

KAMER VAN BEROEP
BESLISSING d.d. 13/12/2022
Algemeen rolnummer: NB-015-21
2015-XXXXXX-G-XX-XXX-XXXXX
A.R.: 21/22

Betreft:

Mevrouw **A...**, gebrevetteerde verpleegkundige bevoegd voor diabeteseducatie, XXXX te XXXX met Riziv-nummer: XXXX

Eerste appellante

en

B..., met maatschappelijke zetel te XXXX, XXXX met ondernemingsnummer: XXXX

Tweede appellante

Beiden vertegenwoordigd door Meester C... en Meester D..., advocaten te XXXX, XXXX.

tegen

Riziv- Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (verder afgekort: DGEC), openbare instelling van sociale zekerheid met zetel te 1210 Brussel, Galileelaan 5/01 met KBO-nummer: 0206.653.946

Geïntimeerde, voor wie zijn verschenen, mevrouw E..., verpleegkundige-controleur en mevrouw F..., juriste, ambtenaren bij eiser

Op de openbare terechtzitting van 4 oktober 2022 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.

1. Retroacten

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- Beroep tegen de beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 11.10.2021, ter kennis gegeven per brief op 13.10.2021.
- Beroepsakte van appellanten van 15.11.2021, ontvangen op de griffie van de Kamer van beroep op 19.11.2021.
- Antwoordconclusies van geïntimeerde van 15.02.2022, neergelegd op de griffie van de Kamer van beroep op 15.02.2022.
- Syntheseconclusies van appellanten van 16.05.2022, ontvangen op de griffie van de Kamer van beroep op 16.05.2022.
- Syntheseconclusies van geïntimeerde van 14.06.2022, neergelegd op de griffie van de Kamer van beroep op 15.06.2022.
- Syntheseconclusies van appellanten van 14.09.2022, ontvangen op de griffie van de Kamer van beroep op 14.09.2022.
- Vaststelling van rechtsdag op 04.10.2022.

Gehoord op de zitting van 04.10.2022.

- Meester C... en Meester D... namens verweersters.
- Mevrouw F... en mevrouw E... namens eiser.

De debatten worden gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 8 november 2022, eerste nuttige zitting van de Kamer van beroep. Op deze zitting wordt de zaak verder in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 13 december 2022.

2. Voorwerp van het geschil

Algemene situering

Het RIZIV komt tussen in de uitbetaling van miljoenen betalingen van geneeskundige zorgverstrekingen, aan tientallen duizenden zorgverstrekkers, in hoge mate op basis van door die zorgverstrekkers zélf opgemaakte attesten van verstrekte zorg. Het gaat over miljarden euro's, door de leden van deze samenleving bij elkaar gebracht met het oog op een goede gezondheidszorg voor zoveel mogelijk mensen.

Zorgverstrekkers zijn mensen. Het is denkbaar dat zij aanspraak maken op grotere bedragen dan aan hen verschuldigd.

De DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE (hierna de DGEC) heeft onder meer de wettelijke opdracht de verstrekingen te controleren op het vlak van de realiteit (verstrekingen aanrekenen welke niet werden uitgevoerd) en

conformiteit (verstrekkingen niet volgens de regels aanrekenen) met de bepalingen van de wet betreffende de verplichte verzekeringen voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, en overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze wet. Het voorliggend dossier werd in het kader van die opdracht opgesteld.

DGEC kan ambtshalve overgaan tot enig onderzoek of vaststelling (art. 146). DGEC kan, gelet op de omvang van het geheel van de in de land gepresteerde medische verrichtingen, geen onderzoek doen omtrent de regelmatigheid van alle aanrekeningen. Zij kan zich bij de keuze van wat zij met de beperkte middelen wél onderzoekt laten leiden door elk ander dienstig element : een onderzoek kan eveneens worden gestart op basis van een klacht of een melding vanwege een burger, een zorgverlener of een inrichting, of op basis van een verzoek van een overheid of dienst, actief in het veld van de gezondheidszorg.

De voorliggende vordering strekt tot veroordeling tot terugbetaling van het teveel aangerekende, en tot oplegging van een administratieve geldboete.

Huidig dossier

A... werkte door middel van een vennootschap, met name B..... Zij werkte met personeel. Het personeel werkte in dienstverband. A... zorgde voor de coördinatie en stond in voor de aanrekeningen.

De DGEC deed onderzoek omtrent de zorgverstrekkingen, verricht tijdens een geselecteerde periode, door A... en haar vennootschap aan tal van verzekerden.

De in de onderzochte periode voor A... en haar vennootschap aangerekende verstrekkingen werden opgevraagd en geanalyseerd. Op basis van deze analyse werd omtrent door analyse geselecteerde prestaties onderzoek verricht door verhoor van verzekerden, en bijhorende evaluatie van hun toestand, en door verhoor van behandelende artsen die door de wet verplicht zijn het inspecterend personeel van de DGEC alle inlichtingen en bescheiden te verstrekken welke deze ter uitoefening van hun controleopdracht nodig hebben.

Inzake de prestaties waaromtrent de DGEC meent inbreuken te kunnen bewijzen worden de bekomen onderzoeksgegevens samengebracht in het voorliggende dossier, dat uiteindelijk door de houding van de zorgverstrekkers aanleiding gaf tot de onderhavige procedure, en tot de door de appellanten bestreden beslissing van de Kamer van eerste aanleg.

Aan mevrouw A... werden in het proces-verbaal van vaststelling van 2 januari 2018 de volgende inbreuken ten laste gelegd:

1. **Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd.**

Het betreft 2538 verstrekkingen geattesteerd bij acht verzekerden in de periode van 01/03/2015 tot en met 30/09/2016 (invoerdatum VI van 08/04/2015 tot 02/10/2016) voor een bedrag van 37.938,64 euro.

2. **Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen 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 wet.

Door het te hoog evalueren van de fysieke afhankelijkheidstoestand van verzekerden werden ten onrechte te hoge forfaitaire honoraria aangerekend. Er werd een Forfait C aangerekend daar waar slechts een Forfait B aangerekend mocht worden.

Het betreft 208 verstrekkingen geattesteerd bij één verzekerde in de periode van 06/01/2016 tot en met 31/07/2016 (invoerdatum VI van 29/02/2016 tot 31/08/2016) voor een bedrag, na toepassing van de verschilregel, van 2.622,08 euro.

- 3. Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen 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 wet.**

Door het te hoog evalueren van de fysieke afhankelijkheidstoestand van verzekerden werden ten onrechte te hoge forfaitaire honoraria aangerekend. Er werd een Forfait B aangerekend daar waar slechts een (dagelijks) toilet aangerekend mocht worden.

Het betreft 157 verstrekkingen geattesteerd bij twee verzekerden in de periode van 22/05/2015 tot en met 31/05/2016 (invoerdatum VI van 31/05/2015 tot 02/06/2016) voor een bedrag, na toepassing van de verschilregel, van 3.152,32 euro.

- 4. Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen 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 wet.**

Door het te hoog evalueren van de fysieke afhankelijkheidstoestand van verzekerden werden ten onrechte te hoge forfaitaire honoraria aangerekend. Er werd een Forfait A aangerekend daar waar slechts een (dagelijks) toilet aangerekend mocht worden.

Het betreft 1639 verstrekkingen geattesteerd bij zeven verzekerden in de periode van 01/03/2015 tot en met 30/09/2016 (invoerdatum VI van 08/04/2015 tot 02/10/2016) voor een bedrag, na toepassing van de verschilregel, van 13.426,73 euro.

