

BESLISSING VAN DE LEIDEND AMBTENAAR
(Artikel 143, § 1, 2 en 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)

Betreft: **Dr. A...**
 Erkend huisarts, houder van het EKG-attest
 XXXX
 XXXX XXXX
 RIZIV-nr.: XXXX
 BRS/N/2021/08

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

gelet op de resultaten van dat onderzoek die zijn gebundeld in het dossier 2019-XXXX en dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riziv (hierna ook "DGEC" genoemd) werd neergelegd;

gelet op het proces-verbaal van vaststelling van 10/07/2020 (datum van ondertekening), opgesteld lastens dr. A..., ter kennisgeving aangeboden via een aangetekende brief opgestuurd op 10/07/2020;

gelet op de ter post aangetekende brieven van 25/04/2022 en van 11/05/2022 waarin de synthesesnota en de gevalsbespreking aan dr. A... ter kennisgeving werden aangeboden, waarin dr. A... werd verzocht zich schriftelijk te verantwoorden;

gelet op het verweerschrift van 13/07/2022 namens dr. A..., ontvangen door de DGEC op 13/07/2022;

gelet op de artikelen 2, n), 73bis, 142, 143, 156 en 157 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (hierna ook "GVU-wet" of "VGVU-wet" genoemd).

1 GEFORMULEERDE TENLASTELEGGINGEN

Tenlastelegging 1 : niet-uitgevoerde verstrekkingen

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken wanneer de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd of wanneer zij werden verleend of afgeleverd gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

Inbreuk beoogd in artikel 73bis, 1°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994 (VGVU-wet of GVU-wet = Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994).

Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

HOOFDSTUK II. - RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIE EN ANDERE VERSTREKKINGEN.

Art. 2.

B. Raadplegingen in de spreekkamer

- 101076 Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisartsN 8 +Q 30
- 102410 Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging zaterdag, zondag, op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehoudenD 9,99
- 101113 Permanentietoeslag aangerekend voor raadplegingen tussen 18 en 21 uur, voorbehouden voor artsen die ingeschreven zijn in een georganiseerde wachtdienst

C. Bezoeken

- 103132 Bezoek door de huisartsN 5,6 +D 4 +E 1
- 104215 Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisartsN 5,6 +D 11,99 +E 1
- 104252 Bezoek afgelegd zaterdag, zondag of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisartsN 5,6 +D 13,99 +E 1
- 103412 Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisartsN 5,6 +D 4 +E 0,5

F. Algemene bepalingen

3. De verstrekkingen 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 en 104871 mogen alleen maar worden aangerekend voor de raadplegingen en bezoeken die worden aangevraagd en afgelegd op de opgegeven dagen en uren en wanneer de toestand van de patiënt op die dagen en uren dringende verzorging vergt, die niet kan worden uitgesteld. Die verstrekkingen mogen niet worden aangerekend wanneer de geneesheer om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt na afspraak of bezoeken afdelt op de hiervoren vermelde dagen en uren; hetzelfde geldt wanneer die verstrekkingen tijdens diezelfde periodes worden verricht ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt.

Ten laste gelegde verstrekkingen

Codenr. verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
101076	N 8 / Q30	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	1/09/1995
103132	D 4 / E 1 / N 5,6	Bezoek door de huisarts	1/01/1992
103412	D 4 / E 0,5 / N 5,6	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts	1/01/1992
104215	D 11,99 / E 1 / N 5,6	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	1/07/2002
104252	D 13,99 / E 1 / N 5,6	Bezoek afgelegd zaterdag, zondag of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts	1/07/2002
102410	D 9,99	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging zaterdag, zondag, op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden	1/07/2002
101113	X 2	Permanentietslag aangerekend voor raadplegingen tussen 18 en 21 uur, voorbehouden voor artsen die ingeschreven zijn in een georganiseerde wachtdienst	1/07/2008

Conclusie

Deze tenlastelegging heeft betrekking op 40 verzekerden voor 1269 verstrekkingen, voor de prestatie data van 01/07/2017 t.e.m. 25/09/2019 (invoerdatum VI situeert zich in de periode van 11/07/2017 t.e.m. 30/09/2019) voor een onverschuldigd bedrag van 40.861,20 EUR.

Tenlastelegging 2 : niet-conforme verstrekkingen

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de

overeenkomsten en akkoorden gesloten krachtens deze zelfde wet en/of wanneer de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van diezelfde wet werden voorgeschreven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

Inbreuk beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name het aanrekenen van een toeslag voor een raadpleging (102410) tijdens consultaties op zaterdagen waarbij niet werd voldaan aan de Algemene bepalingen van Artikel 2 F ten derde.

Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

HOOFDSTUK II. - RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIE EN ANDERE VERSTREKKINGEN.

Art. 2.

B. Raadplegingen in de spreekkamer

101076 Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisartsN 8 +Q 30

102410 Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts (101032, 101076) als de raadpleging zaterdags, zondags, op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehoudenD 9,99

F. Algemene bepalingen

3. De verstrekkingen 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 en 104871 mogen alleen maar worden aangerekend voor de raadplegingen en bezoeken die worden aangevraagd en afgelegd op de opgegeven dagen en uren en wanneer de toestand van de patiënt op die dagen en uren dringende verzorging vergt, die niet kan worden uitgesteld. Die verstrekkingen mogen niet worden aangerekend wanneer de geneesheer om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt na afspraak of bezoeken aflegt op de hiervoren vermelde dagen en uren; hetzelfde geldt wanneer die verstrekkingen tijdens diezelfde periodes worden verricht ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt.

Ten laste gelegde verstrekkingen

Codenr. verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
102410	D 9,99	Toeslag voor een raadpleging in de spreekkamer door een	1/07/2002

		huisarts (101032, 101076) als de raadpleging zaterdags, zondags, op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt gehouden	
--	--	---	--

Conclusie

De tenlastelegging heeft betrekking op 450 verzekerden voor 808 verstrekkingen in de periode van 20/05/2017 t.e.m. 25/09/19 invoerdatum VI situeert zich in de periode van 11/07/17 t.e.m. 30/09/19) voor een onverschuldigd bedrag van 10.242,32 EUR.

Tenlastelegging 3 : niet-conforme verstrekkingen

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden gesloten krachtens deze zelfde wet en/of wanneer de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van diezelfde wet werden voorgeschreven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

Inbreuk beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name verstrekkingen die niet voldoen aan de omschrijving in de nomenclatuur. Er werd tijdens eenzelfde reis bij 2 of meer verzekerden een individueel avondhuisbezoek (104215) aangerekend daar waar een gelijktijdig huisbezoek bij twee of meerdere verzekerden (103412 of 103434) + toeslag (104333) moest worden aangerekend.

Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

HOOFDSTUK II. - RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIE EN ANDERE VERSTREKKINGEN.

Art. 2.

C. Bezoeken

103412	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisartsN 5,6 +D 4 +E 0,5
103434	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden door de huisartsN 5,6 + D 4 +E 0,33

104215 Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisartsN
5,6 +D 11,99 +E 1

104333 Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor
meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het
bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd
.....D 7,98

Ten laste gelegde verstrekkingen

Code nr. verstreking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
104215	D 11,99 / E 1 / N 5,6	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	1/07/2002

Conclusie

De tenlastelegging heeft betrekking op 189 verzekerden voor 567 verstrekkingen in de periode van 19/06/2017 t.e.m. 25/09/19 (invoerdatum VI situeert zich in de periode van 11/07/17 t.e.m. 30/09/19) voor een onverschuldigd bedrag, na toepassing van de verschilregel, van 3.341,33 EUR.

Tenlastelegging 4 : niet-conforme verstrekkingen

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden gesloten krachtens deze zelfde wet en/of wanneer de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van diezelfde wet werden voorgeschreven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

Inbreuk beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name verstrekkingen die niet voldoen aan de omschrijving in de nomenclatuur. Er werd een huisbezoek "103132 bezoek door de huisarts" aangerekend terwijl de uitgevoerde verstrekking geen huisbezoek was.

Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

HOOFDSTUK II. - RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIE EN ANDERE VERSTREKKINGEN.

Art. 2.

B. Raadplegingen in de spreekkamer

101076 Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisartsN 8 +Q 30

C. Bezoeken

103132 Bezoek door de huisarts
.....N 5,6 +D 4 +E 1

Ten laste gelegde verstrekkingen

Code nr. verstreking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
103132	D 4 / E 1 / N 5,6	Bezoek door de huisarts	1/01/1992

Conclusie

De tenlastelegging heeft betrekking op 18 verzekerden voor 442 verstrekkingen in de periode van 01/07/17 t.e.m. 25/09/19 (invoerdatum VI situeert zich in de periode van 11/07/17 t.e.m. 30/09/19) voor een onverschuldige bedrag , na toepassing van de verschilregel, van 4.584,90 EUR.

Tenlastelegging 5 : niet-conforme verstrekkingen

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden gesloten krachtens deze zelfde wet en/of wanneer de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van diezelfde wet werden voorgeschreven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

Inbreuk beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name verstrekkingen die niet voldoen aan de omschrijving in de nomenclatuur. Er werd een avondhuisbezoek (104215) aangerekend terwijl de uitgevoerde verstrekking geen huisbezoek was.

Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

HOOFDSTUK II. - RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIE EN ANDERE VERSTREKKINGEN.

Art. 2.

B. Raadplegingen in de spreekkamer

101076 Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisartsN 8 +Q 30

101113 Permanentietoeslag aangerekend voor raadplegingen tussen 18 en 21 uur, voorbehouden voor artsen die ingeschreven zijn in een georganiseerde wachtdienst

C. Bezoeken

104215 Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisartsN 5,6 +D 11,99 +E 1

Ten laste gelegde verstrekkingen

Code nr. verstreking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
104215	D 11,99 / E 1 / N 5,6	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	1/07/2002

Conclusie

De tenlastelegging heeft betrekking op 21 verzekerden voor 237 verstrekkingen in de periode van 01/07/17 t.e.m. 25/09/19 (invoerdatum VI situeert zich in de periode van 11/07/17 t.e.m. 30/09/19) voor een bedrag, na toepassing van de verschilregel, van 3.953,73 Euro.

Tenlastelegging 6 : niet-conforme verstrekkingen

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden gesloten krachtens deze zelfde wet en/of wanneer de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van diezelfde wet werden voorgeschreven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

Inbreuk beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name verstrekkingen die niet voldoen aan de omschrijving in de nomenclatuur. Er werd tijdens eenzelfde reis bij 2 of meer verzekerden een individueel weekendhuisbezoek (104252) aangerekend daar waar een gelijktijdig huisbezoek bij twee of meer verzekerden (103412 of 103434) plus toeslag (104296) moest worden aangerekend.

Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

HOOFDSTUK II. - RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIE EN ANDERE VERSTREKKINGEN.

Art. 2.

