werd er een proces-verbaal opgemaakt. Elke weerhouden inbreuk wordt ondersteund door verklaringen van de verzekerden.

Het is de taak van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV controle uit te oefenen en de nodige vaststellingen te doen. Wanneer zij vaststellingen doen moeten zij niet motiveren waarom zij dit doen, gezien dit tot hun wettelijk takenpakket behoort.

In casu wordt vastgesteld dat de vaststellingen werden gedaan omdat aangerekende verstrekkingen niet conform of niet uitgevoerd waren. Er werd een degelijk en objectief onderzoek gevoerd.

Het gaat dus om de conformiteit en de realiteit van de aangerekende verstrekkingen door de appellanten die duidelijk niet met de wettelijke bepalingen of de werkelijkheid overeenstemden.

Zoals hoger reeds overwogen is de tenlastelegging gesteund zowel op de verklaringen van de patiënten, de zorgverlener zelf, de artsen, familieleden en op de vaststellingen van de inspecteur.

De tenlasteleggingen werden terecht afgeleid uit het proces-verbaal van vaststelling en worden bewezen. Deze werd bevestigd door eigen vaststellingen van de controleurs en door de ondervraagden zelf (patiënten, artsen).

De verklaringen van de patiënten (proces-verbaal van verhoor, hierna PVV) steken in het dossier en kunnen nagegaan worden door de appellanten. Al deze verklaringen dienen niet volledig of "expressis verbis" opgenomen in het PVV of in het verzoekschrift, hetgeen niet werkbaar zou zijn of materieel ondoenbaar. De appellanten kunnen deze trouwens controleren. Zij zijn ter beschikking van de appellanten en zijn raadslieden in de griffie en zijn zelfs "fysiek" aanwezig in de koffer dat het dossier inhoudt ter pleitzitting.

De door de appellanten voorgehouden geringe bewijswaarde werd hoger reeds beantwoord. Naast deze verklaringen zijn er bovendien ook nog de andere gegevens (eigen onderzoek door de inspecteurs, verklaringen van de familieleden, artsen, ...). Bovendien zijn de inspecteurs speciaal geschoold om om te gaan met patiënten zoals deze van de appellanten. De door de appellanten aangehaalde gebrekkige bewijsvoering wordt niet aanvaard.

Nopens de algemene beginselen:

Het rechtszekerheidsbeginsel en het vertrouwensbeginsel zijn niet geschonden door de geïntimeerde zoals ten onrechte voorgehouden door de appellante. Volledig ten onrechte stelt de appellante dat de adviserende geneesheren agenten zouden zijn van het RIZIV. Was er al dus een vertrouwen gewekt, - wat niet het geval is -, dan nog was het vertrouwen

niet gewekt door de geïntimeerde en is de vertrouwensleer dus niet van toepassing

Het rechtszekerheidsbeginsel en bij uitbreiding de vertrouwensleer kan geen toepassing vinden contra legem (zie en vgl Cass 1 maart 2010, Arr Cass 2010, nr. 139) De appellanten handelden niet binnen de grenzen van de norm, zoals blijkt uit hetgeen volgt.

De appellanten schatten de rol en de bevoegdheid van de adviserende geneesheren volledig verkeerd in. De bepaling dat het formulier tot staving van de aanvraag tot forfaitaire honoraria, dat door de verpleegkundige moet worden ingevuld, aan de adviserend geneesheer moet worden bezorgd, en dat de tegemoetkoming lastens het stelsel van de ziekteverzekering alleen verschuldigd is behoudens verzet van de adviserend geneesheer of het Nationaal college van adviserende geneesheren, heeft alleen betrekking op de tegemoetkoming van de ziekteverzekering in de desbetreffende verstrekkingen. In rechte kan daaruit geenszins worden uit afgeleid dat, bij gebrek aan dergelijk verzet, de nomenclatuur correct werd toegepast door de verpleegkundigen (zie en vgl R v St, 29 juni 2004, nr 133 337, www.raadvanstate.be) Wanneer de appellanten de nomenclatuur niet correct toepassen en dus bedrog plegen om meer inkomsten te kunnen ontvangen vanwege het RIZIV dan hetgeen waarop zij recht hebben indien zij correct hadden gehandeld, kunnen zij zich niet verschuilen achter het feit dat de adviserend geneesheren niet gereageerd hebben.