- 5. Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen 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 wet.**

Dit betreft het aanrekenen van verstrekkingen die niet aanrekenbaar waren. In een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden werd het nomenclatuurnummer geattesteerd voor verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende.

Het betreft 972 verstrekkingen geattesteerd bij twee verzekerden in de periode van 01/04/2015 tot en met 31/03/2017 (invoerdatum VI van 31/05/2015 tot 30/04/2017) voor een bedrag, na toepassing van de verschilregel, van 22.122,44 euro.

6. Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen 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 wet.

Dit betreft het aanrekenen van verstrekkingen die niet aanrekenbaar waren. Er werd een forfait geattesteerd zonder dat er een toilet werd toegediend of er werd een forfait geattesteerd terwijl alleen de rug werd gewassen.

Het betreft 296 verstrekkingen geattesteerd bij twee verzekerden in de periode van 02/04/2015 tot en met 30/09/2016 (invoerdatum VI van 03/05/2015 tot 02/10/2016) voor een bedrag van 7.032,46 euro.

7. Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen 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 wet.

Het aanrekenen van verstrekkingen die niet aanrekenbaar waren. Er werd een toilet geattesteerd terwijl er dagelijks zwachtels werden aangedaan en tweemaal per week de voeten werden gewassen.

Het betreft 354 verstrekkingen geattesteerd bij één verzekerde in de periode van 25/09/2015 tot en met 30/09/2016 (invoerdatum VI van 02/11/2015 tot 02/10/2016) voor een bedrag van 707,88 euro.

8. Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen 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 wet.

Het aanrekenen van verstrekkingen die niet aanrekenbaar waren. De verstrekking voor aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product werd aangerekend terwijl er niet aan de voorwaarden werd voldaan, namelijk het ontbreken van de vereiste huidaandoening zoals beschreven in de nomenclatuur.

Het betreft 2479 verstrekkingen geattesteerd bij acht verzekerden in de periode van 07/09/2015 tot en met 31/03/2017 (invoerdatum VI van 30/11/2015 tot 30/04/2017) voor een bedrag van 6.463,03 euro.

9. Reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen 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 wet.

Het aanrekenen van verstrekkingen die niet aanrekenbaar waren. De verstrekking voor het verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os met akkoord van de behandelend arts en de verstrekking voor de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os werd aangerekend terwijl er niet aan de voorwaarden werd voldaan, namelijk het vereiste ondertekende document kon niet voorgelegd worden.

Het betreft 735 verstrekkingen geattesteerd bij twaalf verzekerden in de periode van 03/02/2015 tot en met 29/03/2017 (invoerdatum VI van 31/03/2015 tot 30/04/2017) voor een bedrag van 5.295,75 euro.

Voor deze negen tenlasteleggingen bedraagt het totale ten onrechte aangerekende bedrag € 98.761,33.

Met name gaat het

- over de realiteitsinbreuken van de tenlastelegging onder 1 ten belope van een bedrag van € 37.938,64 en
- over het geheel van de conformiteitsinbreuken onder de tenlasteleggingen 2 t/m 9, samen ten belope van een bedrag van € 60.822,69.
- De optelsom geeft een totaal nadeel van € 98.761,33.

Al de beweerde feiten maken inbreuken uit op de bepalingen in art. 73 bis, 1° en 2° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, (hierna genoemd "de wet") en artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvan de tekst voor elke tenlastelegging is weergegeven in de inleidend verzoekschrift.

Voorstaande tenlasteleggingen werden weergegeven onder de nummers 1 tot en met 9 zoals dit ook initieel gebeurde in het inleidend verzoekschrift, en niet zoals weergegeven in de bestreden beslissing waarin een meer complexe nummering werd weerhouden.

3. De bestreden beslissing van de Kamer van Eerste Aanleg de dato 11 oktober 2021.

De Kamer van Eerste Aanleg oordeelde als volgt :

- Veroordeelt verweersters solidair tot terugbetaling aan het RIZIV van het bedrag van 37.936,64 + 60.862,69 = 98.801,33 €

- Veroordeelt eerste verweerster bovendien tot betaling aan het RIZIV van een administratieve geldboete van 98.801,33 €, waarvan 30.431,35 € met uitstel gedurende een proeftijd van 3 jaar;

Blijkbaar werd het bedrag van € 60.862,69 door de Kamer van eerste aanleg overgenomen van p. 25 van de syntheseconclusie van de DGEC. Het betreft aldaar een materiële vergissing. Bedoeld werd het bedrag van € 60.822,69.

De uiteindelijke uitspraak van deze Kamer van beroep herstelt deze materiële vergissing in het geheel van de eindafrekening inzake terugbetaling en administratieve geldboete.

4. De ontvankelijkheid van het hoger beroep.

Tegen deze beslissing werd tijdig en regelmatig hoger beroep aangetekend. Het beroep is dan ook ontvankelijk.

5. Voorafgaande beoordeling omtrent verjaring, beweerde nietigheden, al of niet te weren stukken,

Omtrent de beweerde verjaring van de vaststellingstermijn.

Luidens art. 142 § 2 van de wet dienen de materiële bestanddelen van de in huidige zaak bedoelde inbreuken door de sociale inspecteurs te worden vastgesteld binnen een wettelijk vastgestelde termijn welke begint te lopen vanaf de datum waarop de verzekeringsinstellingen de documenten betreffende de betwiste verstrekkingen hebben ontvangen. Tot de hierna vermelde wetswijziging gold ter zake een termijn van 2 jaar. Bij wet van 18.12.2016 (B.S. 27.12.2016) werd deze vaststellingstermijn gebracht op drie jaar. Deze wet trad in werking op 06.01.2017.

De wetswijziging betreft een procedureregulering. Wijzigingen in procedureregels zijn van onmiddellijke ingang : Is de termijn niet verstreken op het moment dat hij verlengd wordt dan geldt de verlengde termijn.

De vaststellingen werden gedaan in het P.V. van 02.01.2018. In dit P.V. werden geen verstrekkingen weerhouden waaromtrent de documenten werden ontvangen vóór de datum van 07.01.2015. Daaromtrent zou de vaststellingstermijn immers vervallen zijn vóór de inwerkingtreding van de nieuwe wet. Voor de verstrekkingen waaromtrent de documenten werden ontvangen op 07.01.2015 en later, was de vaststellingstermijn niet verstreken op het moment van de wetswijziging zodat de termijn verlengde tot na het moment van de vaststellingen de dato 02.01.2018, datum van het P.V.

Inzake alle vaststellingen werd de geldende vaststellingstermijn gerespecteerd.

Het is moeilijk voorstelbaar dat de appellanten onrechtmatige aanrekeningen zouden doen, mede gemotiveerd door het feit dat de vaststellingstermijn kort zou zijn. Alleszins kan bezwaarlijk worden aangenomen dat hun recht (om onrechtmatige aanrekeningen te doen ?) door de verlenging van de termijn zou zijn geschonden. Integendeel lijkt het zo te zijn dat de termijn door de wetgever werd verlengd ter bijkomende bescherming van de overheidsmiddelen tegen onrechtmatige aanrekeningen.

Het is zonder belang dat het onderzoek reeds voor de wetswijziging zou zijn aangevat. Eventuele onrechtmatigheden in de aanrekeningen door de appellanten, vallend buiten de (regelmatig verlengde) vaststellingstermijn, zijn klaarblijkelijk niet opgenomen in het P.V.

De rechten van verdediging van de appellanten werden niet geschonden.