C. Bezoeken

103412	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisartsN 5,6 +D 4 +E 0,5
103434	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechthebbenden door de huisartsN 5,6 + D 4 +E 0,33
104252	Bezoek afgelegd zaterdags, zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisartsN 5,6 +D 13,99 +E 1
104296	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek zaterdags, zondags of op een feestdag tussen 8 en 21 uur wordt afgelegd..... D 9,99

Ten laste gelegde verstrekkingen

Code nr. verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
104252	D 13,99 / E 1 / N 5,6	Bezoek afgelegd zaterdags, zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts	1/07/2002

Conclusie

De tenlastelegging heeft betrekking op 73 verzekerden voor 171 verstrekkingen in de periode van 17/06/2017 t.e.m. 25/09/19 (invoerdatum VI situeert zich in de periode van

11/07/17 t.e.m. 30/09/19) voor een onverschuldigd bedrag, na toepassing van de verschilregel, van 980,46 euro.

Tenlastelegging 7 : niet-conforme verstrekkingen

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden gesloten krachtens deze zelfde wet en/of wanneer de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van diezelfde wet werden voorgeschreven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

Inbreuk beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name verstrekkingen die niet voldoen aan de omschrijving in de nomenclatuur. Er werd een "Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts" (103412) aangerekend terwijl de uitgevoerde verstrekkingen geen huisbezoeken waren.

Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

HOOFDSTUK II. - RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIE EN ANDERE VERSTREKKINGEN.

Art. 2.

B. Raadplegingen in de spreekkamer

101076 Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisartsN 8 +Q 30

C. Bezoeken

103412 Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts
.....N 5,6 +D 4 +E
0,5

Ten laste gelegde verstrekkingen

Code nr. verstr ekkin g	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkin g treding
-------------------------------	---------------------------------	--------------	--

10341 2	D 4 / E 0,5 / N 5,6	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts	1/01/19 92
------------	------------------------	---	---------------

Conclusie

De tenlastelegging heeft betrekking op 9 verzekerden voor 94 verstrekkingen in de periode van 01/07/17 t.e.m. 25/09/19 (invoerdatum VI situeert zich in de periode van 11/07/17 t.e.m. 30/09/19) voor een onverschuldigd bedrag, na toepassing van de verschilregel, van 331,59 EUR.

Tenlastelegging 8 : niet-conforme verstrekkingen

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden gesloten krachtens deze zelfde wet en/of wanneer de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 van diezelfde wet werden voorgeschreven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep.

Inbreuk beoogd in artikel 73bis, 2°, van de VGVU-wet, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Met name aanrekeningen die niet voldoen aan de voorwaarden zoals omschreven in de nomenclatuur. Er werd tijdens eenzelfde reis voor twee verzekerden een individueel avondhuisbezoek (104215) aangerekend terwijl 1 van de 2 wel na 18 u werd uitgevoerd, maar niet dringend was.

3.2.8.1. Reglementaire basis

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

HOOFDSTUK II. - RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIE EN ANDERE VERSTREKKINGEN.

Art. 2.

C. Bezoeken

103412 Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts
.....N 5,6 +D 4 +E
0,5

104215 Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisartsN
5,6 +D 11,99 +E 1

F. Algemene bepalingen

3. De verstrekkingen 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 en 104871 mogen alleen maar worden aangerekend voor de raadplegingen en bezoeken die worden aangevraagd en afgelegd op de opgegeven dagen en uren en wanneer de toestand van de patiënt op die dagen en uren dringende verzorging vergt, die niet kan worden uitgesteld. Die verstrekkingen mogen niet worden aangerekend wanneer de geneesheer om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt na afspraak of bezoeken aflegt op de hiervoren vermelde dagen en uren; hetzelfde geldt wanneer die verstrekkingen tijdens diezelfde periodes worden verricht ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt.

Ten laste gelegde verstrekkingen

Code nr. verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Omschrijving	Datum van inwerkingtreding
104215	D 11,99 / E 1 / N 5,6	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	1/07/2002

Conclusie

De tenlastelegging heeft betrekking op 1 verzekerde voor 10 verstrekkingen in de periode van 01/07/17 t.e.m. 25/09/19 (invoerdatum VI situeert zich in de periode van 11/07/17 t.e.m. 30/09/19) voor een onverschuldigd bedrag, na toepassing van de verschilregel, van 179,95 euro.

Synoptische tabel

Tenlasteleggingen	Referenties	NGV-codes	Aantal verstrekkingen		Aantal verzekerden	Onverschuldigd bedrag
TLL1: niet-verleende verstrekking-en	Art. 73 bis.1° NGV	101076	223	1269	40	40.861,20 € (totaal)
		103132	502			
		104215	244			
		103412	112			
		104252	102			
		102410	39			
		101113	47			
TLL 2: niet-conforme verstrekking-en (weekendsupplement)	Art. 73 bis.2° NGV	102410	808	808	450	10.242,32 € (totaal)
TLL3: niet-conforme verstrekking-en (individueel avondhuisbezoek i.p.v. gelijktijdig huisbezoek met supplement)	Art. 73 bis.2° NGV	104215	567	567	189	3.341,33 € (differentieel)
TLL4: niet-conforme	Art. 73 bis.2° NGV	103132	442	442	18	4.584,90 € (differentieel)

verstrekking-en (huisbezoek i.p.v. raadpleging)						
TLL5 : niet-conforme verstrekking-en (avondhuisbezoek i.p.v. avondraadpleging)	Art. 73 bis.2° NGV	104215	237	237	21	3.953,73 € (differentieel)
TLL6: niet-conforme verstrekking-en (individueel weekend huisbezoek i.p.v. gelijktijdig huisbezoek + supplement)	Art. 73 bis.2° NGV	104252	171	171	73	980,46 € (differentieel)
TLL7: niet-conforme verstrekking-en (gelijktijdig huisbezoek i.p.v. raadpleging)	Art. 73 bis.2° NGV	103412	94	94	9	331,59 € (differentieel)
TLL8: niet-conforme verstrekking-en (individueel dringend avond huisbezoek i.p.v. gelijktijdig huisbezoek)	Art. 73 bis.2° NGV	104215	10	10	1	179,95 € (differentieel)
Periode van prestatie: van 20.5.2017 tot 30.9.2019	Periode van indiening V.I.: van 11.7.2017 tot 30.9.2019	TOTAAL		3598	800	64.475,48 €
					Terugbetaling	32.000,00
					Resterend onverschuldigd bedrag	32.475,48

2 VERWEER

Met de aangetekende brieven van 25/04/2022 en van 11/05/2022 werd de synthesesnota (en de gevalsbespreking) aan dr. A... ter kennis gegeven en werd hem gevraagd zijn schriftelijke verweermiddelen mee te delen. Hij heeft hieraan gevolg gegeven met het verweerschrift van zijn juridisch vertegenwoordiger van 13/7/2022, waarin samengevat het volgende wordt uiteen gezet :

- In hoofdorde : de vordering is onontvankelijk, minstens ongegrond, gelet op de faling in de bewijslast :
 - Dat het onderzoek niet à charge en à décharge werd gevoerd en de sociaal-inspecteurs zich lieten leiden door de *confirmation bias*.
 - Er wordt in het bijzonder op gewezen:
 - dat dr. A... niet omtrent alle tenlasteleggingen of patiënten werd bevraagd,
 - dat de aanvullende bewijsstukken die hij heeft bijgebracht soms wel en meestal niet in acht worden genomen, zonder verklaarbare reden of eenduidigheid,
 - dat de vorderingen enkel gesteund zijn op de verklaringen van de patiënten,

- dat de DGEC verklaringen afnam bij patiënten die niet in staat zijn om een verklaring af te leggen en
- dat er op ongegronde en incorrecte manier gebruik wordt gemaakt van extrapolatie.
- Dat het tijdsverloop als de gevoelige aard van de vragen een aanleiding kan geven tot een vertekend beeld bij de patiënten (bijvoorbeeld : vragen omtrent het uur van het plannen van een bezoek of het tijdstip waarop een bezoek of raadpleging plaats vond kunnen onmogelijk voor waar of waterdicht worden gehouden).
- Dat er werd gevraagd bijkomende onderzoeksdaden te verrichten, doch dat dat werd genegeerd door de DGEC. Dat de medische dossiers niet werden opgevraagd, noch werden bestudeerd door de DGEC. Een confrontatie van de patiënten daarmee tijdens het verhoor zou nochtans een meerwaarde hebben opgeleverd, daar de patiënten zich niet alles in detail kunnen herinneren.
- *“... Uit al het bovenstaande blijkt duidelijk dat de sociaal-inspecteurs geenszins een onderzoek à charge hebben gevoerd, zij onvoldoende personen hebben verhoord, zich gebaseerd hebben op onvolledige informatie, niet alle patiëntendossiers hebben opgevraagd dan wel in acht hebben genomen, etc. om de tenlasteleggingen te formuleren. ...”*
- Dat de wettelijke bewijswaarde van de processen-verbaal van verhoor enkel gehecht is aan de materialiteit ervan en niet aan de waarachtigheid ervan of de gevolgtrekkingen of vermoedens die de verbalisanten uit de gevolgtrekkingen afleiden, noch uit de inlichtingen die zij buiten die vaststellingen bekomen.
- Dat de DGEC blindelings in de verklaringen van de verschillende verzekerden en/of hun familieleden gelooft en deze stuk voor stuk als kroonbewijzen beschouwt, terwijl uit vaststaande rechtspraak van de Kamer van Beroep blijkt dat het aan de DGEC toekomt om op ondubbelzinnige wijze het bestaan (materieel element) én het opzet (moreel element) van de verweten inbreuken te bewijzen.
- Dat het volledige onderzoek en het proces-verbaal van vaststelling nietig dienen te worden verklaard, minstens de vorderingen ongegrond wegens gebrek aan bewijs. In ondergeschikte orde dienen de processen-verbaal van verhoor zonder enige bewijswaarde te worden verklaard.
- Dat de wachtdienstregeling die via facebook (?) werd ontvangen in een worddocument geenszins rechtsgeldig is, gelet op het feit dat deze lijst eenvoudig kan worden aangepast. De wachtdiensten kunnen immers wisselen en er werden ook e-mails overgemaakt die de variabiliteit van de wachtdiensten aantonen. Dat de DGEC stelt dat enkel de e-mails waarin een wisseling is gebeurd in acht worden genomen en dat voor het overige de wachtdienst is geweest zoals in het stuk dat haar via facebook werd overgemaakt.
- Dat het bewijs dat de DGEC naar voor brengt dus niet sluitend is.
- In ondergeschikte orde : de vordering dient gedeeltelijk ongegrond te worden verklaard, gelet op het gebrek aan objectieve redenen om de tenlasteleggingen te weerhouden

