

Rep. Nr. 39/13

*

NB-017-06

*

Tegensprekelijke
beslissing van 14
oktober 2013

*

Beroep tegen de
beslissing van 27
januari 2006 van het
Comité van de DGE
van het RIZIV

*

VAN RECHTSWEGE
UITVOERBAAR BIJ
VOORRAAD
NIETTEGENSTAANDE
CASSATIEBEROEP

KAMER VAN BEROEP die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bij artikel 144, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

BESLISSING

In de zaak van : Dhr. A..., verpleegkundige, wonend te XXXX.

Appellant, die persoonlijk verschijnt en wordt bijgestaan door Mr. B..., advocaat, met kantoor te XXXX.

Tegen : RIZIV - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, openbare instelling van sociale zekerheid, met zetel te 1150 Brussel, Tervurenlaan 211,

Geïntimeerde, voor wie zijn verschenen, mevr. C..., verpleegkundige-controleur, en dhr. D..., attaché, ambtenaren bij geïntimeerde.

*
* *

Op de openbare terechtzitting van 9 september 2013 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:

- het dossier van het Comité van de DGEC van het RIZIV;
- de bestreden beslissing van 27 januari 2006 van het Comité, ter kennis gegeven met een aangetekende brief van 23 februari 2006;
- het verzoekschrift tot hoger beroep van 20 maart 2006, ontvangen ter griffie op 22 maart 2006;
- de besluiten van geïntimeerde dd. 1 augustus 2006, neergelegd ter griffie op 1 augustus 2006;
- de besluiten van appellant dd. 17 oktober 2006, ontvangen ter griffie op 18 oktober 2006;
- de besluiten van geïntimeerde dd. 29 april 2013, neergelegd ter griffie op 29 april 2013;
- de oproepingsbrieven van 17 juli 2013;
- de aanvullende besluiten van appellant dd. 9 september 2013, neergelegd ter zitting van de Kamer van beroep van 9 september 2013.

Gehoord op de openbare terechtzitting van 9 september 2013:

- mr. B... in de uiteenzetting van de middelen en besluiten namens appellant;
- dhr. A... in zijn toelichting
- dhr. D... in de uiteenzetting van het juridische luik van de middelen en besluiten namens de geïntimeerde
- mevr. C... in de uiteenzetting van het technische luik van de besluiten namens de geïntimeerde.

De debatten, gevoerd in het Nederlands, werden daarna gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op de openbare terechtzitting van 14 oktober 2013.

VOORWERP VAN HET GESCHIL

1. Feiten verwezen naar het Comité van de DGEC van het RIZIV

Er werd een onderzoek ingesteld door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) inzake de realiteit en conformiteit van de verpleegkundige verstrekkingen die door de heer A... werden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering.

De heer A... werden de volgende inbreuken ten laste gelegd:

TII. 1. De Heer A... heeft getuigschriften voor verstrekte hulp opgesteld, ondertekend en via de innende instelling NV XXXX aangerekend aan de Z.I.V., met verstrekkingen die niet aanrekenbaar waren gezien ze niet werden uitgevoerd.

Het betreft het aanrekenen bij gehospitaliseerde patiënten bij verlof van de verzekerden. Aanrekenen van niet-uitgevoerde prestaties alsook anders gedateerde prestaties en dubbele aanrekening van prestaties

Reglementaire basis :

* Gecoördineerde wet van 14/07/1994:

Artikel 35:

"Die nomenclatuur somt die verstrekkingen op, bepaalt de betrekkelijke waarde ervan en stelt met name de toepassingsregelen ervan vast, alsook de bewaking waarover de persoon dient te beschikken die gemachtigd is om elk van die verstrekkingen te verrichten..."

Artikel 53, 1e alinea:

" De zorgverleners van wie de verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering zijn ertoe gehouden aan de rechthebbenden of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen, een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document uit te reiken waarvan het model door het Verzekeringscomité wordt vastgesteld, waarop de verrichte verstrekkingen zijn vermeld; verstrekkingen opgenomen in de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur, worden vermeld met hun rangnummer in de genoemde nomenclatuur, of op de manier die is vastgesteld in een verordening die door het Verzekeringscomité is genomen op voorstel van de volgens de aard van de verstrekkingen bevoegde Technische raad."

* Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

Artikel 1 §4:

" Op elke nota, opgemaakt ter staving van het verrichten van één of andere

verstrekking, moet het in § 1 bedoelde rangnummer vermeld worden."

Artikel 8 §1, 1^o en 2^o:

verstrekkingen door verpleegkundigen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende tijdens de weekdays en/of tijdens het weekend of een feestdag.

In de periode van 13/09/1998 tot 29/02/2000 werden er door de heer A... bij 26 verschillende verzekerden 1961 maal een niet-uitgevoerde prestatie aangerekend (rekening houdende met de overlappingsen). De ontorechte vergoeding bedraagt in totaal € 10.350,34 en werd door de heer A... niet terugbetaald.

Til. 2. De Heer A... heeft getuigschriften voor verstrekte hulp opgesteld, ondertekend en via de innende instelling NV XXXX aangerekend aan de Z.I.V., met verstrekkingen die niet aanrekenbaar waren gezien ze niet werden uitgevoerd door hemzelf, doch werden uitgevoerd door verpleegkundigen die niet gewettigd waren om de door hen geleverde prestaties aan te rekenen gezien ze geen RIZIV-erkenningsnummer hadden.

Reglementaire basis:

* Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

Art. 8 § 11:

De verpleegkundige mag geen getuigschrift voor verstrekte hulp opmaken en evenmin ondertekenen als de verstrekkingen zijn verricht door een persoon die niet bevoegd is om ze aan te rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, en die geheel of gedeeltelijk in de plaats treedt van de verpleegkundige, zelfs als deze aanwezig is.

* ZIV/GV KB 24/12/1963: art 9 ter §7:

Voor elke verstrekking verleend vanaf 1 januari 1979 wordt de verzekeringsvergoeding slechts verleend indien op het uitgereikte getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of op de verpleegnota het identificatienummer van de verstrekker is vermeld zoals het is bepaald in §5 van dit artikel.

In het geval dat het identificatienummer van verscheidene verstrekkers is vermeld, dient op ondubbelzinnige wijze te worden aangeduid welke verstrekkingen elke verstrekker heeft verricht.

In de periode van 09/07/1998 tot 30/06/1999 werd er door de heer A... bij 169 verzekerden 16.491 verstrekkingen ten onrechte aangerekend (rekening houdende met de overlappingsen). De ontorechte vergoeding bedraagt in totaal € 67.982,99 en werd door de heer A... niet terugbetaald.

TII 3. De heer A... heeft getuigschriften voor verstrekte hulp opgesteld, ondertekend en via de innende instelling NV XXXX aangerekend aan de Z.I.V., met verstrekkingen die niet mochten aangerekend worden omdat aan bepaalde reglementaire voorwaarden niet werd voldaan.

3.1. Forfait C aangerekend doch geen 2 bezoeken per verzorgingsdag uitgevoerd.

Reglementaire basis

*Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

Art. 8 § 5 3°, "d) opdat het forfait C mag worden aangerekend, moeten er tenminste twee bezoeken per verzorgingsdag zijn;

In de periode van 01/09/1998 tot en met 29/02/2000 werd er door de heer A... bij 1 verzekerde 366 verstrekkingen ten onrechte aangerekend (rekening gehouden met de overlappingsen). De onterechte vergoeding bedraagt in totaal € 12.117,75 en werd door de heer A... niet terugbetaald.

3.2. Het aanrekenen van een niet-vergoedbare verstrekking: oogindruppeling, inwindeling onderste lidmaat.

Reglementaire basis

* Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

art. 8 § 1 1°, I.B.

425154 - wondzorg
- stomazorg (o.a. tracheo-, colo-, ileo-, cysto-, gastro- en ureterostoma) W 1,459

art. 8 § 1 2°, I.B.

425552 - wondzorg
- stomazorg (o.a. tracheo-, colo-, ileo-, cysto-, gastro- en ureterostoma) W 2,189

art 1 §4

* Gecoördineerde wet van 14/07/1994:art.35 en art.53.

* ZIV/GV KB 24/11/1963: art 9 ter §7.