Er is in huidig dossier geen sprake van een gebrekkige bewijsvoering, zoals hoger reeds aangehaald. Er zijn, om te beginnen, de vaststellingen gedaan door de inspecteurs-verplegers zelf. Deze personen zijn bevoegd om vaststellingen te doen en zijn uitermate vertrouwd met de evaluatie van de Katz-schalen. Ook werden er tal van verzekerden verhoord, alsook verschillende van hun huisartsen in verband met de overscoring van de evaluatieschaal. De appellante kan onmogelijk voorhouden dat er geen voldoende objectieve bewijzen zijn en dat het PV van vaststelling gebrekkig is. Uiteraard geschiedt het onderzoek na de feiten. De verklaringen van de patiënten voorgebracht door de appellanten worden niet aanvaard. De meeste vermelden geen datum zodat niet bewezen wordt dat deze werden opgemaakt en ondertekend "in tempore non suspecto". Bovendien werden deze verklaringen klaarblijkelijk voorgetypt – het betreft dezelfde verklaring, zelfde lay-out – en ter ondertekening voorgelegd aan de patiënten van de appellanten. Deze verklaringen zijn bovendien niet gedetailleerd. Waar de appellanten van bepaalde verzekerden aanhalen dat hun verklaring niet correct is omdat zij dementeren of een drankprobleem hebben, leggen zij nu verklaringen van dezelfde verzekerden voor om hun gelijk te bewijzen. Maar deze "getuigen" zijn niet geloofwaardig of niet betrouwbaar wanneer ondervraagd door de controleurs van het RIZIV, maar wel indien zij verklaringen afleggen ten voordele van de appellanten!

De belangrijkste eerste daad van onderzoek is deze van het persoonlijk contract dat de inspecteur of de controleur heeft met de betrokken

verzekerden en zijn omgeving waarbij door anamnese en door de visu vaststellingen een eigen score wordt gegeven. De geïntimeerde haalt aan dat om de objectiviteit maximaal te garanderen, in het belang van de appellanten zelf, steeds de meest gunstige score werd weerhouden tussen deze van de huisarts én deze door de inspecteur of controleur. Bovendien werd de eerste appellante steeds gehoord nopens deze overscore.

Nopens het recht op een eerlijk proces:

De appellanten houden onterecht voor dat het recht op een eerlijk proces in de zin van artikel 6 van het EVRM werd geschonden. Het recht op een eerlijk proces op tegenspraak gewezen en het recht op een onpartijdige rechter gelden als algemene rechtsbeginselen ten aanzien van elke juridictionele beslissing. Het beginsel van onafhankelijkheid en onpartijdigheid is vanzelfsprekend ook van toepassing op de Kamer van Beroep die kennis neemt van dit dossier.

Overeenkomstig artikel 144 § 1 van de Z.I.V.-wet 1994 worden bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep ingesteld. De kamer van eerste aanleg is krachtens de wet samengesteld uit een door de Koning benoemde stemgerechtigde voorzitter (magistraat of eremagistraat) en twee stemgerechtigde leden, artsen, benoemd door de Koning op de kandidaten door de verzekeringsinstellingen voorgedragen, als werkende leden en twee stemgerechtigde leden benoemd door de Koning uit de kandidaten voorgedragen door de groepen representatieve organisaties/verenigingen van zorgverleners/verzorgingsinstellingen als werkende leden. De Kamer van Beroep is krachtens de wet samengesteld uit een door de Koning benoemde magistraat (of eremagistraat), als werkend lid, en twee leden, artsen, met raadgevende stem, benoemd door de Koning uit de kandidaten door de verzekeringsinstellingen, als werkende leden én twee leden, met raadgevende stem, benoemd door de Koning uit de kandidaten voorgedragen door de groepen representatieve organisaties/verenigingen van zorgverleners/verzorgingsinstellingen als werkende leden.

De voordracht door de Koning uit lijsten voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de groepen representatieve organisaties van zorgverleners en/of verzorgingsinstellingen impliceert niet dat de leden van de Kamer van eerste aanleg en van de Kamer van Beroep zouden zetelen als vertegenwoordigers van deze instellingen. De leden zetelen in hun persoonlijke naam en leggen als lid van de Kamer van eerste aanleg of van de Kamer van Beroep de bij decreet van 20 juli 1831 voorgeschreven eed af betreffende de naleving van de wet (artikel 145, § 9 van de Z.I.V.-wet van 1994). Bovendien is bij de wet bepaald dat hun mandaat onverenigbaar is met dat van lid van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (artikel 145, § 2, tweede lid Z.I.V.-wet 1994).