- Dat bij iedere aanrekening een zorgprestatie werd verricht, doch de communicatie tussen dr. A... en de verantwoordelijke voor de tarificatie hier en daar slordig verlopen is. Dat deze slordigheden hebben geleid tot bepaalde vergissingen in de aanrekeningen, evenwel in beide richtingen.
- Dat de reden voor de delegatie van de administratie en tarificatie te wijten is aan de penibele gezondheidssituatie bepaalde familieleden van dr. A... (al zijn vrije tijd werd aan deze problematieken gependend). In 2016 hadden hijzelf en gezinsleden ook te kampen met penibele gezondheidszorgproblematieken.
- Dat de werkwijze m.b.t. de administratie en de verwerking van de aanrekeningen, gekleurd werden uiteengezet in de synthesesnota van de DGEC.
- Dat de DGEC faalt in zijn bewijslast en dat een schrijven van 26/6/2020 en bijkomende stukken (stuk 2 - bundel) om onverklaarbare reden niet aanwezig zijn in de procedurebundel van de DGEC. Er werd daarin onder meer aangehaald dat de DGEC het onderzoek niet afdoende voerde, kort door de bocht conclusies heeft getrokken en dat er verschillende gedetailleerde argumenten zijn waaruit blijkt dat de verklaringen van de patiënten niet correct waren.
- Dat dr. A... een bedrag van 30.000,00 euro vrijwillig terugbetaalde om zijn bereidwilligheid te tonen, terwijl er, ingevolge administratieve vergissingen, slechts 17.362,13 euro terecht werd teruggevorderd, met name :
 - 9.733,08 euro (1^e t.l.l.)
 - 3.341,33 euro (3^e t.l.l.)
 - 2.200,72 euro (4^e t.l.l.)
 - 965,99 euro (5^e t.l.l.)
 - 980,46 euro (6^e t.l.l.)
 - 140,55 (7^e t.l.l.).
- In het bijzonder :
- Betreffende de 3^e en 6^e t.l.l. :
 - Dat er hier tijdens het eerste verhoor werd aangegeven dat hij niet wist dat er een aparte nomenclatuurcode bestond en dat een huisbezoek waarbij twee of meerdere verzekerden werden verzorgd, via die aparte code moesten worden aangerekend. Dat hij de bedragen onmiddellijk vrijwillig heeft terugbetaald, getet op de oprechte vergissing in deze.
- Betreffende de 8^e t.l.l. :
 - Dat hij hieromtrent niet werd verhoord en de DGEC aldus faalt in zijn bewijslast.
- Betreffende de 1^e, 4^e, 5^e en 7^e t.l.l. :
 - Dat de algemene tendens voor deze terugvorderingen erin bestaat dat de verhoren van de verzekerden (of hun familie), die aan de DGEC werden afgelegd, voor waar worden aangenomen, terwijl er evenwel bijkomende verklaringen, met voorbeelden van de aangerekende prestaties, werden overgemaakt aan de DGEC tijdens het onderzoek. Daarmee werd maar beperkt rekening gehouden. Voor een aantal patiënten werd het verweer uiteengezet in de brief *d.d.* 26/6/2020 in rekening gebracht, voor de andere patiënten gebeurde dat echter om

onverklaarbare redenen niet. Deze patiënten worden met naam vernoemd in het verweerschrift (betreffende : t.l.l. 1 : 13 verzekerden ; t.l.l. 4 : 3 verzekerden ; t.l.l. 5 : 9 verzekerden en t.l.l. 7 : 1 verzekerde).

Zo werd er geen rekening gehouden met de opgegeven percentages, werd de verschilregel niet toegepast (waar dit moest gebeuren) en werden de bijgevoegde stukken met data van huisbezoeken niet in acht genomen. *“De reden dat de DGEC dan wel en dan niet rekening houdt met de opgegeven percentages, de bijkomende bewijsstukken en het antwoord van concludent is niet duidelijk. Evenmin bewijst de DGEC deze vordering deze vordering meer dan dat zij de vordering bewijst van de patiënten waarbij zij wel rekening hield met het verweer van concludent.”*

- Dat dr. A... niet bevraagd werd omtrent in het verweerschrift met naam genoemde patiënten (en hij bijgevolg voor de ontvangst van het proces-verbaal van vaststelling hier geen wederwoord kon bieden ; dat betreft bij : t.l.l. 1 : 16 verzekerden ; t.l.l. 4 : 4 verzekerden ; t.l.l. 5 : 6 verzekerden en t.l.l. 7 : 4 verzekerden).
- *“De DGEC faalt aldus in haar bewijslast. Dit wordt aangetoond door het feit dat de DGEC volledig willekeurig haar vordering opstelt in 3 onderdelen:*
 - *Patiënten waaromtrent concludent werd verhoord, waarbij stukken werden aangebracht die de vaststellingen van de DGEC weerlegden en waarbij de DGEC rekening hield met het door concludent aangebrachte verweer;*
 - *Patiënten waaromtrent concludent werd verhoord, waarbij stukken werden aangebracht die de vaststellingen van de DGEC weerlegden en waarbij de DGEC geen rekening hield met het door concludent aangebrachte verweer;*
 - *waaromtrent concludent zelfs niet werd verhoord en waarvoor de DGEC louter een vordering stelt zonder zelfs concludent hieromtrent de mogelijkheid te geven een verweer te voeren. De DGEC dient, zonder enige twijfel, aan te tonen dat de aangerekende prestaties niet werden uitgevoerd dan wel verkeerdelijk werden aangerekend. Hoe kan dit zonder enige twijfel vaststaan indien:*
 - a) *er bijkomende bewijsstukken worden overgemaakt die aangeven dat de prestaties (minstens ter voorbeeld) wel degelijk uitgevoerd werden en*
 - b) *concludent zelfs niet bevraagd werd omtrent de aangerekende prestaties.”*
- Dat de DGEC de patiëntendossiers, die meer duidelijkheid hadden kunnen verschaffen omtrent de aangerekende prestaties, niet heeft opgevraagd, noch heeft bestudeerd.
- Betreffende de 2^e t.l.l. :
 - Dat er aan de DGEC verschillende bewijsmiddelen werden overgemaakt bij het schrijven van 26/6/2020 waaruit blijkt dat de initiële vaststellingen, die bleken tijdens het verhoor van dr. A..., niet terecht waren. Met name werd er door dr. A... bij zes verzekerden aangegeven dat er wél dringende huisbezoeken werden uitgevoerd, met enkele voorbeelddata. Deze

voorbeelddata werden niet teruggevorderd, doch werden er wel andere “niet-dringende huisbezoeken” teruggevorderd.

- Dat er betreffende één verzekerde geen rekening werd gehouden met het verweer en dit om onverklaarbare redenen.
 - De voormelde zeven verzekerden worden met naam genoemd in het verweerschrift.
 - Dat dr. A... niet bevraagd werd over de prestaties geleverd bij de overige verzekerden, met name 450 patiënten, goed voor een bedrag van 10.242,32 euro.
 - Dat de DGEC faalt in zijn bewijslast omdat hij extrapoleert van 7 naar 450 patiënten en 7 patiënten niet voldoende representatief zijn om de hier gevoerde extrapolatie te maken. Er is ook niet voldaan aan de voorwaarden omschreven in artikel 146, § 2/1 van de GvU-wet.
 - Dat de DGEC wel rekening heeft gehouden met het verweer van 5 van de 7 patiënten waarbij de bijkomende bewijsstukken hebben aangetoond dat de vaststellingen niet correct waren. Dat voor de overige 443 patiënten er geen bijkomende verklaringen konden worden voorgelegd, aangezien dr. A... hieromtrent niet werd bevraagd.
- In nog meer ondergeschikte orde : met betrekking tot de administratieve geldboete :
 - Dat de gevorderde administratieve geldboete disproportioneel hoog is.
 - Dat er in dat kader op dient te worden gewezen dat de terugvordering *de facto* een strafsanctie uitmaakt, dat het *non bis in idem*-beginsel, het vermoeden van onschuld en het recht op eigendom geschonden worden en dat een vergelijking dient te worden gemaakt met gemeenrechtelijke misdrijven (art. 417 *quinquies* Sw., artikel 398 Sw. en artikel 422 *bis* Sw.).
 - Dat er geen antecedenten zijn in hoofde van dr. A...,
 - Dat de persoonlijke situatie van dr. A... heeft geleid tot het delegeren van zijn administratie en een gebrek van controle daarop,
 - Dat dr. A... sinds de controle zelf de administratieve verwerking doet (en daardoor zijn patiënteel heeft moeten terugschroeven),
 - Dat dr. A... de administratie niet zelf uitvoerde, wat heeft geleid tot een aantal vergissingen en slordigheden,
 - Dat er geen sprake is van enige intentie tot het plegen van fraude of enig opzet,
 - Dat dr. A... overging tot de gedeeltelijke vrijwillige terugbetaling en vanaf 30/7/2022 start met een maandelijkse afbetaling van minimum 500,00 euro per maand,
 - Dat dr. A... steeds heeft meegewerkt aan het onderzoek.
 - Dat er verder in dat kader dient te worden verwezen naar beslissingen uit het verleden (BRS 2018/018, FA-014-18, beslissing van de Leidend ambtenaar *d.d.* 8/5/2018, NA-015-16, FB-004-18 en FA-003-17).
 - Dat er wordt gevraagd om geen administratieve geldboete op te leggen (omdat de meeste inbreuken niet bewezen voorkomen) en, in ondergeschikte orde de minimumgeldboete op te leggen met uitstel en, gesteld dat de inbreuken een collectief misdrijf uitmaken, de opsloping te willen toepassen (gelet op de goede medewerking aan het onderzoek, de goede trouw, evenals de schending van algemene beginselen van behoorlijk bestuur, de verscheidene schendingen van het Sociaal Strafwetboek, het verlies aan bewijswaarde van het proces-verbaal van vaststelling en de schending van de deontologie tijdens het onderzoek).

3 **BEOORDELING**

- Er komen in het onderzoek ook verhoren van verzekerden voor die niet werden weerhouden, wat erop wijst dat het onderzoek ook à décharge werd gevoerd.

- Er wordt verwezen naar het verhoor van 1/2/2020 van dr. A....

Dr. A... verklaarde dat hij niet tevreden was van het medisch programma Windoc, waarmee hij werkte. Hij verklaarde synchronisatieproblemen te hebben tussen portable en vaste computer, dataverlies. Op huisbezoeken noteerde hij soms iets. Sinds 2017 (begin onderzoeksperiode) noteerde hij via portable nog weinig zaken, wel op papier of Word-document. De notities die hij op huisbezoek gemaakt had, probeerde hij in Windoc op zijn vaste PC te noteren, maar sommige zullen nog ergens in een lade liggen, door tijdsgebrek, of op de portable staan. Patiëntencontacten in Windoc staan standaard op "raadpleging". Soms wordt "HB" genoteerd als het om een huisbezoek gaat, maar dit is niet standaard zo. Het is dan ook niet mogelijk om op basis van het medisch programma zoals toegepast door de zorgverlener achteraf een onderscheid te maken tussen een huisbezoek of een raadpleging. Het uur waarop de verzekerde gezien werd is ook niet af te leiden uit het medisch programma. Het uur is indicatief omdat de zorgverlener soms later het dossier invult.