In de periode van 08/09/1998 tot 29/02/2000 werden er door de heer A... bij 2 verzekerden 542 verstrekkingen ten onrechte aangerekend (rekening houdende met de overlappingsen).

De onterechte vergoeding bedraagt in totaal € 3.226,20 en werd door de heer A... niet terugbetaald.

TII 4. De heer A... heeft getuigschriften voor verstrekte hulp opgesteld, ondertekend en via de innende instelling NV XXXX aangerekend aan de Z.I.V., met verstrekkingen (forfaitaire honoraria) die niet mochten aangerekend worden omdat aan bepaalde reglementaire voorwaarden inzake het verpleegdossier niet werd voldaan.

Reglementaire basis

* Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

Art. 8 § 5 3° De forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3°, mogen slechts worden aangerekend mits aan volgende voorwaarden wordt voldaan:

- a) bij iedere rechthebbende waarvoor een forfaitair honorarium bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° wordt aangerekend, wordt per verzorgingsdag een toilet (verstrekking 425110, 425515 of 425913) uitgevoerd;
- b) de verpleegkundige houdt een dossier bij dat voldoet aan de bepalingen van §4, 2°;"

Art.8 §4, 2°: Bovenvermeld verpleegdossier omvat tenminste:

- de identificatiegegevens van de rechthebbende;
- de evaluatieschaal bedoeld in § 5, voor zover de nomenclatuur zulks vereist;
- de inhoud van het voorschrift als bedoeld in § 2 (kopie van het voorschrift of omschrijving als het om een geautomatiseerd dossier gaat);
- de identificatiegegevens van de voorschrijver;
- de planning en evaluatie van de verzorging;
- alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend werden;
- de identificatie van de verpleegkundigen die deze verzorging hebben verleend.
- Indien het verpleegdossier van eenzelfde rechthebbende door verschillende verpleegkundigen samen wordt bijgehouden, is elke verpleegkundige verantwoordelijk voor het bijhouden van de elementen uit het dossier die verband houden met de door hem verleende verzorging.

In de periode van 01/10/1998 tot en met 29/02/2000 werd er door de heer A... bij 29 verzekerden 4.746 verstrekkingen ten onrechte aangerekend (rekening houdende met de overlappingen).

De onterechte vergoeding bedraagt in totaal € 163.731,85 en werd door de heer A... niet terugbetaald.

2. Betwiste beslissing van het Comité van 27 januari 2006

Het Comité verklaarde de aan de heer A... ten laste gelegde feiten

bewezen en weerhield deze.

De heer A... moest bijgevolg, overeenkomstig het toenmalig artikel 141, § 5, laatste lid ZIV-wet, de totale waarde van ten onrechte aangerekende verpleegkundige verstrekkingen ten belope € 257.409,14 terugbetalen aan de verplichte ziekteverzekering.

De termijn om een administratieve geldboete op te leggen, was verstreken.

De beslissing wordt betwist.

BEROEPSGRIEVEN

1. Standpunt van appellant

Appellant vraagt in zijn besluiten aan de Kamer van beroep :

In hoofdorde :

De beslissing van het Comité dd. 27/01/2006 te vernietigen en dientengevolge te oordelen dat het RIZIV rechtens niet tot terugvordering van prestaties kan overgaan, omwille van de ingetreden verjaring.

In ondergeschikte orde :

Te beslissen dat de vorderingen van geïntimeerde onontvankelijk is, minstens de tenlasteleggingen ongegrond zijn.

In meer ondergeschikte orde :

Voor zover de vordering van geïntimeerde tot terugbetaling gegrond zou worden verklaard, geen administratieve geldboete op te leggen

In meeste ondergeschikte orde :

Voor zover de vordering van geïntimeerde tot terugbetaling en de vordering tot betaling van een administratieve geldboete gegrond zou worden verklaard, overeenkomstig de toepassing van de bepalingen van het Sociaal Strafwetboek hetzij een strafrechtelijke geldboete van € 50 tot € 500, hetzij een administratieve geldboete van €25 tot €250 op te leggen en deze geldboete met uitstel op te leggen.

In zijn conclusies herhaalt hij het gevorderde.