Het geheel van de voormelde bepalingen en uitgangspunten in zake de benoeming, de samenstelling en het mandaat van de leden van de Kamer

van Eerste aanleg en van de Kamer van Beroep staat garant voor de onafhankelijkheid van de beide Kamers ten aanzien van beide partijen in deze zaak. De Kamers zijn geen vervolgende partij.

Het argument van de appellante dat de Kamers van eerste aanleg en deze van Beroep zouden zijn opgericht in de "schoot" van het RIZIV strookt niet met de bepalingen van de wet. In artikel 144, § 1 van de ZIV-wet 1994 wordt enkel vermeld dat deze kamers worden ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. In geen geval maken de Kamers deel uit van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle.

Het feit dat de terugbetalingen die ten laste van appellanten kunnen worden opgelegd, ten goede komen aan het RIZIV (in het algemeen belang), is evenmin een reden om deze Kamers met het RIZIV te vereenzelvigen. Het zijn gelden van het RIZIV die ten onrechte werden geïnd en dus dienen terugbetaald.

Het feit dat de zittingen van de administratieve rechtscolleges in de gebouwen van het RIZIV plaatsvinden, brengt de onafhankelijkheid van de administratieve rechtscolleges niet in het gedrang (zie en vgl. R.v.St. 29 juni 2004, nr. 133 338, www.raadvanstate.be).

Het argument van de appellanten dat met bepaalde verklaringen van verzekerden geen rekening kan worden gehouden omdat deze verzekerden een drankprobleem hebben dementierend zouden zijn, kan niet aanvaard worden. Een beginnende dementie houdt niet in dat de verzekerden onbekwaam zijn. Aangezien het hier de thuisverpleging betreft, kan logischerwijze aangenomen te worden dat de verzekerden een hoge graad van zelfredzaamheid bezaten en voldoende geestelijk gezond om verklaringen af te leggen met kennis van zaken.

Nopens de verschillende tenlasteleggingen:

De controle door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en controle is per definitie een a posteriori controle en dit ten gevolge van de regelgeving zelf.

De geïntimeerde heeft het ook bij het rechte eind dat de verpleegkundige-controleurs van het RIZIV specifiek zijn opgeleid voor de vaststellingen, zijnde de controles door te voeren. Het door de appellante geopperde verweer dat de verzekerden niet op hun gemak zouden zijn, wordt niet gestaafd door objectieve elementen.

De geïntimeerde wijst er tevens op dat de ondervraagde huisartsen werden gevraagd een blanco-Katzschaal in te vullen, specifiek met de richtlijnen toepasselijk op deze schaal. Bovendien heeft de geïntimeerde gelijk dat de score van de huisarts nooit een doorslaggevend element is, doch één van de vele bewijselementen, naast de vaststellingen gedaan door de verpleegkundigen-inspecteurs.

Aan de hand van de uitvoerige gevalbespreking staat het eveneens vast dat bij het formuleren van de uiteindelijke tenlastelegging, bij enige twijfel na het aftoetsen van de score van de zorgverlener, de verklaringen van de verzekerden zelf, de score vastgesteld door de verpleegkundige-inspecteurs en deze van de huisarts, steeds door de geïntimeerde rekening werd gehouden met de hoogst mogelijk score van afhankelijkheid. Bij de minste twijfel werd de hogere score weerhouden in het voordeel van de appellanten.

Nopens de tenlasteleggingen in concreto.

Er werden niet verleende verstrekkingen aan het RIZIV aangerekend zowel door de eerste appellante als door de tweede appellante. Het verschil is wel dat dit reeds 2 keer voordien vastgesteld werd voor wat betreft de eerste appellante (zie dossier XXXX en XXXX). De eerste appellante kreeg de eerste keer 2 maanden verbod op verzekeringstegemoetkoming naast de terugbetaling. Ook in het tweede dossier waren de tenlasteleggingen bewezen. Thans is er opnieuw sprake van niet verleende prestaties.