Net deze manier van dossierbeheer wijst er op dat voor wat betreft tenlastelegging 1 het medisch dossier geen extra zekerheid zal bieden om uitspraken te doen of bepaalde prestaties werden uitgevoerd.

Noch de agenda, noch het dossier is een goede betrouwbare basis om de realiteit en de conformiteit van de aan de ziekteverzekering aangerekende prestaties af te toetsen.

- De wachtdienstregelingen werden (telefonisch) opgevraagd aan dr. B..., toenmalig voorzitter van de wachtdienst. Dr. B... verwees naar de secretaris van de wachtdienst (dr. C...) voor het verkrijgen van de wachtdienstregelingen.

Dr. C... stuurde via Messenger op 21/2/2020 de wachtlijsten door aan de DGEC. Een printscreen daarvan is terug te vinden in het dossier.

Reeds tijdens het verhoor van 1/2/2020 werd aan dr. A... gevraagd om door te geven welke weekendwachten hij heeft uitgevoerd. Hij zou dit proberen na te gaan en binnen de 14 dagen per mail of post aan de DGEC bezorgen. Tijdens het verhoor verklaart dr. A... dan ook dat dr. C... de wachtdiensten regelde. Sinds 2019 is het D... (elektronisch).

In het verhoor van 18/6/2020 verklaarde de advocaat van dr. A... ze van hem de wachtdiensten heeft ontvangen, maar ze die nog niet heeft kunnen bezorgen aan de DGEC, wegens "(...) compleet vergeten".

De data van de wachtdiensten worden door de DGEC tijdens het verhoor meegegeven aan de zorgverlener en genoteerd door de advocaat tijdens het verhoor. Achteraf heeft de DGEC geen lijst ontvangen van de wachtdiensten uitgevoerd door dr. A.... Er was wel een bijlage bij het schrijven van 26/6/2020 met e-mails betreffende wachtwissels, maar geen enkele van deze mails had betrekking op de data die werden voorgelegd tijdens het verhoor (en nooit achteraf werden weerlegd).

Daarnaast werden bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging op 16/3/2020 de wachtlijsten voor dr. A... opgevraagd. Deze werden op 23/3/2020 aan de DGEC bezorgd. Dit zijn de officiële data waarvoor de zorgverlener een vergoeding ontvangt van het RIZIV.

Het samenvoegen van bovenstaande informatie (verschillende bronnen) leidde ertoe dat er zaterdagen niet werden weerhouden in de vaststelling.

- Het schrijven aan de DGEC d.d. 26/6/2020 (stuk 1 en stuk 2 zijn bijlages) bevindt zich in het dossier (zie: "Mail mr. E... dd 20200626 met brief dd 20200626 en bijkomende gegevens pvverhoor van dr. A... dd 20200618.msg"). Dat werd dus in overweging genomen.

- Met betrekking tot het verweer in verband met de eerste tenlastelegging wordt verder gewezen op het volgende.

Tijdens het tweede verhoor op 18/06/2020 en op latere datum via mail d.d. 26/6/2020 zijn door de zorgverlener bijkomende verklaringen door verzekerden aan de DGEC overgemaakt.

Het is verrassend dat met een zeer beperkte limitatieve lijst werd gewerkt door de zorgverlener, terwijl het aantal te betwisten verstrekkingen veel hoger ligt. Het is voor de DGEC niet duidelijk in welke omstandigheden deze verklaringen werden opgemaakt. Het gaat om vooraf getypte korte nota's ondertekend door de verzekerde. De gegevens en data op de bijkomende verklaringen zijn mogelijk verwijzingen naar het medisch dossier. Hiervan weten we, gelet op de verklaring van de zorgverlener van 1/2/2020, dat het medisch dossier omwille van synchronisatieproblemen, achteraf invullen van het dossier, ontbreken van onderscheid tussen raadpleging en huisbezoek geen betrouwbare gegevensbron is om een volledig beeld te geven van de werkelijke prestaties en de data. Om die reden wordt er in de gevalsbespreking enkel uitgegaan van het standpunt van de verzekerde.

- Voor 7 verzekerden werd door dr. A... een geschatte procentuele verhouding aangebracht tussen raadplegingen en huisbezoeken. We houden daar geen rekening mee om meerdere redenen :

- De periode waarover de berekening werd gemaakt door de zorgverlener (26/6/2017 tot en met 26/6/2020) komt niet overeen met de periode van de tenlastelegging (20/05/2017 tot en met 25/9/2019).
- De opgegeven percentages door de zorgverlener zijn te afwijkend met de werkelijk aangerekende prestaties, waardoor "vergissingen" eerder de regel zouden kunnen zijn dan de uitzondering.
 - F... :
60 % rpl (= raadplegingen), 40 % Hb (= huisbezoeken) volgens de zorgverlener.
DGEC : 37 contacten aangerekend, waarvan 33 huisbezoeken, dit is een verhouding van 10 % rpl versus 90 % Hb. = vergissingen? (de verschilregel werd toegepast.)
 - G...:
70 % rpl, 30 % Hb volgens de zorgverlener.
DGEC : 74 contacten aangerekend, waarvan 64 huisbezoeken. Dit is een verhouding van 14 % rpl versus 86 % Hb = vergissingen? (de verschilregel werd toegepast.)
 - H... :
70 % rpl, 30 Hb volgens de zorgverlener.
DGEC 81 contacten aangerekend, waarvan 70 huisbezoeken. Dit is een verhouding van 14 % rpl versus 86 % Hb = vergissingen? (de verschilregel werd toegepast waar mogelijk.)

- I... :
70-80 % rpl versus 30-20 % Hb volgens de zorgverlener.
DGEC : 82 contacten aangerekend, waarvan 64 huisbezoeken. Dit is een verhouding van 22% rpl versus 78 % Hb = vergissingen? (de verschilregel werd toegepast.)

- Er wordt met betrekking tot tenlastelegging 2 in het verweerschrift voortdurend gesproken over dringende huisbezoeken.

Deze tenlastelegging betreft echter het supplement 102410, een toeslag voor raadpleging op zaterdag.

Dit staat volledig los van de prestaties huisbezoeken bij de verzekerden J..., K..., I..., L..., M..., N..., O...

Uit het verweerschrift komt naar voren dat de zorgverlener de tweede tenlastelegging mogelijk niet juist interpreteert.

Het verweerschrift heeft het over “het aanrekenen van een toeslag voor een raadpleging (102410) tijdens consultaties op zaterdagen terwijl deze niet dringend zouden geweest zijn”.

De DGEC wijst erop dat voor het aanrekenen van het nomenclatuurnummer 102410 bijkomende algemene bepalingen gelden (zie in het bijzonder hetgeen gemarkeerd staat) :

F. Algemene bepalingen

3. De verstrekkingen 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 en 104871 mogen alleen maar worden aangerekend voor de raadplegingen en bezoeken die worden aangevraagd en afgelegd op de opgegeven dagen en uren en wanneer de toestand van de patiënt op die dagen en uren dringende verzorging vergt, die niet kan worden uitgesteld. Die verstrekkingen mogen niet worden aangerekend wanneer de geneesheer om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt na afspraak of bezoeken afflegt op de hiervoren vermelde dagen en uren; hetzelfde geldt wanneer die verstrekkingen tijdens diezelfde periodes worden verricht ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt.

Specifiek voor verzekerde O..., de zoon van dr. A..., wordt gewezen op het volgende.

In het verweerschrift stelt dr. A... dat er geen rekening werd gehouden met de aangebrachte elementen (uit de brief van 26/6/2020).

Daarin wordt echter enkel gesproken van huisbezoeken.

De DGEC heeft geen huisbezoeken ten laste gelegd voor deze verzekerde.

Het betrof het niet respecteren van het toepassen van het supplement raadpleging op zaterdag.

De tenlastelegging is niet gebaseerd op extrapolatie, maar op de vaststelling van de DGEC dat de zorgverlener geen rekening houdt met de voorwaarden voor het aanrekenen van een toeslag voor een raadpleging op zaterdag.

De zorgverlener rekent in meer dan 95% van alle aangerekende raadplegingen op zaterdag het supplement 102410 aan. Dit zou betekenen dat 95% van alle raadplegingen op zaterdag buiten de vrije raadpleging vielen en niet op afspraak waren. Bovendien moet de toestand bij al deze verzekerden dringend geweest zijn en niet uit te stellen. Dit komt niet overeen met de verklaring van de zorgverlener die zelf zegt vrije raadplegingen te organiseren op zaterdagen en ook patiënten te ontvangen op afspraak op zaterdagen. De zorgverlener verklaarde : “(...) *Op zaterdagmorgen was het dezelfde werkwijze als in de week; vrije raadplegingen met afspraken erna en huisbezoeken. Het gebeurde dat mensen op zaterdag belden en op afspraak kwamen na 10u. (...)*”.

- Met betrekking tot de vierde tenlastelegging wordt erop gewezen dat uit het proces-verbaal van vaststelling (evenals in de synthesenota en de gevalsbespreking) blijkt dat er werd rekening gehouden met de verschilregel.

- Met betrekking tot de vijfde tenlastelegging wordt er in het verweerschrift op gewezen dat er voor wat betreft verzekerde P... dubbele bedragen werden teruggevorderd. Dit werd met het schrijven van de DGEC op 30/7 gecorrigeerd en correct uitgewerkt in de synthesenota. Het betreffen inderdaad voor tenlastelegging 5 slechts 4 prestaties voor een bedrag, na toepassing van de verschilregel, van 67,26 euro. De bedragen werden dan ook in die zin aangepast.

- Met betrekking tot tenlastelegging 7 wordt er gewezen op het volgende.

Enkele voorbeelden tonen aan dat de verklaringen die achteraf werden aangebracht met het nodige scepticisme dienen te worden bekeken. Er wordt dan ook met die verklaringen geen rekening gehouden.

In dat verband kan op de volgende elementen worden gewezen.

- Er zijn verklaringen terug te vinden die prestaties betreffen die buiten het onderzoek vallen of werden niet ten laste gelegd, zie :
 - Verzekerde Q...
 - Prestatie van 25/4/2017 (2x) valt buiten onderzoek
 - Prestatie van 9/5/2017 valt buiten onderzoek
 - Prestatie van 29/6/2017 (2x) valt buiten onderzoek
 - 5 van de 7 aangehaalde prestaties vallen dus buiten het onderzoek
 - Verzekerde R...
 - Prestaties van 15/6/2017, 18/5/2017 en 31/5/2017 (huisbezoeken) vallen buiten de onderzochte periode
- Er zijn prestatiedata aangebracht door de zorgverlener zonder overeenkomstige aanrekening aan de ziekteverzekering :
 - Verzekerde S...
 - 2/8/2018 : dringend avondhuisbezoek omwille van verzwakking van de algemene toestand, gewichtsverlies en overspanning
 - 7/8/2018 : dringend avondhuisbezoek omwille van flauwvallen(syncope),wellicht op virale infectie/gastro-enteritis = De prestatie van 7/8/2018 werd niet ten laste gelegd → **er was op deze datum geen prestatie aangerekend.**
 - De aangereikte data lijken dan ook niet betrouwbaar.
 - Verzekerde T...