2. Standpunt van de geïntimeerde

Geïntimeerde vraagt in zijn besluiten aan de Kamer van beroep de beslissing a quo te bevestigen :

- dat de tenlasteleggingen bewezen zijn en terecht werden weerhouden;
- aan dhr. A... de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verpleegkundige verstrekkingen ten belope van € 257.409,14 op te leggen.

In conclusies werkt de geïntimeerde zijn standpunt verder uit en beantwoordt hij de grieven en argumenten ontwikkeld door de appellant.

BEOORDELING

Het hoger beroep werd tijdig en naar de vorm ingesteld zodat het ontvankelijk dient verklaard.

De grond van de zaak wordt eerst onderzocht, nadien de problematiek van de verjaring van de terugvordering van de totale waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen. Immers indien de feiten niet kunnen weerhouden worden vervalt de discussie over de verjaring ervan.

De beroepsakte heeft het "in nog meer ondergeschikte orde" over de administratieve geldboete doch dit komt niet meer aan bod nu de beslissing van het Comité van de dienst voor geneeskundige controle en evaluatie van 27 januari 2006 geoordeeld heeft dat er geen administratieve geldboete meer kan uitgesproken worden ingevolge de ingetreden verjaring en de appellant dienaangaande in feite geen beroep heeft ingesteld (- hij had daartoe zelfs geen belang -) en er evenmin een incidenteel beroep werd ingesteld door de geïntimeerde. Er zijn geen redenen – deze zijn er trouwens nooit - voorhanden voor deze Kamer van beroep om "ultra petita" te statueren.

Uit de stukken en het dossier in deze zaak volgt dat de appellant getuigschriften heeft opgesteld en ondertekend voor verstrekte hulp en die werden aangerekend aan het RIZIV waar blijkt dat deze

verstrekkingen niet aanrekenbaar waren en niet werden uitgevoerd. Zo werden er prestaties aangerekend wanneer de patiënten gehospitaliseerd waren of met verlof, dat de prestaties niet werden uitgevoerd of op andere data dan aangegeven en dat er dubbele prestaties werden aangegeven. Deze zaken werden toegegeven door de appelland die aanhaalt dat in zijn praktijk vooral de toiletten "misgroeid" zijn. Later haalt hij aan dat patiënten enkel gewagen van een toilet wanneer ze een bad of een douche krijgen doch deze interpretatie vindt geen steun in de afgelegde verklaringen.

De fouten voor de hospitalisaties zijn, volgens de appelland, te wijten aan vergetelheid of aan zijn schoonbroer die zijn administratie doet. Feit is dat voor patiënten die met verlof waren in het buitenland toch nog prestaties werden aangerekend (familie E...). De appelland heeft als eindverantwoordelijke tot taak deze gegevens te controleren.

Waar de appelland aanvankelijk toegaf dat er fouten kunnen geslopen zijn in de aanrekeningen en dat hij dit zal nakijken en bereid was om de foutief aangerekende verstrekkingen terug te betalen, is er nooit een betaling gekomen. Later verklaarde hij dat hij de procedure wenst af te wachten. De uitslag van zijn nazicht is niet bekend. Evenmin heeft hij de toch evidente onjuiste aanrekeningen terugbetaald.

Ook werden er aanrekeningen gedaan wanneer de patiënt niet thuis was (bijv. F...), werden toiletten aangerekend die niet werden verricht (G..., H..., I..., ...).

De prestaties gebeurden niet altijd op de data dat zij werden aangerekend, werden er 3 toiletten aangerekend waar het er maar 2 mochten zijn, ... Bij J... werd dubbel aangerekend in de periode van 1 maart 1999 t/m 19 maart 1999.

De handelswijze van de appelland (anders-gedateerde prestaties bijv.) maakt elke controle onmogelijk en liet de appelland toe aanrekeningen te doen die niet effectief werden gepresteerd.

Dergelijke praktijken zijn uiterst laakbaar en komen neer op valsheid in geschrifte (en gebruik van valse stukken) en in feite oplichting van het RIZIV. De appelland kan zich niet verschuilen achter de vergissingen van zijn schoonbroer gezien hij zijn handtekening zette onder de verzamellijsten en er toch minstens mag verwacht worden dat hij leest en nagaat wat hij ondertekent. Dat hij de "vergissingen" van zijn schoonbroer nooit heeft opgemerkt komt op zijn minst eigenaardig voor. De appelland deed voorkomen dat bepaalde prestaties door hem werden geleverd teneinde terugbetaling ervan

te bekomen terwijl vaststaat dat deze werden gedaan zonder dat de voorwaarden om terugbetaling te bekomen werden nageleefd, hetgeen hij zeer goed wist (bijv. onjuiste data prestaties, ...) . Het gaat hier dus om bedrieglijk opzet.