I verklaart zeer duidelijk dat hij in de bewuste periode geen wondzorgen toegediend kreeg van de eerste appellante. Hij kent zelfs Dr. H niet die de wondzorg voorschreef. De uitleg die de eerste appellante daaraan geeft, komt niet geloofwaardig over. Het staat derhalve niet vast dat de zorgverleners bij deze persoon prestaties uitvoerden. De verklaring van I... van 3 maand later, waarin hij net het omgekeerde voorhoudt, komt weinig geloofwaardig over. Het gaat om een voorgedrukte brief waarin staat dat hij wel zorgen heeft gehad in 2009, net hetgeen hij 3 maand voordien met klem ontkende. Dezelfde overweging dient gemaakt voor wat betreft de andere patiënten die nadien een verklaring hebben afgelegd in het voordeel van de appellanten, terwijl zij voordien bij hun eerste ondervraging tegengestelde verklaringen aflegden. Vandaar dat de Kamer van beroep weinig geloof kan hechten aan de bijkomende verklaringen afgelegd om de appellanten, van wie zij afhankelijk waren voor hun zorgen of wegens andere banden (familie,) te plezieren. Dat alle patiënten zodanig overvallen en geschrokken waren waardoor zij om het even wat hebben verkondigd tijdens hun verhoor wordt niet aangetoond door de appellanten. Dat I... dagelijks in 2009 van X naar Y reed (circa 16 km x 2 = 32 km, reistijd ongeveer 17 minuten x 2) voor verzorging bij de appellanten zonder dat zijn echtgenote dit wist, komt eveneens weinig waarschijnlijk voor.

Er zijn familiale banden of persoonlijke relaties met de zes overige verzekerden (2 patiënten zijn de stiefdochters van Mw A, één verzekerde is haar kleindochter, één haar schoonbroer, één haar ex-collega, één de vriend van haar zoon). Maar er waren ook andere patiënten bij wie een deel van de aangerekende zorgen niet werden uitgevoerd (J, K en L..)

De bijkomende verklaringen werden duidelijk achteraf opgesteld door de appellanten om te dienen als bewijs. Een voorbeeld om dit duidelijk te maken. Mw K overleed op 23 mei 2011 en verklaarde dat zij verzorging kreeg van de appellanten tot 8 april 2012 !!! M...verklaart op een niet nader te bepalen datum (attest is niet gedateerd) dat hij alle zorgen ontvangen heeft van verpleegkundige A die Dr H voorgeschreven heeft. Op 10 januari 2011 verklaarde hij dat hij Dr H . zelf niet gezien heeft, noch het voorschrift en dus niet weet hoeveel verzorgingen deze arts voorschreef. Hoe kan hij dan nadien voorhouden dat hij alle zorgen ontvangen heeft die deze geneesheer heeft voorgeschreven?

Er is dus duidelijk gesjoemeld, hetgeen niet kan aanvaard worden door deze Kamer van beroep. Dergelijke "onjuistheden" worden ook teruggevonden waar het gaat over het verpleegdossier.

De eerste appellante verklaarde tijdens haar eerste verhoor dat alle evaluaties van zorgen werden doorgegeven aan de tarificatiefirma. Dit werd onderzocht en bleek gelogen. Haar persoonlijke mappen wilde ze niet meegeven omdat er geen nuttige vermeldingen in stonden.

Nadien worden "toevallig" net de gevraagde dossiers teruggevonden tegen een volgend verhoor. De data zijn niet chronologisch achter elkaar vermeld in verscheidene dossiers (?). Zorgen verleend in 2010 worden pas in 2011 geevalueerd. De omgekeerde chronologie staat in het handgeschreven gedeelte van het dossier. Alles wijst er op dat deze dossiers nadien werden "aangevuld" of bijgewerkt. Vandaar dat zij pas nadien werden "teruggevonden" in de verpleegdossiers uit de stukkenbundel van de appellanten ontbreekt de evaluatie van de verzorging zoals vereist door de nomenclatuur. De mappen voldeden niet aan de vergoedingsvoorwaarden van het verpleegdossier (bijv. geen identificatie van de verstrekker). Voor zorgen aangerekend in 2010 werd het dossier overhandigd op 12 juli 2011 en vermeldt het evaluaties van zorgen in oktober en november 2011 (dossier N). In het dossier O worden de recente gegevens het eerst vermeld. Tijdens het derde verhoor overhandigde zij de dossiers die tijdens het tweede verhoor werden besproken in het kader van de overscoringen en onafhankelijkheidscriteria. Voor 2 verzekerden werden wondzorgen aangerekend maar de dossiers van deze 2 personen (P en L) bevatten geen extra wondverzorgingsbladen.

De aangerekende complexe en specifieke wondzorgen voldeden niet aan de vergoedingsvoorwaarden en mochten daarom niet in rekening worden gebracht. Voor de onderzochte periode was er geen specifiek wondzorgdossier aanwezig.