Beweerde gebreken in de motivering

De appellanten beklagen zich over de beperkte motivering door de Kamer van eerste aanleg. Dit middel is in graad van beroep zonder relevantie. De onderhavige beslissing vervangt op het beroep van de appellanten de beslissing van de Kamer van eerste aanleg en draagt in zich een eigen motivering.

Anders dan appellanten lijken te menen is het niet zo dat de rechter, omdat partijen veel schrijven, ook veel moet schrijven. Hij moet wel de middelen van partijen beantwoorden. Hij moet de gronden van zijn beslissing aangeven. Voor zover volledig, mag de rechter beknopt zijn.

Het is niet omdat partijen langdradig zouden zijn, dat de rechter dat ook moet zijn.

Het is niet zo dat de in het ongelijk gestelde partij door de rechter moet worden overtuigd van zijn ongelijk ...

Omtrent de medische profielen en mogelijk andere elementen als aanleiding voor het onderzoek tegen de appellanten

De appellanten ontwikkelen middelen rondom het fenomeen van de medische profielen, middelen welke dan op een chaotische wijze worden vermengd met middelen omtrent de in de wet voorziene gewaarmerkte CD-roms.

In het voorliggende dossier worden de profielgegevens van appellanten vermeld.

In het kader van het RIZIV functioneert “het medisch profiel” van een zorgverstreker als een instrument om te weten met welk soort zorgverstreker men te doen heeft. Als de DGEC in het kader van het RIZIV medische prestaties dient te controleren en evalueren van tienduizenden zorgverstrekkers is het medisch zorgprofiel een elementair werkinstrument. Zo krijgt men een eerste zicht op hoeveel prestaties worden verricht, van welke aard, hoe het aantal ervan en de onderscheiden soorten prestaties zich verhouden tot die van andere gelijksoortige zorgverstrekkers, en soortgelijke zaken meer. Het kan het debat met de zorgverstreker inspireren, eventueel aanleiding geven tot correcties of tot nader toezicht, eventueel tot nadere controle.

Het is duidelijk dat de profielgegevens van appellante A... en haar vennootschap aandacht verdienen. Dat kan een aanleiding zijn tot nader onderzoek.

Zelfs als dat niet het geval was kon DGEC rechtmatig onderzoek instellen naar de zorgaanrekeningen van de appellanten.

Het is mogelijk dat het conflict dat appellante A... had met sommige voormalige werknemers aanleiding gaf tot al of niet anonieme klachten bij de DGEC. Maar ook dat is zonder belang. Alles kan immers een aanleiding zijn tot een rechtmatig onderzoek.

In geen enkel opzicht echter hebben voornoemde elementen het voorliggende dossier op enige wijze inhoudelijk gevoed. De basis van het onderzoek wordt gevormd door de gewaarmerkte CD-roms aangeleverd door de verzekeringsinstellingen, waarover later meer. Het werkinstrument van de medische zorgprofielen staat, alleszins in de voorliggende procedure, totaal los van het werkinstrument van de gewaarde CD-roms.

Mocht er ooit in het kader van de profielen de mogelijkheid bestaan hebben of nog bestaan tot extrapolatie van aanrekengegevens dan is het alleszins zo dat zulks in het voorliggende dossier op geen enkele wijze heeft gespeeld. De bekritiseerde aanrekengegevens zijn alle individueel aangeduid in het P.V., naar dag en patiënt bepaald, zodat de gevorderde terugbetaling tot de laatste cent terug te brengen is tot

een door appellanten zélf aan de verzekeringsinstellingen en, daardoor, in de gewaarmerkte CD-roms aangeleverde aanrekening.

Zoals hiervoor reeds aangegeven kan de DGEC krachtens de wet elke medische prestatie, of de prestaties van elke medische zorgverstreker onderzoeken of controleren. Zij hoeft daarvoor in de regel geen verantwoording af te leggen. Dat zij dat niet willekeurig doet is bewijs van wijsheid en efficiënt beleid. Dat zij aangeeft dat te doen rekening houdend met de gegevens van een medisch profiel van een zorgverstreker strekt er ook toe de aanwending van de beperkte onderzoekscapaciteit te verantwoorden.

De gegevens waarop de profielen zijn gebaseerd liggen op geen enkele wijze aan de basis van het onderzoek, minstens is het zo dat de aanrekengegevens waarop het onderzoek is gebaseerd, worden vergaard op een wijze die los staat van enig profielgegevens van de zorgverstreker.

Zelfs al zou er enige kritiek mogelijk zijn op profielgegevens van appellante, A..., haar medewerkers of haar vennootschap, of op het al of niet aanwezig zijn van profielgegevens van haar voormalige en in de relevante tijd actieve medewerkers, in geen enkel geval kan dat aanleiding zijn tot enige nietigheid van het onderzoek of tot enige wering van om het even welk stuk. De profielgegevens staan, zoals hierboven en hieronder aangegeven, los van de basis van het onderzoek, en vormen hoogstens een aanleiding tot onderzoek.

Zo ook is door deze elementen op geen enkele wijze enig recht van verdediging van appellanten gekrenkt, hebben zij daardoor geen enkel nadeel geleden, en geven zij voor het overige geen enkele rechtsgrond voor een beweerde nietigheid aan.

Werkprofielen of roddels of anonieme inlichtingen kunnen een aanleiding zijn voor een onderzoek. Op geen enkele wijze vormen zij enig bewijs. De DGEC is niet verplicht een aanleiding aan te duiden. Zij kan ook optreden van ambtswege.

Omtrent de gewaarmerkte CD-roms

Het zijn de appellanten zélf welke als zorgverleners hun rekeningen voor de beweerd verleende zorgen overmaken aan de ziekenfondsen, de verzekeringsinstellingen van hun patiënten. Op basis daarvan worden zij uitbetaald.

Als de DGEC nazicht wil doen op het medisch optreden en aanrekenen van een zorgverlener, moet de dienst weten hoeveel en welke zorgen werden aangerekend, en aan wie. Deze gegevens worden, opgevraagd bij de onderscheiden verzekeringsinstellingen. Ze worden aangeleverd op de door de wet voorziene wijze, met name per CD-roms. De inhoud daarvan wordt gewaarmerkt : de verzekeringsinstelling verklaart formeel dat de inhoud van de aanrekengegevens met de werkelijkheid overeenstemt. Tot bewijs van het tegendeel wordt ervan uitgegaan dat zulks inderdaad het geval is.

De appellanten werken sinds het in voege gaan met G... en elektronische getuigschriften. Sinds de hele onderzochte periode konden appellanten dus op elektronische wijze met de ziekenfondsen communiceren. Zij hadden en hebben op elk moment zicht op hetgeen zij aangerekend hebben. Dat is ook het geval als zij op minder digitale wijze met de verzekeringsinstellingen communiceren : de zorgverlener geeft op geen enkel moment de wijze waarop hij zijn prestaties aanrekent uit handen.

Het tegenbewijs tegen de inhoud van de gewaarmerkte CD-roms dient dus van appellanten te komen.

De inhoud van hetgeen uit de gewaarmerkte CD-roms tegen hen wordt gebruikt in het voorliggend dossier, betreft enkel de bekritiseerde aanrekeningen welke vanaf het begin in het P.V. van vaststelling worden aangegeven. Minstens op deze wijze hebben appellanten, vanaf het moment van de vaststellingen inzage in de relevante inhoud van gewaarmerkte CD-roms. Op die wijze is het dan ook begrijpelijk dat appellanten ter griffie zouden vernomen hebben dat niemand tot dusver inzage vroeg van de betreffende CD-roms : de relevante inhoud is, in alle dossiers, te zien in het opgestelde P.V. van vaststelling.