De appellant werkte immers met verpleegkundigen die geen RIZIV-erkenningsnummer hadden. Deze verstrekkingen waren niet aanrekenbaar. Ook het werken met personeel (bijv. K..., L... en M..., N...) die geen erkenningsnummer hadden werd toegegeven door de appellant. Hij kan zelfs niet meer ventileren welke medewerker welke prestatie heeft verricht.

De Kamer van beroep beaamt de berekeningen in de nota voor het comité G.E.C. nr. 2005/44 daar de door de appellant opgegeven 30 % van de aangerekende prestaties voor de medewerkers en 70 % voor hemzelf niet realistisch voorkomt.

Hij kan geen 50 % of meer gepresteerd hebben (tot 70 % in zijn verklaringen naarmate de tijd voortschrijdt) wanneer er nog een verpleger voltijds voor hem aan het werk is, naast een halftijdse verpleegster en er één verpleegster moet inspringen. De uren van het personeel verschillen niet na februari 1999 in vergelijking met de uren voordien en het personeel ontving nadien hetzelfde loon. Volgens de lijsten met werkuren opgemaakt door de medewerkers zijn hun werkuren niet gedaald vanaf maart 1999 in vergelijking met bijv. januari en februari 1999.

Indien de appellant het niet eens is met dit percentage moet hij de werkelijke prestaties stuk per stuk opgeven, hetgeen hij niet doet en verklaart niet te kunnen. De verklaring van O...d.d. 3 juli 1999 toont aan dat de appellant niets (of omzeggens niets) doet als O... de vroege doet. In dit geval doet de appellant de late en hier zijn kleine toiletten bij. Wanneer de appellant de vroege doet, doet O... de late. Soms heeft O... "dienst" (= vroege en late) en dan doet de appellant niets maar doet een helper de kleine ronde.

Ook uit de verklaringen betreffende J... C. volgt dat de appellant er niet veel ging in de voormiddag. Hij kwam er "meestal" in het weekend. Uit deze verklaringen volgt eveneens dat er verstrekkingen werden aangerekend die niet beantwoordden aan de reglementaire voorwaarden en dus niet mochten aangerekend worden omdat het ochtendtoilet werd gedaan door de bejaardenhelpster.

Aangezien de appellant niet zelf kan aanduiden en niet duidelijk aantoont wie wat gedaan heeft, wordt de berekening door de

geïntimeerde aanvaard daar deze geacht wordt, rekening houdend met de werkwijze, het aantal personeelsleden en de feitelijke omstandigheden, met de realiteit overeen te stemmen.

De appellant was akkoord dat hij geen wondzorg mocht aanrekenen hoewel dit toch gebeurde wanneer er geen wonde was (P..., Q...).

De Kamer van beroep stelt vast dat het verpleegdossier niet in orde was, dat er bijv. geen evaluatieschaal of planning was wanneer dit werd vereist, dat de verpleegkundigen niet konden geïdentificeerd worden daar er voor de verpleegkundige stevast XX (staat voor A...) werd ingevuld, dat er voor één patiënt geen dossier voorhanden was,

Het valt in dit dossier ook op dat de appellant, als verpleger-zelfstandige werkend met personeel, verklaart dat hij de reglementering en nomenclatuur niet kent (?). Nog meer merkwaardig in deze zaak is het feit dat de appellant zelf verklaart dat hij de nomenclatuurcodes niet kent (" ... die codenummers zijn voor mij Latijn, ik ken geen enkel codenummer ..."). Evenmin weet hij dat de verplegers een RIZIV-nummer moeten hebben ... e.d.m. In die omstandigheden komt het weinig verwonderlijk over dat één en ander misloopt. Vandaar dat de beslissing van het Comité terecht vermeldt dat van iedere zorgverlener steeds wordt verwacht dat hij voldoende kennis heeft van de vigerende reglementaire bepalingen en van de nomenclatuurcodes die tot zijn specifiek domein behoren.