De geïntimeerde steunt zich niet op de verklaringen van Mw O .. maar op de vaststellingen tijdens het onderzoek. Het blijkt duidelijk dat de appellanten de vereisten van de nomenclatuur niet volgden.

De appellanten kunnen zich niet verschuilen achter een doktersbriefje voor wondzorg indien er geen wondzorg mocht aangerekend worden. Zij

moeten ook de reglementering naleven. Mevrouw A . vroeg medische attesten aan Dr H . , die de patienten zelfs niet zag, laat staan onderzocht Hij schreef voor wat Mevrouw A vroeg waardoor er onterechte verstrekkingen in rekening werden gebracht Nadien houden de appellanten voor dat zij handelden volgens de doktersvoorschriften !

De antecedenten vermeld in de synthesesnota tonen aan dat de eerste appellante reeds diende voor te komen wegens ontbrekende en niet conforme verpleegdossiers Zij volhardde in de boosheid spijs de hoge terugbetaling en het opleggen van een effectieve boete Volgens de pleidooien werd de beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 2 april 2007 bevestigd door de Kamer van beroep

De tweede appellante hield geen dossier bij voor de door haar verleende zorgen Zij verklaarde alles door te geven aan haar moeder maar ze weet niet of deze de gegevens overbracht in het dossier en controleerde dit evenmin, niettegenstaande zij verantwoordelijk is voor het bijhouden van het dossier voor de door haar verleende zorgen Zij verklaarde dat zij geen voorschriften heeft gezien

Er werden verstrekkingen aangerekend die niet conform waren aan de wet en haar uitvoeringsbesluiten Wanneer de verpleegdossiers niet voldeden aan de voorwaarden van de wet mochten de appellanten geen honoraria aanrekenen of ontvangen Er waren ook geen conforme wondzorgdossiers, geen verslagen van verpleegkundige consulten De wonden voldeden niet aan de voorwaarden om specifieke wondverzorging aan te rekenen. De eerste appellante verzorgde een ent, maar wist niet wat een ent was Er was nooit een ent geweest bij Dhr L volgens zijn huisarts.

De afhankelijkheidscriteria werden duidelijk overschat door Mevrouw A bij Q Dit volgt uit de verklaring van deze patiente zelf (kan zelf uit bed en uit haar zetel zonder hulp, gaat zelf naar het toilet maar draagt een pamper tegen accidentjes, deze pamper kan ze zelf vervangen) Een score 3 voor toiletbezoek en de items transfer en verplaatsen was niet correct in de gegeven feitelijke omstandigheden Er mochten dus maximaal 7 toiletten per week aangerekend worden Het stuk 19 kan niet met succes ingebracht worden door de appellanten Het betreffen immers scores die buiten de onderzochte periode vallen en dus niet relevant zijn voor huidige zaak

Ook bij andere verzekerden scoorde de eerste appellante steeds een 4 voor het wassen en kleden, hoewel ze zelf verklaart dat zij niet weet of de patient het zelf nog kan D₁ duidelijk verkeerd Niet hetgeen de verpleegster doet mag gescoord en aangerekend worden Alleen hetgeen de patient niet meer kan, kan aangerekend worden indien de zorgverlener de zorgen ook effectief toedient. De patienten K en P werden "overscoord" en kwamen slechts in aanmerking voor 2 toiletten per week Het proces-verbaal van verhoor van Mevrouw P werd vertaald en reeds in eerste aanleg toegevoegd aan het dossier.

Een wondje aan de neus van een peuter (R) na een val mocht niet aangerekend worden. De moeder deed het trouwens zelf na advies van de eerste appellante.

De betwisting over de wondzorg gaat niet over het voorschrift, maar wel over het feit dat deze verstrekkingen niet mochten aangerekend worden omdat deze door de mantelzorg kon worden uitgevoerd of aangeleerd. Alle tenlasteleggingen komen bewezen voor op grond van de elementen van de dossiers lastens de eerste 2 appellanten

Nopens de terugbetalingen

Het bedrag van de niet uitgevoerde en niet conforme verstrekkingen dient terugbetaald conform de wettelijke bepalingen. Nu de tenlasteleggingen bewezen zijn, werden de appellanten terecht veroordeeld door de Kamer van eerste aanleg tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen.