Opmerkelijk feit is : de appellanten hebben op geen enkel moment sinds de ontvangst van het P.V. enige opmerking geformuleerd inzake de basis van het onderzoek : 1. nooit werd gesteld dat de door de onderzoekende inspecteurs aangebrachte aanrekeningen onjuist zouden zijn terwijl zij, wat zij doorgaven aan de verzekeringsinstellingen te allen tijde (elektronisch) terug kunnen bekijken en controleren ; 2. Altijd werd gesteld dat zij ofwel de prestaties tóch hadden geleverd, ofwel dat het de computer was die moeilijkheden veroorzaakte door niet-gepresteerde verzorgingen aan te geven, ofwel dat zij geen kennis hadden van voorwaarden van aanrekening die niet vervuld bleken, of zelfs dat zij vonden dat de patiënt wél recht had op de verzekeraarbaarheid van wat niet verzekerd was. Nooit werd gesteld dat de aanrekeningen onjuist waren, of werd getracht het bewijs daarvan te geven.

Geconfronteerd met de stelling van appellanten voor de Kamer van eerste aanleg, dat de rechten van verdediging zouden zijn geschonden nu er blijkbaar moeilijkheden waren om digitaal inzage te krijgen in de neergelegde CD-roms waarvan appellanten zich afschrift lieten overhandigen, werd door de eerste rechter een heropening der debatten bevolen waarna werd voorzien in een digitale toegang aan appellanten tot de gegevens van de CD-roms in deze zaak gebruikt. Waarna de zaak ten gronde werd hernomen. Appellanten zullen daar niets anders gezien hebben dan hetgeen zij in hun eigen documentatie over hun aanrekening aan de verzekeringsinstellingen konden zien.

Het recht op tegenspraak tegen de belastende elementen van het dossier en daarmee samenhangend, het recht van verdediging van de appellanten is volledig gerespecteerd. Zelfs indien er ooit een schending zou zijn geweest doordat de appellanten slechts toegang kregen tot het geheel van de gegevens van de CD-roms - en dus ook tot de niet-gebruikte gegevens - na tussenvonnis van de Kamer van eerste aanleg, heeft zulks de appellanten op geen enkele wijze benadeeld of gehinderd in hun verweer. Alleszins waren de relevante gegevens vanaf het begin te vinden in het P.V. van vaststelling. Er is alleszins geen schending van een op straffe van nietigheid voorgeschreven vormvereiste of regel, de betrouwbaarheid van het bewijs is op geen enkele wijze aangetast, evenmin is het recht van partijen op een eerlijk proces op enige wijze gecompromitteerd.

Luidens art. 14 gebeurt de mededeling van de stukken ook door neerlegging van de stukken ter griffie, waar partijen ze ter plaatse kunnen raadplegen. Dat appellanten door technische omstandigheden slechts over het internet toegang kregen tot de CD-roms staat de tegenspraak niet in de weg. De CD-roms waren ab initio ter beschikking ter griffie.

De Kamer van beroep ziet geen enkele nietigheid, evenmin enig te weren stuk, of een schending van enig recht van verdediging.

Voor zover er enige schade zou zijn geweest doordat appellanten ooit in de mening konden verkeerden dat er op de CD-roms iets relevants stond waarvan zij geen kennis hadden, is dit nadeel door de tussenkomst van de Kamer van eerste aanleg hersteld.

Waardering van de bewijselementen ivm de grond van de zaak

Bij de beoordeling van de gehoudenheid van de appellanten voor hetgeen hen ten laste wordt gelegd liggen volgende overwegingen voor :

- Misschien eerst de essentie : zorgen worden slechts vergoed als ze worden verleend. Worden ze niet verleend, dan is er geen recht op vergoeding. Inschaling van afhankelijkheidsgraden van patiënten geeft aan ten belope van welk maximumbedrag zorgen aan die patiënten ten laste zijn van de verzekeraar. Maar ook hier : slechts in de mate dat die nodige zorgen, samenhangend met die afhankelijkheidsgraad, ook effectief door de zorgverlener worden verstrekt. Zorgen die door familieleden, of anderen dan de zorgverlener worden verstrekt worden niet vergoed aan de zorgverlener. Het volstaat dus niet een patiënt te hebben met een hoge afhankelijkheidsgraad om, van zodra men enige zorg toedient, te kunnen aanspraak maken op het maximum-verzekerbare bedrag.

- Meestal heeft een zorgverstrekker de sympathie van de verzekerde. Als deze desalniettemin verklaringen aflegt in het nadeel van de zorgverstrekker, zonder daar overigens zélf voordeel bij te hebben, kan deze verklaring moeilijk ter zijde worden geschoven als weinig waardevol.

- Het verweer van A... tegen de verklaringen van haar patiënten dat dezen vergeetachtig, oud, of dementerend zouden zijn, of getroffen door de wisselvalligheden van het leven, is geenszins overtuigend. Het is de plicht van de sociale inspecteurs toezicht te houden op de mogelijkheden van de ondervraagden om een relevante verklaring af te leggen. De Kamer van beroep gaat ervan uit dat de sociale inspecteurs, onverminderd klaarblijkelijke vergissingen, zélf terughoudend zijn indien te vrezen is dat sommige verklaringen onbetrouwbaar zouden zijn omwille van een concrete fysieke en/of mentale toestand waarin zij de patiënt aantreffen. Anders wordt elke controle door de DGEC onmogelijk en zouden de zorgverstrekkers zich zonder enige mogelijke inbreng vanwege de patiënt bedrieglijk kunnen bedienen vanuit de gemeenschapsgelden die ter beschikking zijn, vooral met het oog op een behoorlijke gezondheidszorg, en niet met het oog op de onrechtmatige verrijking van de zorgverstrekkers.

- De verklaringen van A... daarentegen zijn niet betrouwbaar, gelet op de soms systematische aanrekeningen van prestaties welke uiteindelijk niet blijken gepresteerd te zijn, soms zelfs volgens haar eigen verklaring ("een vergissing").

- De betrouwbaarheid van de verklaringen van A... wordt evenmin ondersteund doordat zij, ter verklaring voor onrechtmatige aanrekeningen wegens niet vervuld zijn van een voorwaarde, terugvalt op de uitleg "dat wist ik niet". Eindeloze reeksen prestaties aanrekenen zonder te weten dat daarvoor een niet vervulde voorwaarde waarvan zij wél kennis moest hebben, vereist is, geeft geen vertrouwen in de goede trouw van de appellante.

- De verklaringen van de ondervraagde huisartsen waaruit dient te worden besloten tot onrechtmatige aanrekeningen door appellanten, worden door de Kamer van beroep bijzonder ernstig genomen : zij hebben er geen belang bij een andere zorgverstrekker in diskrediet te brengen aangezien zij deze laatste nog ontmoeten op het terrein van de zorgverlening.

- Een verklaring van A... geeft zicht op hoe zij het inschalen van de afhankelijkheid ziet. Op 01.08.2017 verklaart zij : "Ik zeg U dat ik altijd de mening was toegedaan dat iedere patiënt recht had op een dagelijks toilet. Ik waste ze toen dagelijks. Ik scoorde

hen toen 4 voor wassen en kleden om zo tot een dagelijks toilet te komen". Mogelijk is deze ingesteldheid een verklaring voor de soms grote verschillen in inschaling met ander instanties.