Nu de feiten ten laste van de appellant vaststaan, dient de door de appellant ingeroepen verjaring onderzocht.

De vordering tot teruggave van de ten onrechte aangerekende prestaties zijn niet verjaard.

Er dient opgemerkt dat het aanslepen van de zaak (en ook het aantal processen-verbaal) mede het gevolg is van de beperkte tijd die ter beschikking werd gesteld door de appellant en de traagheid waarmee hij de dossiergegevens kon opzoeken en voorleggen. Zo werden er niet minder dan 12 processen-verbaal aangetekend verstuurd aan de appellant in de periode vanaf oktober 1999 tot en met mei 2001. Er werd ook uitvoerig geconcludeerd in deze zaak.

De processen-verbaal werden tijdig opgesteld en betekend.

De appellant heeft de stukken (het verstrekkingsregister) ondertekend. Dit werd éénmaal per maand uitgeprint en ondertekend door de heer A... Pas vanaf oktober 2000 werd er een

opsplitsing gemaakt voor de verschillende verstrekkers.

Na de processen-verbaal werd de zaak onderzocht, werd de appellant toegelaten zijn opmerkingen te laten worden, wat hij ook deed in september 2005, en werd de appellant uitgenodigd voor de hoorzitting op 13 december 2005. De appellant die verscheen bij raadsman bleef bij zijn standpunt met gevolg dat de zaak diende behandeld door het Comité van de Dienst voor Geneeskundige evaluatie en controle.

Het Comité besliste reeds op 27 januari 2006. M.a.w. de appellant wist reeds vanaf januari 2006 dat zijn standpunt niet werd gevolgd en dat hij de waarde van de weerhouden verstrekkingen diende terug te betalen. De appellant tekende beroep aan, besluiten werden uitgewisseld en een pleitdatum werd bepaald. Het hoger beroep dat de appellant instelde is niet opschortend zodat hij in feite sinds 23 februari 2006 (betekening beslissing Comité per aangetekende brief) wist dat hij € 257.409,14 diende terug te betalen. Rekening houdende met de te respecteren termijnen, de nodige en grondige onderzoeken en de bij de wet voorziene procedures kan niet gesteld worden dat de redelijke termijn hier werd overschreden. Evenmin kan de appellant voorhouden dat hij geen eerlijk proces heeft gehad.

De uitvoerige overwegingen van de appellant in zijn beroepsakte m.b.t. het administratief vooronderzoek, de controleopdrachten van de geneesheren-inspecteurs en hun verregaande (volgens de appellant) bevoegdheden zijn niet ad rem. Evenmin als de ingeroepen schending van de dubbele aanleg, gezien de administratieve procedure correct werd gevolgd en de appellant zich heeft kunnen verdedigen tot twee keer toe. De Kamer van beroep stelt immers vast dat de procedures zijn gevolgd door de bevoegde ambtenaren en dat de wet werd nageleefd, zelfs wanneer de appellant de mening is toegedaan dat de procedure sterk afwijkt van deze die gebruikelijk zijn in het sociaalzekerheidsrecht. De wetgever heeft dit zo gewild en het is niet de taak van om het even welk rechtsprekend orgaan om hieraan te tornen. De geattesteerde verstrekkingen werden gecontroleerd op het vlak van realiteit en conformiteit en er werd vastgesteld dat "één en ander" niet in orde was. Dat "één en ander" werd hierboven gedetailleerd uiteengezet.

Vergelijkingen met het strafonderzoek en het huidig sociaal strafrecht zijn uit den boze gezien het hier niet gaat om een dergelijk onderzoek (het gaat daarentegen over het niet naleven van de nomenclatuur) en het sociaal strafwetboek niet eens in voege was ten tijde van het onderzoek ten laste van de appellant.

De verjaringswetgeving dient zo geïnterpreteerd dat er geen verjaring intreedt eenmaal een proces-verbaal wordt opgesteld en betekend binnen de 2 jaar wanneer de zaak voor het Comité wordt gebracht. Er is hier geen sprake van een voortdurend karakter van de inbreuk gezien de inbreuken blijkbaar zijn opgehouden na de hoger vermelde processen-verbaal.