Wanneer de aangerekende verstrekkingen niet overeenkomen met de wet of haar uitvoeringsbesluiten moet de waarde ervan terugbetaald worden door de zorgverleners (artikel 142 § 1 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994)

Nopens de opgelegde administratieve geldboete

De opgelegde boete in de bestreden beslissing van de kamer van eerste aanleg is passend ten aanzien van de eerste appellante naar mening van deze Kamer van Beroep. Er wordt immers vastgesteld dat de eerste appellante gekend is bij de Dienst Controle en Evaluatie, reeds 2 keer effectief werd veroordeeld en thans voor de derde keer moet voorkomen. Er is geen sprake van goede trouw in hoofde van de appellanten, hoewel kwade trouw niet eens wordt vereist om een administratieve geldboete te kunnen opleggen. In veel gevallen (zie supra) werden de zorgbehoevenden manifest werd overschoord bij het opstellen van de Katzschalen. Aldus werden met opzet niet-conforme verstrekkingen aangerekend door de appellanten. Dergelijke praktijken kunnen niet door de beugel en bezwaren onrechtmatig het budget van het RIZIV

Bij sommige inbreuken is er zelfs sprake van valsheid in geschrifte zoals de Kamer van eerste aanleg terecht opmerkte. De onregelmatigheden gebeurden met opzet. De eerste appellante vroeg aan Dr. H... attesten voor verzorging, goed wetende dat deze arts de patient in kwestie nooit had gezien, laat staan onderzocht. De tenlasteleggingen zijn zeer erg, zeker gezien in het licht van de voorgaanden. Volgens de pleidooien werd er ook een dossier geopend tegen deze geneesheer.

De geïntimeerde is niet verplicht de hoofdelijke veroordeling te vragen tegen de vennootschap voor wat betreft de administratieve geldboete. De geïntimeerde mag zich beperken tot de hoofdelijke veroordeling voor wat betreft de terugbetaling.

Er zijn, gelet op de feitelijke omstandigheden, zeker geen redenen aanwezig om geen administratieve geldboete op te leggen of om de opgelegde geldboete te verminderen of met uitstel toe te staan voor wat betreft de eerste appellante, gezien het feit dat zij duidelijk gesjoemeld heeft en dit (thans) reeds voor de derde keer

De Kamer van Beroep stelt vast dat de opgelegde sanctie veel lichter is, in vergelijking met de veel zwaardere sancties die van toepassing waren op dergelijke inbreuken vóór de inwerkingtreding van het sociaal strafwetboek

Wat betreft de tweede appellante, die blijkbaar gehandeld heeft om haar moeder bij te staan en te helpen, waarvan het de eerste keer is (volgens de gegevens waarover deze Kamer beschikt) dat zij in conflict komt met de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle en waarvan het aandeel in het geheel van de tenlasteleggingen minder zwaar doorweegt, wordt de administratieve geldboete verminderd tot 150 euro meer opdecimen, in de hoop dat zij zich in de toekomst aan de RIZIV-richtlijnen en de wettelijke bepalingen zal houden, mocht zij er aan denken opnieuw als zelfstandig verpleegster aan de slag te gaan.

Het hoger beroep met betrekking tot dit middel is derhalve enkel gegrond in deze mate

OM DIE REDENEN,

DE KAMER VAN BEROEP 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

Bevestigt de bestreden beslissing van de Kamer van eerste aanleg d.d. 20 april 2015 met deze wijziging dat de tweede verweerder, thans tweede appellante, veroordeeld wordt tot betaling aan het RIZIV van een administratieve geldboete van € 150,00 (x 5,5 opdecimen) i p v een administratieve geldboete van € 250,00

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 11 januari 2016 van de Kamer van beroep 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 Vilain, magistraat, Voorzitter van de Kamer van beroep,
- Martin Volcke, griffier

Volgen de handtekeningen:

De griffier,

De Voorzitter,

Martin Volcke

Jan Vilain

De Kamer van beroep 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 Vilain, magistraat, stemgerechtigd Voorzitter, dokters André Tielens en Rafael Vanstechelma, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede de heer Freddy Raymackers en mevrouw Mimount El Abboudi, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve organisatie van de verpleegkundigen

De Kamer van beroep werd bijgestaan door de heer Martin Volcke, griffier

De beslissingen van de Kamer van beroep zijn van rechtswege uitvoerbaar bij voorraad niettegenstaande beroep (artikel 156, § 1, eerste lid). De verschuldigde sommen worden binnen de dertig dagen volgend op de kennisgeving van de in het eerste lid bedoelde beslissingen betaald. 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. (artikel 156, § 1, tweede lid).