Alle voornoemde elementen zijn dan ook eveneens van aard haar visies omtrent de KATZ-schalen van haar verzekerden (voor zover al relevant), die altijd in strijd zijn met die van de verzekeringsinstellingen, de sociale inspecteurs en de huisartsen tegen de andere beoordelingen in, niet te laten doorwegen, mede ook gelet op het, soms enorme, financieel voordeel dat daarmee voor haar verbonden is.

Bij het geheel van de voorliggende problematiek omtrent realiteitsinbreuken en conformiteitsinbreuken is de centrale vraag niet alléén : komt de patiënt in aanmerking voor de geattesteerde zorgen ? De vraag is vooral : Werden ze ook effectief verleend ? Als de patiënt niet toeliet dat ze werden verleend werden ze niet verleend en konden ze ook niet aangerekend worden !

De omstandige uitweidingen van de zorgverlener omtrent de toestand van de verzekerden zijn daarom dikwijls slechts van beperkt belang. Niet alleen inzake de realiteitsinbreuken, maar ook inzake de conformiteitsinbreuken.

Met voorgaande vuistregels in het achterhoofd oordeelt de Kamer van beroep omtrent de gehoudenheid van A... en haar vennootschap voor de feiten van de tenlasteleggingen zoals hierna volgt bij de "beoordeling van de vorderingen ten gronde".

Omtrent het afnemen van verklaringen

Ten onrechte trachten appellanten de inhoud van de verhoren in diskrediet te brengen. De regels van art. 62 van het Sociaal Strafwetboek zijn inderdaad van toepassing bij het afnemen van de verhoren. De Kamer van beroep ziet geen enkele reden waarom niet zou worden geloofd dat de ondervraagden kennis werd gegeven van het feit dat elkeen kan vragen dat de verklaringen in de gebruikte bewoordingen wordt genoteerd. De Kamer van beroep ziet evenmin enige reden waarom een patiënt zo iets zou vragen. De patiënt is niet een beklagde die moet vrezen dat een neergeschreven verklaring verkeerd wordt begrepen.

Terecht merken appellanten op dat er een verschil is in het noteren van enerzijds de verklaringen van de verzekerden en anderzijds de verklaringen van de artsen. Het betreft dan ook, in de regel, verschillende soorten van publiek. Inderdaad is er, zoals appellanten terecht opmerken, tussen deze groepen een verschil inzake leeftijd, opleiding en achtergrond. Precies dát verklaart het verschil in de wijze van noteren. Er is ook een verschil in betrokkenheid. De patiënt is met name persoonlijk betrokken.

De patiënten zijn, in de regel, ouder en minder alert, en ongetwijfeld ook minder vertrouwd met een onverwachte gebeurtenis als de ondervraging door een sociaal inspecteur, zeker als het iets betreft waarbij zij persoonlijk betrokken zijn. De ondervrager zal zich voorzichtiger opstellen, en zoekend en tastend op zoek gaan naar de waarheid in een complexe situatie. Op die wijze komt de tekst van het verhoor langzaam tot stand. Het zou verbazen indien een patiënt zou hebben gevraagd om een vraag-antwoord-weergave. En de tekst van het verhoor zou inderdaad onleesbaar zijn.

De ondervraagde artsen zijn, in de regel, minder oud en/of meer alert, en meer vertrouwd met de situatie. Zij zijn niet verbaasd omtrent hetgeen waarnaar men op zoek is. Op die wijze is het meer vanzelfsprekend dat het verhoor in de vraag-antwoord-vorm wordt genoteerd, zonder dat dit overigens een aanwijzing hoeft te zijn voor het feit dat het de letterlijke weergave van het verhoor is.

De deontologie van de sociaal-inspecteur impliceert dat hij zich neutraal opstelt, enkel op zoek is naar de waarheid. Het omgekeerde kan niet worden afgeleid uit de wijze van noteren van de verhoren.

Ten onrechte wordt door appellanten gesuggereerd dat in de verhoren wordt verdoezeld dat de toestand van de patiënt in de loop van de tijd zou zijn gewijzigd ten goede, waardoor de hogere inschaling van de afhankelijkheid van de patiënt ten tijde van de bekritiseerde zorgverlening zou worden verklaard. Zulk een verandering zou immers moeten blijken uit de gewijzigde evaluatie van de afhankelijkheidssituatie door de zorgverlener zélf. Een verandering ten goede bij dit soort van patiënten is overigens eerder uitzonderlijk.

De bewijswaarde van de afgelegde verklaringen wordt door de rechter ingeschat. Hierboven werd, onder een andere hoofding, aangegeven welke vuistregels de Kamer van beroep in deze hanteert. De vorm van het neerschrijven van de verklaringen speelt daarin geen rol.

Op geen enkele wijze blijkt uit de wijze van noteren van het verhoor een inbreuk op de waarborgen van loyaliteit, objectiviteit, gelijkheid en het recht op een eerlijk proces.

Het is niet zo dat de regels van het strafvorderingsrecht in deze van toepassing zijn.

6. Beoordeling van de vorderingen ten gronde

De feiten voorzien onder 1

Het betreft aanrekening van een groot aantal niet-uitgevoerde prestaties.

De juistheid van het beweerde in de tenlastelegging onder 1 blijkt uit de stukken van het dossier.

Bij de analyse van de aanrekengegevens van appellanten is het oog van de inspecteurs blijkbaar gevallen op sommige langlopende reeksen van (beweerd) dagelijkse prestaties. Na verhoor van de betrokken verzekerden worden de verhoren van 8 personen weerhouden als bijzonder verhelderend. Ongetwijfeld hebben de verzekerden H..., I..., J..., K..., L..., M..., N... en O... tot hun verbazing tijdens het verhoor vernomen dat de appellanten over lange periodes dagelijkse prestaties aanrekenden terwijl zijzelf niet dagelijks verzorgd werden. De verklaringen van A... zélf hieromtrent zijn onbetrouwbaar. Het aantal verzekerden waaromtrent zulke duidelijke verklaringen kunnen worden genoteerd maakt duidelijk dat deze aanrekenpraktijken dagelijkse kost zijn en tot een systeem uitgroeiden. Overigens geven de soms halfslachtige verklaringen van A... zélf aan dat de aanrekeningen niet te ernstig moeten worden genomen : "genoteerd door mijn collega's", "bij mijn collega's deed zij moeilijk", "ik kwam er af en toe", "mijn collega's gingen bij haar", "ik moet dat navragen aan mijn collega". Sommige andere verklaringen luiden als gedeeltelijke bekentenissen.

Het betreft verklaringen van niet 1, maar 8 verzekerden die, in verband met eenzelfde periode, verklaringen afleggen over een gelijksoortige wijze van onjuiste aanrekening waarbij meer dagen als gepresteerd worden aangegeven dan er werkelijk gepresteerd werden. Deze omstandigheid (een hele club die soortgelijke verklaringen doet) versterkt de hierboven reeds toegelichte geloofwaardigheid van de verklaringen van de verzekerden op een bijzondere wijze.

Inzake meerdere van de hierbij betrokken patiënten zal hierna blijken dat de aanrekeningen voor dagen dat er wél iets gepresteerd werd, het voorwerp uitmaken van conformiteitsinbreuken.