- 21/6/2018 T... hevige li schouderpijn U... opstoot pijn rug/gewrichtsklachten (Avondbezoek dringend)
 - 21/9/2017 T... = door re knie gezakt (huisbezoek voor T... alleen)
→ **er was op deze datum geen prestatie aangerekend**
 - De aangereikte data lijken dan ook niet betrouwbaar.
- Er werden verklaringen opgesteld door de zorgverlener zelf, vooraf getypt met vaak met een eigen tijdsaanduiding zoals “dringend avondhuisbezoek”, evenwel zonder dat er blijkt dat deze prestatie 's avonds werden uitgevoerd of tijdens een huisbezoek.
- De verzekerde wordt tot 2-maal toe op een verschillende dag gevraagd een verklaring te ondertekenen : (I...-K...)
 - Verzekerde I...
 - vooraf getypte verklaringen door de zorgverlener afgenomen. Op 13/1/2020 ondertekent de echtgenoot van I... (dhr. K...) reeds een verklaring (hierop zijn er geen prestaties vermeld voor zijn echtgenote). Op 9/6/2020 wordt hij opnieuw gevraagd een verklaring te ondertekenen met nu wel prestaties voor zijn echtgenoot :
 - 29/10/2017 : weekendconsultatie = dat werd niet ten laste gelegd
 - 22/1/2018 : dringend avondhuisbezoek, er werd een huisbezoek aanvaard, maar geen avondhuisbezoek op basis van de verklaring van de verzekerde, nooit na 18 u.
 - Verzekerde Q...,
 - De persoon in kwestie heeft een mentale beperking, maar in de vooraf getypte verklaring wordt gesproken van avasculaire necrose, allergische bronchopulmonaire aspergillose, ... termen die toch moeilijk vatbaar moeten zijn voor deze verzekerde.
- De patiënt heeft een sterk vertrouwen in diens huisarts. Wanneer deze vertrouwenspersoon en deskundige hem vraagt om een vooraf getypt document te ondertekenen, dan kan men ervan uitgaan dat de patiënt dit niet zal weigeren. De verdere omstandigheden die werden meegedeeld om de gevraagde informatie te bekomen van de verzekerde zijn niet bekend.
- Er zijn verklaringen die bevestigen dat de prestatie soms wel degelijk foutief werd aangerekend :
 - Verzekerde V... (weekendconsultaties op afspraak (buiten vrije consultaties))
 - 9/11/2019 (zat)
 - 5/8/2018 (zo)
 - 6/8/2017 (zo)
 - Net om deze reden mag het supplement 102410 niet aangerekend worden.
 - Verzekerde R... (weekendconsult op afspraak (dringend))

- 1/12/2018
- 16/9/2018
- Net om deze reden mag het supplement 102410 niet aangerekend worden.

Het aanrekenen van raadplegingen terwijl volgens de zorgverlener een huisbezoek werd uitgevoerd en die moeten worden aanzien als “een vergissing” (in het voordeel van de zorgverlener) en die volgens de zorgverlener niet moeten worden aanzien als het aanrekenen van een niet-uitgevoerde prestatie, is een zeer vaak aangehaald argument. Dit lijkt voor de DGEC erg onwaarschijnlijk.

- De familie W...-X... : Voor mevrouw W... werden er in de onderzochte periode 92 raadplegingen aangerekend. Volgens de verklaring van de zoon van mevrouw W... (afgenomen in haar aanwezigheid) bracht deze zijn moeder niet meer dan 10x naar de huisarts de voorbije 3 jaar. Daarnaast zijn maar liefst 233 huisbezoeken aangerekend (8-9 x/ maand). Voor de heer X..., echtgenoot van W..., werden er 51 raadplegingen aangerekend, terwijl deze man zich niet meer naar de praktijk kan verplaatsen. Daarnaast werden er ook nog 141 huisbezoeken aangerekend (5x/ maand).
- Het zou hier dus gaan om 82 en 51 vergissingen.
Deze 82 (voor W...) en 51 (voor X...) “vergingen” worden dan ook nog respectievelijk 30 x en 19 x gecombineerd met een supplement wekendraadpleging of een supplement avondraadpleging. Het betreft hier dan ook niet alleen een “verginging” type raadpleging, maar eveneens “een tweede vergissing” door een supplement toe te voegen aan de aanrekening van de vergissing “raadpleging”.

De zorgverlener haalt ook in zijn schrijven van 26/6/2020 aan dat bij nazicht van het medisch dossier mogelijk sprake is van een vergissing in de tarificatie, in die zin dat er een huisbezoek werd aangerekend terwijl er een consultatie moest worden aangerekend. Er wordt op gewezen dat dr. A... in alle geval deze patiënten wel heeft gezien.

Zie ook :

Het koppel Y...-Z...

Y...: Er zijn 127 prestaties met een contact aangerekend, waarvan 27 huisbezoeken. Het zou dus gaan om 27 “vergingen”, soms zelfs 2 verschillende “vergingen” op dezelfde dag?

15/9/2017	<u>30/1/2018 (103132)</u>	11/6/2018
16/10/2017	<u>30/1/2018 (104215)</u>	10/7/2018
23/10/2017	13/2/2018	17/7/2018
18/12/2017	23/2/2018	7/8/2018
28/12/2017	5/3/2018	17/9/2018
<u>17/1/2018 (103132)</u>	21/3/2018	24/9/2018
<u>17/1/2018 (104215)</u>	5/4/2018	14/1/2019
18/1/2018	23/4/2018	13/2/2019
24/1/2018	25/5/2018	14/2/2019

Het aantal prestaties overtreft ruim het aantal verklaarde prestaties.

Z... : (partner Y...)

16/10/2017	Zelfde vergissing als partner, zelfde dag?
18/12/2017	Zelfde vergissing als partner, zelfde dag?
28/12/2017	Zelfde vergissing als partner, zelfde dag?
30/1/2018	Zelfde vergissing als partner, zelfde dag?
21/3/2018	Zelfde vergissing als partner, zelfde dag?
24/9/2018	Zelfde vergissing als partner, zelfde dag?

Er werden 21 contacten aangerekend, waarvan 6 huisbezoeken. Het zou dus gaan om 6 “vergissingen”. Het zijn dan ook allemaal “vergissingen” op dezelfde dagen, als de dagen waarop er een aanrekening bij de partner was.

Zie ook : de Verklaring van mevrouw Y... met betrekking tot de verzekerde d.d. 11/3/2020:

“Als ik een voorschrift nodig had, mocht ik bellen en mocht ik dit voorschrift ophalen in de gang bij hem thuis. Ik moest toen niets betalen, enkel het voorschrift ophalen.”

Het aantal prestaties overtreft ruim het aantal verklaarde prestaties.

- De DGEC kan de tenlasteleggingen op basis van het gemeen recht bewijzen door middel van alle toelaatbare bewijsmiddelen, met inbegrip van het feitelijk vermoeden.

Van het bijzonder bewijsmiddel omschreven in artikel 146, § 2/1 van de Gvu-wet (waarop het inspecterend personeel van de DGEC “onder andere” een beroep kan doen blijkens het eerste lid van artikel 146, § 2/1 van de Gvu-wet) werd in het voorliggende dossier geen gebruik gemaakt. Van een extrapolatie van de bevindingen uit een daadwerkelijk gecontroleerde steekproef is hier evenmin sprake.

Het tijdsverloop tussen de prestatiedata en de data van de verhoren waarop de DGEC zich baseert voor het weerhouden van de ten laste gelegde prestaties is geenszins abnormaal lang. De verzekerden of hun familieleden bleken nog vrij precies te kunnen zijn in hun verklaringen (vgl. RvS 29 juni 2004, nr. 133.338, overweging 2.3.2.3).

De inbreuken op de bepalingen van de nomenclatuur zijn zogenaamd technische inbreuken. Het bewijs van het moreel element wordt geleverd op grond van de overtreding van het voorschrift zelf, met dien verstande evenwel dat de inbreuk niet kan worden toegerekend aan de betrokken zorgverlener wanneer overmacht, onoverwinnelijke dwaling of een andere schulduitsluitingsgrond wordt aangetoond, minstens niet ongeloofwaardig is (Naar analogie: Cassatie 27 september 2005, P.05.0371.N/1 + noot onder dat arrest in *T. Strafr.* 2006/2, blz. 83-84; Kamer van Beroep 30 juni 2015, algemeen rolnr. NB-032-05, https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kv_b_cardioloog_20150630_1.pdf.pdf).

Dat laatste blijkt in de voorliggende zaak niet het geval te zijn of genoegzaam te zijn aangetoond.

De verschillende schendingen waarvan dr. A... gewag van maakt op blz. 25 en 26 van zijn verweerschrift (algemene beginselen van behoorlijk bestuur, schendingen van het Sociaal Strafwetboek, het verlies van bewijswaarde van het proces-verbaal van vaststelling en de schending van de deontologie tijdens het onderzoek) zijn niet gepreciseerd. Het onderzoek is correct gevoerd. Dat de bewijswaarde tot het bewijs van het tegendeel gehecht is aan de materiële vaststellingen die de verbalisant heeft gedaan (zintuigelijke vaststellingen (*ex propriis sensibus*) betreffende de samenstellende elementen van de inbreuken en de aanklevende omstandigheden en aan alle materiële elementen die op de inbreuk betrekking hebben), maar niet betreffende de waarachtigheid van de verklaringen, de inlichtingen die de verbalisanten buiten de materiële vaststellingen om verzamelen, subjectieve vaststellingen, feitelijke/ juridische gevolgtrekkingen of vermoedens die de verbalisanten uit de vaststellingen afleiden, wordt hier beaamd (VAN NOOTEN, M., "Proces-verbaal tot bewijs van het tegendeel", *Jura Falconis* 2002-2003, blz. 356-360).

Dat neemt evenwel niet weg dat wanneer er geen bijzondere bewijswaarde aan bepaalde bewijselementen is gekoppeld, principieel het vrij bewijsstelsel van toepassing is, dus waarbij de bewijswaarde van bewijzen vrij wordt beoordeeld door de instantie die de beslissing dient te nemen.

*

*

*

● De eerste tenlastelegging betreft het ten onrechte aanrekenen van niet-uitgevoerde verstrekkingen (zowel raadplegingen in de spreekkamer als bezoeken) ten aanzien van 40 verzekerden voor een bedrag van € 40.861,20.