De wetten werden niet geschonden. De appellant heeft van in den beginne de mogelijkheid gehad om zich te verdedigen en heeft dit ook gedaan. Hoger werd uiteengezet dat de duur van het onderzoek te wijten was aan de appellant zelf die zegde bepaalde zaken te onderzoeken maar er zelf niet meer aan uit geraakte of de geïntimeerde niet verwittigde van zijn bevindingen.

De appellant werd gehoord in de hoorzitting bij monde van zijn advocaat nadat hem de wettelijke termijn om zijn verdediging te voeren was gegund. Dit was toen de wettelijke procedure en er wordt niet aangetoond dat hierdoor zijn rechten van verdediging werden geschonden. Er werd van de hoorzitting verslag opgemaakt. Uit dit verslag kan de stellingname van de appellant gepuurd worden. Hij heeft er namelijk zijn verdediging gevoerd, zowel mondeling als schriftelijk. De aangestelden voor de hoorzitting zijn leden afkomstig van de verzekeringsinstelling en de beroepscategorie waartoe de appellant zelf behoort. Op zich garandeert dit reeds een objectieve verslaggeving van hetgeen op de hoorzitting werd gezegd.

Er wordt niet aangetoond dat de verdedigingsargumenten niet werden overgemaakt aan het Comité. Wel integendeel, het Comité beantwoordde deze argumenten in zijn beslissing. De bestreden beslissing werd voldoende gemotiveerd. Het Comité biedt voldoende aanvaardbare motieven voor de genomen beslissing. Het spreekt zich uit als bestuursorgaan en niet als administratief rechtcollege wanneer het een administratieve geldboete oplegt of de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen uitspreekt (Raad van State (7° k.), 29 oktober 2007, nr. 176.303, VAN DEUN). Indien de appellant het niet eens is, kan hij specifiek verwijzen naar de audiocassette die wordt opgenomen en zich in het dossier bevindt. Vage verdachtmakingen, die niet nader worden gespecificeerd, worden niet aanvaard door deze Kamer en worden afgewezen als zijnde niet bewezen.

Het Comité heeft geoordeeld dat de inbreuken niet meer konden bestraft worden, maar heeft anderzijds terecht geoordeeld m.b.t. de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen. Hij

maakt dus wel een onderscheid tussen de verjaring van de feiten en die van de terugvordering. Het is niet omdat de feiten niet meer konden beteugeld worden dat de terugbetaling niet meer kon voorkomen of gevorderd worden voor het Comité door de huidige geïntimeerde.

De verjaring opgeworpen door de appellant kan niet gevolgd worden daar de processen-verbaal tijdig werden opgesteld en de verjaring voor dergelijke zaken die aan het Comité van de DGEC worden voorgelegd pas ingaat op de datum waarop een definitieve beslissing van het Comité of de Kamer van beroep is genomen (artikel 174, 1^{ste} lid Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994). Stuiting diende niet te gebeuren gezien de verjaringstermijn nog liep.

Zelfs indien zou aangenomen, worden, quod non, dat de rechten van verdediging van de appellant zouden geschonden zijn door de wijze waarop de wetgever de procedure destijds had geregeld voor het Comité (de appellant verwijst naar de schending van artikel 6 EVRM, de niet openbaarheid van terechtzitting, recht op tegenspraak en repliek), dan nog kan de appellant de schending van zijn recht van verdediging niet met kans op succes invoeren nu de procedure in graad van beroep volledig werd hernomen met respect van de rechten van verdediging, recht op tegenspraak, de mogelijkheid van repliek en openbaarheid van terechtzitting en hij ruimschoots de tijd en gelegenheid heeft gehad om al zijn grieven en argumenten uitvoerig uiteen te zetten, hetgeen hij ook effectief heeft gedaan.