Op het concrete verweer van de appellanten dient nog te worden gerepliceerd als volgt:

- Inderdaad werden er bij H... nota's teruggevonden waaruit blijkt dat een zorgverlener er ook was op andere dagen dan die waarop effectief zorgen werden toegediend. Dit heeft echter enkel te maken met het feit dat bij de echtgenoot van deze patiënt, de heer P..., (de patiënt van de tenlastelegging onder 7) dagelijks werd langsgesegaan om iedere morgen zijn zwachtels aan te doen. Het is duidelijk dat van die gelegenheid wordt gebruik gemaakt om sporen na te laten van aanwezigheid voor de echtgenote mevrouw H... teneinde op die wijze niet verrichte prestaties geloofwaardig te maken. Het is opvallend dat bij andere patiënten geen sprake is van zoveel in de tijd gesitueerde nota's. Deze patiënte is in haar verklaring ook duidelijk over de tijdsperiode waarover zij spreekt.
- De toestand van deze echtgenoten is inderdaad mogelijk moeilijk, maar de elementen van het dossier en de verklaringen van beide echtgenoten samen maken duidelijk dat zij er op staan zoveel als mogelijk voor zichzelf en elkaar te zorgen.
- Inzake I... geeft de realiteitsinbreuk in essentie toe : zij "zou kunnen akkoord gaan". Maar er was een "systeemfaling" waardoor te veel dagen werden doorgestuurd om aan te rekenen. Haar aanrekeninggedrag desbetreffend wordt door haarzelf tegengesproken.
- Inzake J... zou er ook sprake zijn een "faling in het systeem" en komen appellanten nu naar voor met nieuwe beweerde prestaties, alsof dat dat aanrekening van het niet gepresteerde minder belangrijk maakt.
- De verklaringen van patiënte K... is ook geloofwaardig omdat ze wordt genoteerd naast de verklaringen van tal van andere patiënten die soortgelijke ervaringen hebben met het aanrekeninggedrag van A.... Dat een kleinzoon zelfmoord pleegt is dramatisch maar niet van aard om een 86-jarige patiënte die concrete en volgehouden verklaringen aflegt, het verstand te benemen. Zij had daarbij de ondersteuning van haar agenda !
- Het niet verhoren van zijn huisarts doet niet af aan de duidelijke verklaring van patiënt L..., omtrent het eenvoudige feit dat hij op weekenden en feestdagen geen verzorging ontving. De beweerde dementie van zijn echtgenote evenmin, net zomin als haar medische toestand. Een en ander staat los van de eventuele zorgen die zijn echtgenote wél zou hebben ontvangen. Niets wordt waardeloos gemaakt door later bijgebrachte verklaringen van derden.
- De duidelijke verklaring van patiënt M... wordt op een merkwaardige wijze ondersteund door de verklaring van A... dat de patiënte "tegenstribbelde" om zich dagelijks te laten wassen. Wil dat dan zeggen dat zij ging presteren tegen de zin van de patiënte ? Elementen ivm haar echtgenoot zijn niet terzake.
- Het is niet omdat men depressief is dat men geen eenvoudige dingen kan weergeven als het feit dat de verpleegster niet komt op zondag. De Kamer van beroep acht de verklaring van patiënte N... zeer geloofwaardig.
- De verklaring van de patiënte O... inzake de betrokken periode is eenvoudig en zeer geloofwaardig. Haar zoon beaamt haar verklaring. Dat er meerdere prestaties kwamen na een nieuw hospitalisatie in september 2016 doet de vraag rijzen waarom de patiënte anders zou verklaren over de voorafgaande periode als de situatie toen hetzelfde was. Er kan weinig geloof worden gehecht aan eigen elektronische stukken.

Schrapping van 2.538 prestaties werd in het P.V. terecht gedaan overeenkomstig de verklaringen van de patiënten en de daarmee samenhangende elementen van het dossier. Eén en ander resulteert in een plicht tot terugbetaling ten belope van € 37.938,64. Dit over een periode van 18 maanden. Gemiddeld een overfacturatie van € 2.000,00 per maand.

Feiten voorzien onder 2

De juistheid van het beweerde in de tenlastelegging onder 2 blijkt uit de stukken van het dossier.

Het betreft een te hoge evaluatie van de fysiek afhankelijkheidstoestand van verzekerde Q.... De appellanten rekenden aan volgens forfait C terwijl slechts forfait B verantwoord was. Dit laatste is duidelijk uit de verklaringen van de verzekerde zélf, haar huisarts en de controle van de verzekeringsinstelling en de score van de inspecteurs.

Het betreft 208 prestaties waarvan de honorering dient herleid.

Evaluaties van na de onderzochte periode doen geen afbreuk aan de relevante vastgestelde toestand. Er is geen reden om voor één van de items continenties of eten een 4 te scoren.

Na toepassing van de verschilrekening is terugbetaling van € 2.622,08 verschuldigd.

Feiten voorzien onder 3

De juistheid van het beweerde in de tenlastelegging onder 3 blijkt uit de stukken van het dossier.

Het betreft bij twee verzekerden het aanrekenen van forfait B daar waar slechts een toilet aanrekenbaar was.

Determinerend in het oordeel van de Kamer van beroep zijn, wat betreft verzekerde R..., is de geloofwaardige verklaring van deze verzekerde dat zij alleen twee dagen in de week een toilet ontving. Hetgeen overeenkomt met de score uit het PV van 10.02.2017 en deze van de huisarts, en de feitelijke erkenning van het feit door appellante in haar verklaring de dato. 16.11.2017. Scores waaruit zou moeten blijken dat er groter verzekerbaarheid zou zijn, van wie dan ook, doen dan niet ter zake.

Er werd op die dagen een forfait B geattesteerd terwijl betrokkene na controle, maar in aanmerking kwam voor attestering van een toilet, tweemaal per week.

Inzake de verzekerde S... is er de geloofwaardige verklaring van de verzekerde dat hij alleen een dagelijks toilet kreeg, terwijl in de periode voorzien onder deze tenlastelegging een forfait B werd aangerekend. De score in het P.V. van 10.02.2017 en de score door de huisarts wettigen alleen verzekerbaarheid van een toilet.

Scores waaruit zou moeten blijken dat er groter verzekerbaarheid zou zijn, van wie dan ook, doen dan niet ter zake. Overigens woonde deze verzekerde alleen en kwam de verpleegkundige maar één maal per dag.

Er werd een forfait B geattesteerd terwijl betrokkene na controle maar in aanmerking kwam voor de attestering van een dagelijks toilet

Na toepassing van de verschilrekening is, voor het geheel van de te hoge aanrekening ten aanzien van de beide verzekerden, terugbetaling van een bedrag van € 3.152,32 verschuldigd.

Feiten voorzien onder 4

De juistheid van het beweerde in de tenlastelegging onder 4 blijkt uit de stukken van het dossier.

Het betreft 1639 verstrekkingen.

Het betreft bij zeven verzekerden het aanrekenen van forfait A daar waar slechts een toilet aanrekenbaar was.

Bij de beoordeling houdt de Kamer van beroep rekening met de observaties van de inspecteurs en hun score in de onderscheiden P.V.'s, met de verklaring van de verzekerden zélf en de scores en ondervragingen van de betrokken huisartsen.

In meerdere van haar verklaringen over de betrokken patiënten gaat A... akkoord dat slechts een toilet verschuldigd is.

Bij de zeven verzekerden zijn ook de patiënten I..., N... en O..., eveneens betrokken in de tenlastelegging onder 1. Waar in dezelfde periode onder 1 werd vastgesteld dat de meeste aangerekende prestaties niet werden gepresteerd, blijkt uit deze elementen dat de effectief gepresteerde diensten te hoog werden ingeschaald, zoals hiervoor aangegeven.