- De verklaringen van de verzekerden of van hun familieleden/ vriendin waren duidelijk.

Er werden raadplegingen aangerekend bij :

- een aantal verzekerden die nooit op raadpleging gingen bij de huisarts
- andere verzekerden die nooit op zaterdag op raadpleging gingen bij de huisarts.

Er werden huisbezoeken aangerekend bij :

- een aantal verzekerden waar de huisarts nooit op huisbezoek kwam
- een aantal verzekerden waar de huisarts nooit na 18 u op huisbezoek kwam
- een aantal verzekerden waar de huisarts nooit in het weekend op huisbezoek kwam.

Er werden meerdere huisbezoeken op dezelfde dag aangerekend bij verschillende verzekerden op éénzelfde adres naar aanleiding van een huisbezoek voor 1 verzekerde

- Bij een aantal verzekerden zijn 2 verschillende contacten (huisbezoek en raadpleging of 2x huisbezoek) op dezelfde dag aangerekend terwijl de verzekerden verklaarden nooit 2 x de arts op dezelfde dag te hebben gezien. Deze dubbele facturatie gebeurde altijd in derdebetalersregeling.

Na maart 2018, wanneer de zorgverlener overgeschakeld is naar elektronische facturatie derdebetalers (elektronische facturatie laat geen dubbele contacten op 1 dag toe tenzij uitdrukkelijk bevestigd door de zorgverlener), zien we dit niet meer.

Wel opvallend is een andere terugkerende manier van aanrekenen.

Heel vaak wordt bij éénzelfde verzekerde meerdere dagen na elkaar een prestatie aangerekend en dit telkens via derdebetalersregeling (type 5 elektronische facturatie). Het zijn telkens periodes van 3, 4 tot 5 dagen na elkaar met hoofdzakelijk huisbezoeken.

Deze langere episodes van zorg worden tijdens de verhoren van de verzekerden ofwel niet vermeld door de verzekerde ofwel worden deze door de verzekerden duidelijk rechtstreeks of onrechtstreeks (bij navraag van het totaal aantal contacten) ontkend.

Het aantal aangerekende verstrekkingen per verzekerde lag dan ook veel hoger dan het aantal volgens de verzekerden uitgevoerde verstrekkingen. Het systematisch terugkeren van dezelfde bevindingen bij meerdere verzekerden kan moeilijk enkel te wijten te zijn aan vergissingen. Dat toont aan dat de facturatie in de praktijk van dr. A... niet overeenkomt met de werkelijk gepresteerde activiteiten.

- Tijdens het tweede verhoor op 18/06/2020 en op latere datum via mail d.d. 26/6/2020 werden door de zorgverlener bijkomende verklaringen door verzekerden aan de DGEC overgemaakt. Het is verrassend dat met een zeer beperkte limitatieve lijst werd gewerkt door de zorgverlener, terwijl het aantal te betwisten verstrekkingen veel hoger ligt. Het is voor de DGEC niet duidelijk in welke omstandigheden deze verklaringen werden opgemaakt.

De gegevens en data op de bijkomende verklaringen zijn mogelijk verwijzingen naar het medisch dossier. Hiervan weten we uit de verklaring van de zorgverlener dat het medisch dossier (omwille van synchronisatieproblemen, het achteraf invullen van het dossier, het ontbreken van het onderscheid tussen raadpleging en huisbezoek) geen betrouwbare gegevensbron is om een volledig beeld te geven van de werkelijke prestaties en de data. Om die reden werd in de gevalsbespreking enkel het standpunt van de verzekerde weergegeven.

- De eerste tenlastelegging komt aldus bewezen voor en dient te worden weerhouden.

● De tweede tenlastelegging betreft het aanrekenen van een toeslag voor raadplegingen (102410) tijdens consultaties op zaterdagen en dat terwijl die prestatie niet mag worden aangerekend wanneer de arts om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt na afspraak. Dat betreft 450 verzekerden voor een bedrag van 10.242,32 euro.

- De zorgverlener verklaarde :

"(..) U vraagt mij wanneer ik 102410 aanreken.

Ik antwoord u: Het is de bedoeling dat dit aangerekend wordt op afspraak buiten de vrije raadpleging in het weekend. Ik denk dat dit zo correct gebeurt. Ik zou het moeten

bekijken. Ik hoop dat ik 102410 niet heb aangerekend voor mensen die ik tijdens de vrije raadpleging zag.

U vraagt mij of ik de voorwaarden ken voor het aanrekenen van 102410.

Ik antwoord u: U doet me twifelen. Ik zal ze moeten nalezen, de wettelijke bepalingen.

U vraagt mij of mijn aanrekeningen voor de periode 2017, 2018, 2019 voor het nomenclatuurnummer 102410 altijd voldeden aan de voorwaarden beschreven in de nomenclatuur.

Ik antwoord u: Ik denk, de meeste mensen die je op zaterdag op raadpleging ziet doen dat meestal omdat het dringend is. Hetzelfde geldt voor avond- en nachtbezoeken. Ze

gaan niet bellen als het niet dringend is en de zorgen kunnen uitgesteld worden tot maandag. (...)

De zorgverlener verklaarde : *“(...) Ik zal veel meer mensen gezien hebben op afspraak en buiten de vrije raadpleging. In verhouding zal de mensen dat ik op vrije raadpleging zag dus veel minder zijn. (...)”*

- De zorgverlener houdt geen rekening met de voorwaarden voor het aanrekenen van een toeslag voor een raadpleging op zaterdag.

In de voorwaarden staat duidelijk dat de verstrekking 102410 niet mag worden aangerekend wanneer de arts om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt na afspraak.

De zorgverlener rekent in meer dan 95 % van alle aangerekende raadplegingen op zaterdag het supplement 102410 aan.

Dit zou betekenen dat 95 % van alle raadplegingen op zaterdag buiten de vrije raadpleging vielen en niet op afspraak waren. Bovendien moet de toestand bij al deze verzekerden dringend geweest zijn en niet uit te stellen.

Dit komt niet overeen met de verklaring van de zorgverlener die zelf zegt vrije raadplegingen te organiseren op zaterdagen en ook patiënten te ontvangen op afspraak op zaterdagen.

De zorgverlener verklaart : *“(...) Op zaterdagmorgen was het dezelfde werkwijze als in de week; vrije raadplegingen met afspraken erna en huisbezoeken. Het gebeurde dat mensen op zaterdag belden en op afspraak kwamen na 10u. (...)”*

In de tenlastelegging werden de raadplegingen op zaterdagen waarop de zorgverlener van wacht was niet opgenomen.

Data wacht : 25/03/2017, 15/07/2017, 30/09/2017, 11/11/2017, 27/01/2018, 31/03/2018, 05/05/2018, 6/10/2018, 20/10/2018, 26/1/2019, 9/3/2019.

De zorgverlener blijkt niet op de hoogte te zijn van de correcte toepassing van het nomenclatuurnummer 102410.

- De tweede tenlastelegging komt aldus bewezen voor en dient te worden weerhouden.

● De derde tenlastelegging betreft het aanrekenen van een individueel avondbezoek tijdens eenzelfde reis bij twee of meerdere verzekerden (104215) en dat terwijl bij een gelijktijdig huisbezoek bij twee of meerdere verzekerden 103412 of 103434 + toeslag

104333 moest worden aangerekend. Dat betreft 189 verzekerden voor een bedrag van 3.341,33 euro, na toepassing van de verschilregel.

- Dr. A... verklaarde tijdens het van verhoor van 1/2/2020 :

“(...) U vraagt mij hoe vaak het al is voorgevallen dat ik tussen 18u en 21u 2x een huisbezoek heb afgelegd en aangerekend op hetzelfde adres op een verschillend tijdstip: wekelijks, maandelijks, ...Ik antwoord u :

Dat zal niet vaak zijn, tegelijkertijd gebeurt dit wel vaak op hetzelfde adres.“ (...) Ik wist niet dat er een ander nummer aangerekend moet worden dan 104215 als je op hetzelfde adres tegelijkertijd 's avonds 2 patiënten onderzoekt.

U zegt mij dat ik de door u onderzochte periode meer dan 400 keer het nummer 104215 meer dan 1 maal heb aangerekend op dezelfde datum op hetzelfde adres.

Ik antwoord u : Ik wist niet dat dit niet zo mocht aangerekend zijn, deze aanrekeningen zullen meestal op hetzelfde tijdstip geweest zijn, het was eerder zelden dat ik dezelfde avond 2x op een verschillend tijdstip op hetzelfde adres ben geweest. (...)”

- De zorgverlener maakt bij het aanrekenen van een avondhuisbezoek geen onderscheid tussen een dringend avondhuisbezoek bij één verzekerde of bij meerdere verzekerden op hetzelfde adres. Hij rekent voor elke patiënt een individueel avondhuisbezoek aan.

De zorgverlener gebruikt het nomenclatuurnummer 104215 zowel voor huisbezoeken bij één enkele patiënt op één adres als voor een gelijktijdig huisbezoek bij meerdere patiënten op hetzelfde adres.

Nochtans bestaat in de nomenclatuur de mogelijkheid om een gelijktijdig huisbezoek bij 2 of meer verzekerden aan te rekenen samen met een dringendheidssupplement.

De zorgverlener is niet op de hoogte van de correcte toepassing van de nomenclatuur in deze situaties.

- Dr. A... zet in zijn verweerschrift uiteen dat hij niet wist dat er desbetreffend met een aparte nomenclatuurcode moest worden aangerekend en dat hij de bedragen onmiddellijk vrijwillig heeft terugbetaald, gelet op de oprechte vergissing in deze.

- De derde tenlastelegging komt aldus bewezen voor en dient te worden weerhouden.

● De vierde tenlastelegging betreft het aanrekenen van een huisbezoek “103132 bezoek door de huisarts”, terwijl de uitgevoerde verstrekking geen huisbezoek was. Dat betreft 18 verzekerden voor een bedrag van 4.584,90 euro, na toepassing van de verschilregel.

- De verklaringen van de verzekerden/ familieleden van de verzekerden waren duidelijk. De verzekerden/ familieleden van de verzekerden verklaarden zelf naar de huisarts te gaan op raadpleging. De verzekerden hadden meer contacten met de huisarts op raadpleging dan op huisbezoek.

- In de aanrekeningen zien we precies het omgekeerde. Het aantal aangerekende huisbezoeken was veel hoger dan het aantal aangerekende raadplegingen, terwijl de verzekerden verklaarden dat hun contacten met de huisarts meestal raadplegingen waren.

Het systematisch terugkeren van dezelfde bevindingen bij meerdere verzekerden kan moeilijk enkel te wijten te zijn aan vergissingen. Het toont aan dat de facturatie in de praktijk van dr. A... niet overeenkomt met de werkelijk gepresteerde activiteiten.