Ook in graad van hoger beroep wordt tot de vaststelling gekomen dat de appellant prestaties aanrekende die niet strookten met de realiteit en de conformiteit, hetgeen hij trouwens in bepaalde gevallen heeft toegegeven. Wanneer de appellant erkent dat hij werkte met verplegers zonder RIZIV-erkenningsnummer, dat zijn schoonbroer vergissingen beging door prestaties door te rekenen aan patiënten die bijv. met vakantie waren, dat er geen planning en evaluatie van de verzorging was dat er geen volledig verpleegdossier werd opgemaakt en bijgehouden ... e.d.m. Dan is er hier sprake van een bekentenis die een volledig en zelfstandig bewijs vormt, waarop de geïntimeerde zich kan beroepen. De bekentenis stuit bovendien de verjaring. De appellant moet voor de stuiting zelfs niet meer eisen dat hij zijn schuldvordering zou opeisen wanneer de schuldenaar op die wijze het bestaan van de schuld heeft bekend.

De erkenning gebeurde in de processen-verbaal die bewijskrachtig zijn. Het gaat om vaststellingen door de inspecteurs en controleurs zelf gedaan n.a.v. de verklaringen van de appellant.

Aangezien het RIZIV deze betalingen niet diende te doen daar zij niet conform waren en niet met de realiteit strookten, waren zij niet verschuldigd. Uiteraard kunnen en moeten dergelijke niet verschuldigde betalingen teruggevorderd worden. Elke betaling veronderstelt immers een schuld. Deze zijn niet verjaard.

Wanneer de wet bijv. eist dat er in elk dossier een planning of evaluatie is ingevuld volstaat het voor de appellant niet te verwijzen naar de voorschriften van de behandelende arts. De appellant moet de reglementering strikt volgen, hetgeen hij duidelijk niet deed.

Er wordt door het RIZIV voldoende informatie opgestuurd en overgemaakt aan de diverse beroepsgroepen (verslagen, infofaxen), ook aan de verpleegkundigen. De appellant achtte het niet nodig zich in te werken in de reglementering en zijn kennis van de nomenclatuur up to date te houden.

Het is de appellant zelf die de getuigschriften voor verstrekte hulp heeft opgesteld (of laten opstellen) en ondertekend, hoewel die niet beantwoordden aan de realiteit en conformiteit. Hij is de verantwoordelijke voor de niet correcte getuigschriften van verstrekte hulp zodat hij terecht werd aangesproken in terugbetaling ervan.

De Kamer van beroep meent dat de argumentatie van de appellant faalt naar recht en wel omwille van volgende redenen.

De terugvordering van ten onrechte verleende prestaties is geen strafsanctie, doch een louter maatregel van teruggave van de door de zorgverlener ten onrechte geïnde prestaties. Deze teruggave wordt aanzien als een bijzondere herstellwijze in het algemeen belang (gelet op een wetgeving van openbare orde). In deze kan perfect de vergelijking worden gemaakt met de ambtshalve veroordeling door de strafrechter van niet aangegeven en niet betaalde RSZ-bijdragen (zie en vgl. Cass. 21 februari 2000, Arr. Cass. 2000, Nr. 137).

Op een louter administratieve procedure is artikel 6 van het EVRM niet van toepassing. De enige toets is hier immers of de vaststellingen van de inbreuken tijdig is gebeurd.

Het hoger beroep komt niet gegrond voor.

*
* *
*

OM DEZE 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.

Ontvangt het hoger beroep en verklaart het niet gegrond.

Bevestigt derhalve de bestreden beslissing van het Comité van 27 januari 2006.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 14 oktober 2013 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 invaliditeitsverzekering, opgericht bij artikel 144 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en ondertekend door:

- de heer Jan VILAIN, Voorzitter van de Kamer van beroep;
- De heer Martin VOLCKE, griffier van de Kamer van beroep.

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 moeten behandeld worden, die in die taal de zaak heeft gehoord en er in die taal over beraadslaagde, was samengesteld uit de heer Jan VILAIN, magistraat-Voorzitter, en de heer dokter Rafaël VANSTECHELMAN en Eva TRAEY, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, alsmede de heer Freddy RAYMACKERS en de heer Sam CORDYN, vertegenwoordigers van de representatieve verenigingen van het verpleegkundigen; de leden-geneesheren en leden-verpleegkundigen hebben aan de beraadslaging deelgenomen bij wege van advies. De Kamer van beroep werd bijgestaan door de heer Martin VOLCKE, griffier in de Kamer van beroep.