Wat betreft patiënt T... werd een forfait A geattesteerd over de lange duur van 550 dagen, terwijl betrokkene na controle en rekening houdend met de observaties van de sociale inspecteurs slechts in aanmerking kwam voor attestering van een dagelijks toilet. De verklaring van de verzekerde is duidelijk omtrent zijn noden, en hetgeen hij werkelijk aan zorgen ontving. Essentieel is, de verzekerde dagelijks alleen een toilet ontving, los van de mogelijk enigszins wijzigende medische toestand.

Wat betreft patiënt R... werd voor deze periode, die aansluit op die voorzien in de tenlastelegging onder 3 een forfait A geattesteerd terwijl betrokkene na controle maar in aanmerking kwam voor de attestering van een toilet, tweemaal per week. Er wordt ook verwezen naar wat hierboven werd gesteld onder tenlastelegging 3.

Inzake de verzekerde S... is er de geloofwaardige verklaring van de verzekerde dat hij alleen een dagelijks toilet kreeg terwijl in de periode voorzien onder deze tenlastelegging een forfait A werd aangerekend. De score in het P.V. van 10.02.2017 en de score door de huisarts wettigen alleen verzekerbaarheid van een toilet.

Scores waaruit zou moeten blijken dat er groter verzekerbaarheid zou zijn, van wie dan ook, doen dan niet ter zake. Overigens woonde deze verzekerde alleen en kwam de verpleegkundige maar één maal per dag.

Wat betreft patiënt U... werd een forfait A geattesteerd van 10.01.2016 tot 30.06.2016, terwijl betrokkene na controle maar in aanmerking kwam voor de attestering van een dagelijks toilet. De Kamer van beroep verwijst naar de verklaring van de patiënte zélf en de relevante score welke geen forfait A wettigen. Zware medicatie, waarvan niet aangetoond is dat het effectieve invloed heeft op de afhankelijkheid doet aan het voorgaande niets af. Het is alleszins duidelijk dat voor kleding geen score 3 kan worden toegekend.

Wat betreft patiënt I... werd een forfait A geattesteerd terwijl betrokkene na controle maar in aanmerking kwam voor de attestering van een dagelijks toilet. Niet alleen werden voor

deze patiënt veel meer dagelijkse prestaties in rekening gebracht dan effectief uitgevoerd (tenlastelegging 1). Ze bleven ook beperkt tot een toilet. Er is de verklaring van betrokkene zélf, en uiteindelijk de eigen erkenning door appellante. Andere bespiegelingen doen er dan niet meer toe.

Wat betreft patiënt N... werd een forfait A geattesteerd terwijl betrokkene na controle maar in aanmerking kwam voor de attestering van een dagelijks toilet. Niet alleen werden voor deze patiënt veel meer dagelijkse prestaties in rekening gebracht dan effectief uitgevoerd (tenlastelegging 1). Ze bleven ook, voor zover wél verleend door de appellante, beperkt tot een toilet. Er is de eigen verklaring van de betrokkene en de daarbij aansluitende score van de inspecteurs en de arts.

Wat betreft patiënt O... werd een forfait A geattesteerd terwijl betrokkene na controle maar in aanmerking kwam voor de attestering van een dagelijks toilet. Niet alleen werden voor deze patiënt veel meer dagelijkse prestaties in rekening gebracht dan effectief uitgevoerd (tenlastelegging 1). Ze bleven ook, voor zover wél verleend door de appellante, beperkt tot een toilet. De geloofwaardige verklaring van betrokkene is duidelijk. Er is enkel een toilet verschuldigd omdat er enkel een toilet werd gepresteerd. Hetgeen ook aansluit bij de betrouwbare scores.

Na toepassing van de verschilrekening op het geheel van de 1639 verstrekkingen, waarbij rekening werd gehouden met de basisverstrekkingen, en de onderscheiden eenvoudige en complexe wondzorg bij de onderscheiden patiënten, is terugbetaling van € 13.426,73 verschuldigd.

Feiten voorzien onder 5

De juistheid van het beweerde in de tenlastelegging onder 5 blijkt uit de stukken van het dossier.

Het betreft, inzake twee verzekerden, attestering en aanrekening, tijdens een lange periode, van een forfait C in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende op weekdays en in het weekend, terwijl de zorgen maar éénmaal per dag werden verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden, zodat slechts forfait B voor die verblijfplaats verschuldigd was.

De feiten staan vast op basis van de vaststellingen, de verklaringen van de begeleider van de instelling, en de erkenning van A... van de feitelijke toestand en de foutieve aanrekening. Uit haar verklaring zou men denken dat het de computer is die foutief attesteert.

Na toepassing van de verschilrekening is terugbetaling van € 22.122,44 verschuldigd.

Feiten voorzien onder 6

De juistheid van het beweerde in de tenlastelegging onder 6 blijkt uit de stukken van het dossier.

Het betreft het aanrekenen van verstrekkingen die niet aanrekenbaar waren. Met name werd een forfait geattesteerd zonder dat er een toilet werd toegediend of er werd een forfait geattesteerd terwijl alleen de rug werd gewassen.

De feiten staan vast op basis van de verklaringen van de verzekerden, deels bevestigd door instemmende verklaringen van A...

Het betreft hier de verzekerden R... en H...

Voor R... vallen onder deze tenlastelegging de aangerekende forfaits voor de andere dagen van de week waarvoor er geen toilet werd gegeven.

Voor H... vallen onder deze tenlastelegging de dagen van de week waarvoor er wél prestaties waren, maar terwijl alleen haar rug werd gewassen in plaats van een toilet toegediend.

Enkel de basisverstrekking en de eenvoudige of complexe wondzorgen werd voor deze patiënten weerhouden als aanrekenbaar.

Het betreft 296 bekritiseerde aanrekeningen bij de twee verzekerden samen in een periode van ongeveer 1.5 jaar, en voor een totaalbedrag dat onterecht werd aangerekend ten belope van € 7.032,46.

Feiten voorzien onder 7

De juistheid van het beweerde in de tenlastelegging onder 7 blijkt uit de stukken van het dossier.

Het betreft het dagelijks attesteren van een toilet terwijl er bij de betrokkene alleen maar tweemaal per week de voeten werden gewassen en dagelijks de zwachtels werden aangedaan.

De feiten staan vast op basis van de verklaringen van de betrokkene zélf en de daarbij aansluitende verklaringen van A... waarin zij onder meer zegt dat zij niet wist dat zij geen toilet mag aanrekenen als enkel de voeten worden gewassen. Het wassen van de voeten gebeurde tijdens dezelfde sessie als het aandoen van de Dauerbinden/het doen van de compressietherapie.

De Kamer van beroep realiseert zich dat sommige minder mobiele mensen erop staan zichzelf en elkaar te verzorgen.

De onterechte uitgave voor de ziekteverzekering voor het geheel van de verstrekkingen als inbreuk weerhouden, bedroeg € 707,88, zijnde het verschil tussen de vergoeding voor het toilet en de compressietherapie.

Feiten voorzien onder 8

De juistheid van het beweerde in de tenlastelegging onder 8 blijkt uit de stukken van het dossier.

Het betreft het aanrekenen van het aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product terwijl er daartoe niet aan de voorwaarden werd voldaan, met name het ontbreken van de vereiste huidandoening zoals beschreven in de nomenclatuur.

Appellanten ontvingen vergoeding voor wat werd aangerekend. Zij betwisten niet dát de prestaties werden aangerekend. Alleszins weerleggen zij het vermoeden niet.