- Tijdens het verhoor op 18/06/2020 en op latere datum via mail d.d. 26/6/2020 werden door de zorgverlener bijkomende verklaringen door verzekerden aan de DGEC overgemaakt. Het is verrassend dat met een zeer beperkte limitatieve lijst werd gewerkt door de zorgverlener, terwijl het aantal te betwisten verstrekkingen veel hoger ligt. Het is voor de DGEC niet duidelijk in welke omstandigheden deze verklaringen werden opgemaakt.

De gegevens en data op de bijkomende verklaringen zijn mogelijk verwijzingen naar het medisch dossier. Hiervan weten we uit de verklaring van de zorgverlener dat het medisch dossier (omwille van synchronisatieproblemen, het achteraf invullen van het dossier, het ontbreken van het onderscheid tussen raadpleging en huisbezoek) geen betrouwbare gegevensbron is om een volledig beeld te geven van de werkelijke prestaties en de data. Om die reden werd in de gevalsbespreking enkel het standpunt van de verzekerde weergegeven.

- De vierde tenlastelegging komt aldus bewezen voor en dient te worden weerhouden.

● De vijfde tenlastelegging betreft het aanrekenen van een avondbezoek (104215) en dat terwijl de uitgevoerde verstrekking geen huisbezoek was. Dat betreft 21 verzekerden voor een bedrag van 3.953,73 euro, na toepassing van de verschilregel.

- De verklaringen van de verzekerden/ familieleden van de verzekerden waren duidelijk. De huisarts kwam bij een aantal verzekerden niet of eerder zelden na 18 u op huisbezoek. De verzekerden gingen wel zelf op raadpleging bij de huisarts.

- Het aantal aangerekende avondhuisbezoeken was ook veel hoger dan aangegeven door de verzekerden/ familieleden van de verzekerden.

Het systematisch terugkeren van dezelfde bevindingen bij meerdere verzekerden kan moeilijk enkel te wijten te zijn aan vergissingen. Het toont aan dat de facturatie in de praktijk van dr. A... niet overeenkomt met de werkelijk gepresteerde activiteiten.

- Tijdens het verhoor op 18/06/2020 en op latere datum via mail d.d. 26/6/2020 werden door de zorgverlener bijkomende verklaringen door verzekerden aan de DGEC overgemaakt. Het is verrassend dat met een zeer beperkte limitatieve lijst werd gewerkt door de zorgverlener, terwijl het aantal te betwisten verstrekkingen veel hoger ligt. Het is voor de DGEC niet duidelijk in welke omstandigheden deze verklaringen werden opgemaakt.

De gegevens en data op de bijkomende verklaringen zijn mogelijk verwijzingen naar het medisch dossier. Hiervan weten we uit de verklaring van de zorgverlener dat het medisch dossier (omwille van synchronisatieproblemen, het achteraf invullen van het dossier, het ontbreken van onderscheid tussen raadpleging en huisbezoek) geen betrouwbare gegevensbron is om een volledig beeld te geven van de werkelijke prestaties en de data. Om die reden werd in de gevalsbesprekingen enkel het standpunt van de verzekerde weergegeven.

- De vijfde tenlastelegging komt aldus bewezen voor en dient te worden weerhouden.

● De zesde tenlastelegging betreft het aanrekenen tijdens eenzelfde reis bij twee of meer verzekerden van een individueel weekendbezoek (104252) en dat terwijl een

gelijktijdig huisbezoek bij twee of meerdere verzekerden (103412 of 103434) plus toeslag (104296) moest worden aangerekend. Dat betreft 73 verzekerden voor een bedrag van 980,46 euro, na toepassing van de verschilregel.

- Dr. A... verklaarde : “(...) *U vraagt mij wat ik aanrekende de voorbije 3 jaar indien ik tijdens eenzelfde reis een huisbezoek afleg zaterdags, zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur voor meerdere patiënten op hetzelfde adres.*

Ik antwoord u: Ik ga eerlijk zijn, het is hetzelfde als voor de avondbezoeken die u vorige keer vroeg. Ik kende het nummer niet voor 2 huisbezoeken op zelfde adres. Ik rekende 104252 aan voor elke patiënt. (...)”

- De zorgverlener maakt geen onderscheid bij het aanrekenen van een weekendhuisbezoek tussen een weekendhuisbezoek bij één verzekerde of bij meerdere verzekerden op hetzelfde adres. Hij rekent voor elke verzekerde een individueel weekendhuisbezoek aan.

De zorgverlener gebruikt het nomenclatuurnummer 104252 zowel voor weekendhuisbezoeken bij één enkele patiënt op één adres als voor een gelijktijdig huisbezoek bij meerdere patiënten op hetzelfde adres.

Nochtans bestaat in de nomenclatuur de mogelijkheid om een gelijktijdig weekendhuisbezoek bij 2 of meer verzekerden aan te rekenen samen met een dringendheidssupplement.

De zorgverlener is niet op de hoogte van de correcte toepassing van de nomenclatuur in deze situaties.

- Dr. A... zet in zijn verweerschrift uiteen dat hij niet wist dat er desbetreffend met een aparte nomenclatuurcode moest worden aangerekend en dat hij de bedragen onmiddellijk vrijwillig heeft terugbetaald, gelet op de oprechte vergissing in deze.

- De zesde tenlastelegging komt aldus bewezen voor en dient te worden weerhouden.

● De zevende tenlastelegging betreft het aanrekenen van een ‘Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbende door de huisarts’ (103412) en dat terwijl de uitgevoerde verstrekkingen geen huisbezoeken waren. Dat betreft 9 verzekerden voor een bedrag van 331,59 euro, na toepassing van de verschilregel.

De verklaringen waren duidelijk.

De verzekerden werden door de huisarts op huisbezoek niet samen met hun partner of familielid onderzocht tijdens een huisbezoek door de huisarts.

Blijkens de verklaringen werd er op raadpleging gegaan (al dan niet samen met de partner of ander familielid).

Het systematisch terugkeren van dezelfde bevindingen bij meerdere verzekerden kan moeilijk enkel te wijten te zijn aan vergissingen. Het toont aan dat de facturatie in de praktijk van dr. A... niet overeenkomt met de werkelijk gepresteerde activiteiten.

- De zevende tenlastelegging komt aldus bewezen voor en dient te worden weerhouden.

● De achtste tenlastelegging betreft het aanrekenen tijdens eenzelfde reis voor twee verzekerden van een individueel avondbezoek (104215) en dat terwijl één van de twee

wel na 18 uur werd aangerekend, maar niet dringend was. Dat betreft 1 verzekerde voor een bedrag van 179,95 euro, na toepassing van de verschilregel.

- De verklaring van de verzekerde was duidelijk :

“U vraagt mij of de dokter mij ook onderzoekt als de dokter voor mijn vrouw komt na 18u. Het zou wel gebeuren dat de dokter dan ook mijn bloed meet. Dat was dan niet dringend voor mij.”

Hier kan de zorgverlener enkel een gelijktijdig huisbezoek aanrekenen (103412) zonder het dringendheidshonorarium.

- De achtste tenlastelegging komt aldus bewezen voor en dient te worden weerhouden.

4 CONCLUSIE

- De aangehouden feiten werden vastgesteld in het proces-verbaal van vaststelling van 10/07/2020 (op de correcties, die blijken uit de synthesenota en de gevalsbespreking, na) en door een beëdigd ambtenaar en houden een miskenning in van de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Op basis van het gevoerde onderzoek (er kan in dat kader ook worden verwezen naar de gevalsbespreking) komen alle geformuleerde tenlasteleggingen naar genoegen van recht bewezen voor.

Er dient een passende administratieve geldboete te worden opgelegd.

Bij het bepalen van de grootte van die administratieve geldboete wordt er rekening gehouden met de intrinsieke ernst van de feiten (de ten onrechte aangerekende prestaties betreffen 40.861,20 euro niet-uitgevoerde prestaties en 23.614,28 euro niet-conforme prestaties), de verstoring van de goede werking van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de grootte van het bedrag van de ten onrechte aangerekende prestaties (64.475,48 euro, waarvan 40.861,20 euro niet-uitgevoerde prestaties en 23.614,28 euro niet-conforme prestaties).

Anderzijds wordt daarbij ook, in het voordeel van dr. A..., rekening gehouden met diens gebrek aan antecedenten bij de DGEC.

De bepalingen van de nomenclatuur zijn van openbare orde en moeten dus strikt worden toegepast. Dat wil zeggen zonder enige toevoeging of weglating, gesteund op een eigen persoonlijke interpretatie, omwille van zogenaamde billijkheidsgronden, sociale overwegingen en/of het belang en comfort van de patiënt (*cf.* een noot onder het arrest van het Arbeidshof te Bergen *d.d.* 13 december 1995, gepubliceerd in het *Informatieblad van het RIZIV* 1996/3, blz. 365 e.v.; Arbeidshof Luik 14 oktober 2011, AR 2010/AL/650, *Informatieblad van het RIZIV* 2011, afl. 3, 329).

Van iedere zorgverlener wordt verwacht dat hij/zij voldoende kennis heeft van de vigerende bepalingen. Vooral dan van de nomenclatuurcodes die specifiek tot het beroepsdomein van die zorgverlener behoren. De zorgverlener treedt ter zake op als een medewerker van een openbare dienst en is steeds persoonlijk verantwoordelijk voor de correcte aanrekening van prestaties aan de verplichte ziekteverzekering (vgl. Arbitragehof 30 oktober 2001, nr. 133/2001, B.6.1.; Arbitragehof 30 januari 2002, nr. 26/2002, B.7.; Arbitragehof 12 juni 2002, nr. 98/2002, B.5.2. en B.5.3.; Arbitragehof 12 februari 2003, nr. 23/2003, B.13 en B.14).

Als zorgverlener diende dr. A... na te gaan of hetgeen er op zijn naam werd aangerekend aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wel correct was (vgl. RvS 22 mei 2003, nr. 119.724, 2.4.2.2.).

Ten opzichte van een zorgverlener die zich niet gedraagt of voegt naar de wettelijke en reglementaire bepalingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, kunnen steeds de maatregelen opgelegd worden zoals bepaald in artikel 142 van de gecoördineerde wet. Bedrieglijk opzet is niet vereist. Goede trouw en/of de onwetendheid van een zorgverlener, sluit de toepassing van de wet niet uit (J. BEULS, "De zorgverlener administratief gesanctioneerd: het verbod om tegemoet te komen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen" in A. PRIMIS, B. DE RUYVER, E. GULDIX en 1. VANSWEEVELT (red.) *Recht en gezondheidszorg*, Gent, Mys en Breesch, 1999, 66). Een administratieve geldboete kan zelfs worden opgelegd in geval van louter administratieve vergissing, onachtzaamheid, slordigheid of onwetendheid.

Gelet op het beperkte budget van de ziekteverzekering is elke zorgverlener er zelf mee verantwoordelijk voor dat dit correct wordt aangewend.