Geconfronteerd met het feit dat zij onjuist aanrekent verklaart A... in essentie niet anders dan : "dat wist ik niet".

Het betreft 2479 verstrekkingen geattesteerd bij acht verzekerden in de loop van ongeveer 1.5 jaar, alles bij elkaar voor een onterechte uitgave voor de ziekteverzekering ten belope van € 6.463,03.

Feiten voorzien onder 9

De juistheid van het beweerd in de tenlastelegging onder 9 blijkt uit de stukken van het dossier.

Het betreft het aanrekenen van verstrekkingen die niet aanrekenbaar waren, nl. de verstrekking voor het verpleegkundig advies en overleg in functie van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os met akkoord van de behandelende arts, en de verstrekking voor de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os.

Het vereiste formulier "Noodzaak voor de tenlasteneming van de wekelijkse voorbereiding van de geneesmiddelen per os door de verpleegkundige" kon niet voorgelegd worden. De beweerd omstandigheid dat zij deze vereiste niet kende doet niet ter zake. Regularisatie is niet mogelijk.

Het betreft 735 prestaties bij 12 verzekerden, samen voor een ten onrechte aangerekend bedrag van € 5.295,95.

Begroting van de onterecht geïnde bedragen en terugbetaling.

De in de tenlasteleggingen begrootte bedragen maakten het voorwerp uit van correcte berekeningen door de onderzoekers welke overigens door de appellanten, als berekeningen, op geen enkele wijze werden betwist.

Voor deze 9 tenlasteleggingen samen bedraagt het totale ten onrechte aangerekende bedrag € 98.761,33 waarvoor krachtens van de wet terugbetaling verschuldigd is.

De kleine materiële vergissing in de bedragen waardoor de Kamer van eerste aanleg ultra petita toekent, wordt door de Kamer van beroep rechtgezet in het beschikkend gedeelte.

Van het geheel van het terug te betalen bedrag werd tot op heden niets terugbetaald.

Hoofdelijke gehoudenheid

Krachtens dezelfde wettelijke bepaling is niet alleen de zorgverstrekker die de wets- of verordeningbepalingen niet heeft nageleefd, gehouden tot terugbetaling van hetgeen langs de derdebetalersregeling werd betaald (zoals in casu), maar is tevens de rechtspersoon die de prestaties voor eigen rekening heeft geïnd hoofdelijk met de zorgverlener gehouden tot de terugbetaling ervan. Zodoende dient tweede appellante B.... samen met A... hoofdelijk te worden veroordeeld tot terugbetaling.

Administratieve geldboete

De wet voorziet niet alleen in de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd maar tevens in het opleggen van administratieve geldboetes voor de zorgverleners die zich niet schikken naar de bepalingen van art. 73 van de wet.

Wat betreft de inbreuken op art. 73bis, 1°, van de wet (realiteitsinbreuken, tenlastelegging onder 1 ten belope van € 37.938,64) komt het gepast voor de op te leggen administratieve geldboete te begroten op 100 % van het teveel aangerekende bedrag ; de onrechtmatige aanrekeningen voor niet gepresterde diensten waren aanzienlijk in omvang, systematisch, doordacht en schaamteloos. Elementaire eerlijkheid en zorg bij het aanrekenen van prestaties is essentieel. Gebrek daaraan dient ernstig beboet.

Enkel omdat het de eerste vaststellingen betreft omtrent het aanrekengedrag van deze zorgverlener A... komt het gepast voor niet de maximale boete van 200 % op te leggen.

Inzake de inbreuken op art. 73 bis, 2° van de wet (conformiteitsinbreuken, tenlasteleggingen onder 2 t/m 9, samen ten belope van € 60.822,69) komt het gepast voor een administratieve sanctie op te leggen. De niet-conformiteit is niet het gevolg van moeilijke inschatting van invaliditeit. Daarvoor zijn de verschillen in inschatting van de afhankelijkheid van de patiënten al te opvallend. De niet-conformiteit is niet het gevolg van moeilijke reglementering. Daarvoor zijn de zogenaamde vergissingen te systematisch en te winstgevend. Zoals door de DGEC gevorderd kan de omvang van de administratieve geldboete in redelijkheid eveneens worden begroot op 100 % van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen van de tenlasteleggingen onder 2 t/m 9, hetzij op een bedrag van € 60.822,69.

Teneinde echter de appellante A... ertoe aan te zetten in de toekomst haar aanrekengedrag te conformeren, komt het gepast voor slechts de helft van dit bedrag als effectieve boete op te leggen, hetzij een bedrag van € 30.411,35, terwijl voor de duur van drie jaar uitstel wordt verleend voor de resterende helft, hetzij het saldobedrag van € 30.411,35.

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;

Na beraadslaging in overeenstemming met het bepaalde in artikel 145 van de gecoördineerde wet, en artikel 19 van het Procedurereglement;

Recht doende op tegenspraak.

- Verklaart de ingestelde beroepen ontvankelijk.
- Hernummert de tenlasteleggingen van 1 tot en met 9, zoals hiervoor aangegeven.

- Verklaart de hogere beroepen enkel gegrond voor zover als nodig ter correctie van de vastgestelde materiële vergissing door de eerste rechter.
- Verklaart de hogere beroepen ongegrond voor het overige.
- Opnieuw recht doende in graad van hoger beroep.
- Stelt vast dat de voorgehouden feiten voorzien in de tenlasteleggingen onder 1 tot en met 9 effectief werden gepleegd.
- Veroordeelt appellanten A... en B.... hoofdelijk tot terugbetaling aan het RIZIV van het bedrag van € 98.761,33.
- Veroordeelt eerste appellante A... eveneens tot betaling aan het RIZIV van een administratieve geldboete van € 37.938,64.voor de eerste tenlastelegging.
- Veroordeelt eerste appellante A... tenslotte tot betaling aan het RIZIV van een administratieve geldboete van € 60.822,69 waarvan slechts de helft effectief dient te worden betaald, hetzij de som van € 30.411,35, terwijl voor de andere helft, hetzij de som van € 30.411,35 uitstel van betaling wordt verleend voor de duur van 3 jaar voor de tenlasteleggingen 2 tot 9.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 13 december 2022 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 Frans TIMMERMANS, magistraat, Voorzitter van de Kamer van beroep
- Martin VOLCKE, griffier.

Volgen de handtekeningen

De griffier,

De Voorzitter,

Martin VOLCKE

Frans TIMMERMANS

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 in die taal beraadslaagde, was samengesteld uit de heer Frans Timmermans, magistraat, stemgerechtigd Voorzitter, dokter Viviane Van Elshocht en dokter Dessie Roothans, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede mevrouw Mimount El Abboudi en de heer Freddy Raymackers, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve verenigingen van verpleegkundigen.

De Kamer van beroep werd bijgestaan door Martin Volcke, griffier.

De beslissingen van de Kamer van beroep zijn van rechtswege uitvoerbaar bij voorraad niettegenstaande beroep (art. 156, § 1, eerste lid GVO-wet van 14.07.1994). De sommen brengen van rechtswege intresten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken, zoals voorzien in artikel 2, §3 van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening tegen interest, vanaf de dertig dagen volgend op de kennisgeving van de beslissing, waarbij de postdatum bewijskracht heeft (art. 156, § 1, tweede lid GVO-wet van 14.07.1994). Het cassatieberoep bij de Raad van State, afdeling bestuursrechtspraak, schort de uitvoering de van de beslissing niet op (art. 156, § 2, derde lid GVO-wet van 14.07.1994).