De terugbetaling wegens het niet-ervullen van een vergoedingsvoorwaarde betreft geen straf, maar een herstelmaatregel.¹ Desbetreffend kan het proportionaliteitsbeginsel niet worden ingeroepen.

Het *non bis in idem*-beginsel kan hier eveneens niet worden ingeroepen. Dat beginsel biedt enkel een garantie tegen meervoudige strafrechtelijke vervolgingen / procedures voor dezelfde (of in wezen dezelfde) feiten.² Daarvan is in de voorliggende zaak geen sprake van.

De verwijzingen naar de strafrechtelijke sancties met betrekking tot verschillende misdrijven zijn niet pertinent. Het betreft hier overigens administratieve geldboetes en geen strafrechtelijke geldboetes en/of gevangenisstraffen. Bovendien wordt een vrijheidsstraf als strenger aanzien dan een administratieve geldboete.

De DGEC ziet verder niet in hoe op zich het vermoeden van onschuld zou worden miskend, wanneer de terugvordering en de administratieve geldboete zou worden opgelegd wanneer de inbreuken bewezen voorkomen.

De laakbaarheid van bepaalde feiten, de vaststelling ervan als een inbreuk, de ernst van een inbreuk en de zwaarwichtigheid waarmee deze kan worden bestraft, behoren tot de beoordelingsbevoegdheid van de wetgever.³ De wetgever heeft de op te leggen maatregelen bepaald in artikel 142, § 1, 1° en 2° GVU-wet. Deze maatregelen kunnen worden toegepast. Binnen de marge die is omschreven in artikel 142, § 1, 1° en 2° GVU-wet is er wel de ruimte om het proportionaliteitsbeginsel toe te passen wanneer een administratieve geldboete wordt opgelegd.

De Raad van State oordeelde reeds eerder dat de terugvordering niet kan worden gelijkgesteld met een onteigening als bedoeld door artikel 16 van de Grondwet en dat artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol bij het EVRM niet verhindert dat de overheid terugvordert wat zij onverschuldigd betaald heeft. Dr. A... toont ook niet aan dat deze

¹ Arbitragehof 11 oktober 2000, nr. 102/2000 ; RvS 27 februari 2014, nr. 226.568, nr. 7; Raad van State 7 januari 2014, nr. 225.972, blz. 14-15, punt 14-16; Raad van State 16 mei 2013, nr. 223.485, blz. 7-8, punt 9

² BAUWENS, T., "Idem. Verschillend maar in onlosmakelijke verbondenheid ook substantieel hetzelfde", *T.Strafr.* 2015/2, blz. 86-87 en de verwijzingen aldaar.

³ vgl. Grondwettelijk Hof nr. 89/2019, 28 mei 2019, B.6

terugvordering het eigendomsrecht, zoals beschermd door deze verdragsbepaling, zou schenden.⁴

De administratieve geldboetes worden opgelegd aan zorgverleners (in de zin van art. 2, n) GVVU-wet) wegens het aanrekenen of laten aanrekenen van niet-uitgevoerde prestaties of niet-conforme prestaties in het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Van iedere zorgverlener wordt verwacht dat hij/zij voldoende kennis heeft van de vigerende bepalingen. Vooral dan van de nomenclatuurcodes die specifiek tot het beroepsdomein van die zorgverlener behoren. De zorgverlener treedt ter zake op als een medewerker van een openbare dienst en is steeds persoonlijk verantwoordelijk voor de correcte aanrekening van prestaties aan de verplichte ziekteverzekering.⁵

De administratieve geldboetes voorzien in een minimum- en maximum (tussen 50 pct. tot 200 pct. van de waarde van de terugbetaling voor wat betreft de niet-uitgevoerde verstrekkingen en tussen 5 pct. tot 150 pct. van de waarde van de terugbetaling voor wat betreft de niet-conforme verstrekkingen) en kunnen (onder de voorwaarden vermeld in artikel 157, § 1 GVVU-wet) met uitstel gedurende één tot drie jaar worden opgelegd. Deze wettelijk bepaalde sancties kaderen binnen de ruime beoordelingsmarge die de wetgever desbetreffend heeft. Van een onevenredige schending van het recht op eigendom zoals gewaarborgd door artikel 1 van het eerste protocol van het EVRM is geen sprake.

De figuur van opsloping is wettelijk niet voorzien met betrekking tot de op te leggen maatregelen.

- Bijkomend wordt er nog gewezen op het volgende.

De beslissing van de Kamer van Beroep van 12 februari 2019 (FB-004-18) betrof 14.062,20 euro (waarvan 3.042,97 euro niet-uitgevoerde prestaties en de rest niet-conforme prestaties). Het betreft de casuïstiek van de verpleegkundigen. Het totaalbedrag was dus lager.⁶

De beslissing BRS2018/018 betrof een andere casuïstiek. Het betrof andere inbreuken en het totaalbedrag was lager. Er werd ook overgegaan tot de volledige vrijwillige terugbetaling van het ten onrechte aangerekende bedrag van 45.811,06 euro.

De beslissing van de Kamer van eerste aanleg (FA-014-18) van 18/6/2019 betreft een andere casuïstiek. Er werd een geldboete opgelegd van 100% (108.500,39 euro), waarvan 70% met uitstel gedurende drie jaar en de rest effectief. De zorgverlener in kwestie ging over tot de algehele terugbetaling en had een einde gemaakt aan de litigieuze praktijk. De Kamer hield hier ook rekening met het feit dat de zorgverlener niet de aanstichter was van het "systeem".

De beslissing van de Leidend ambtenaar van 8/5/2018 legde voor de niet-uitgevoerde verstrekkingen een geldboete op van 100% (€ 13.485,13), waarvan de helft effectief en de helft met uitstel gedurende drie jaar. Voor de niet-conforme verstrekkingen (€ 8.225,16), werd een geldboete opgelegd van 50% met uitstel gedurende drie jaar. De ten onrechte aangerekende bedragen zijn lager dan in de voorliggende zaak. De

⁴ RvS nr. 225.972 van 7 januari 2014

⁵ vgl. Arbitragehof 30 oktober 2001, nr. 133/2001, B.6.1.; Arbitragehof 30 januari 2002, nr. 26/2002, B.7.; Arbitragehof 12 juni 2002, nr. 98/2002, B.5.2. en B.5.3.; Arbitragehof 12 februari 2003, nr. 23/2003, B.13 en B.14

⁶ https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/jurisprudence_cr_infirmier_20190212_1.pdf

bedragen van zowel de niet-uitgevoerde prestaties, als de niet-conforme prestaties liggen in de beslissing waarnaar wordt verwezen dus lager.

De beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 16/11/2017 (NA-015-16) betreft de casuïstiek van verpleegkundigen. Er werd voor de niet-uitgevoerde verstrekkingen (€ 57.709,81) een geldboete opgelegd van 150%, waarvan de helft effectief en de helft met uitstel gedurende drie jaar, en voor de niet-conforme verstrekkingen (€ 35.294,04) werd een geldboete opgelegd van 100%, waarvan 75% effectief en 25% met uitstel gedurende drie jaar. Een groot deel van de niet-conforme verstrekkingen (29.052,89 euro) betreft het niet in orde zijn van de verpleegdossiers.

De beslissing van de Kamer van beroep van 12/2/2019 (FB-004-18) betreft de casuïstiek van de verpleegkundigen. Voor de niet-uitgevoerde prestaties (€ 3.042,97) werd een geldboete opgelegd van 100%, waarvan de helft effectief en de helft met uitstel gedurende drie jaar. Voor de niet-conforme prestaties (€ 11.019,29) werd een geldboete opgelegd van 50%, waarvan de helft effectief en de helft met uitstel gedurende drie jaar. De ten onrechte aangerekende bedragen zijn dus lager.

De beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 19/4/2018 (FA-03-17) betreft de casuïstiek van de verpleegkundigen. Er werd een geldboete opgelegd van 100% voor de niet-uitgevoerde verstrekkingen (€ 20.964,95), waarvan de helft effectief en de helft met uitstel van drie jaar en voor de niet-conforme prestaties (€ 104.069,76) een geldboete van 50% met uitstel van drie jaar. Merk op dat het bedrag van de niet-uitgevoerde verstrekkingen in de beslissing waarnaar wordt verwezen lager ligt.

De voormelde beslissingen zijn gepseudonimiseerd terug te vinden op de website van het Riziv (artikel 157, § 3 van de Gvu-wet ; <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/rechtspraak/Paginas/default.aspx>).

OM DIE REDENEN,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,

NA ER OVER BERAADSLAAGD TE HEBBEN,

De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

- stelt vast dat de feiten die zijn vastgesteld in het proces-verbaal van vaststelling van 10/07/2020 (op de correcties, die blijken uit de synthesenota en de gevalsbespreking, na) naar genoegen van recht bewezen zijn en houdt ze aan;
- stelt vast de feiten een inbreuk zijn op het bepaalde in artikel 73bis, 1° en 2° van de Gvu-wet;
- veroordeelt dr. A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 1° en 2° van de Gvu-wet tot de terugbetaling van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, zijnde 64.475,48 euro;
- stelt vast dat van dat bedrag reeds 32.000,00 euro werd terugbetaald;
- legt aan dr. A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 1° en 2° van de Gvu-wet een administratieve geldboete op van 84.906,08 euro, waarvan 52.668,34 euro effectief en 32.237,74 euro met uitstel gedurende een periode van drie jaar, zijnde :

- voor wat betreft de eerste tenlastelegging (niet-uitgevoerde verstrekkingen) : een administratieve geldboete van 150% van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd, zijnde 61.291,80 euro, waarvan 2/3^{de}, zijnde 40.861,20 euro, effectief en 1/3^{de}, zijnde 20.430,60 euro, met uitstel gedurende een periode van drie jaar;

- voor wat betreft de tenlasteleggingen 2 tot en met 8 (niet-conforme verstrekkingen) : een administratieve geldboete van 100% van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd, zijnde 23.614,28 euro, waarvan de helft, zijnde 11.807,14 euro, effectief en de helft, zijnde 11.807,14 euro, met uitstel gedurende een periode van drie jaar.

Dr. A... moet het bedrag van 85.143,82 euro, waarvan 32.475,48 euro ten titel van terugbetaling en 52.668,34 euro ten titel van effectieve administratieve geldboete, betalen door overschrijving op het rekeningnummer IBAN: BE56 6790 0197 7988 / BIC: PCHQBEBB van het RIZIV, binnen de dertig dagen te rekenen vanaf de kennisgeving van de beslissing. Bij gebrek aan betaling binnen die termijn, brengen de nog verschuldigde sommen van rechtswege interesten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken zoals voorzien in artikel 2, § 3, van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening, te rekenen vanaf het verstrijken van die termijn.

Aldus beslist te Brussel.

De Leidend ambtenaar, 08/11/2022

Dr. Philip Tavernier

Arts-directeur-generaal