

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

Betreft: - **Dokter A...**
Erkend huisarts
XXXX
XXXX XXXX
RIZIV-nr.: 1XXXXXXXX XXX

- **B...**
Met maatschappelijke zetel te:
XXXX
XXXX XXXX
KBO-nr.: XXXX.XXX.XXX

BRS/N/2023/18

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

gelet op de resultaten van dat onderzoek die zijn gebundeld in het dossier 2021-XXXXXX-C-XX-XXX-00001 en dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd;

gelet op het proces-verbaal van vaststelling van 11/05/2022, opgesteld lastens dokter A..., ter kennis gegeven aan dokter A... en B... met een aangetekende brieven van 12/05/2022;

gelet op de ter post aangetekende brief van 01/06/2023 waarin de synthesesnota aan dokter A... en B... ter kennisgeving werd aangeboden, waarin zij werden verzocht zich schriftelijk te verantwoorden;

gelet op de schriftelijke verweermiddelen dd. 04/08/2023;

gelet op de artikelen 73bis, 142, 143, 156,157 en 164 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna 'GVU-wet' genoemd).

GEFORMULEERDE TENLASTELEGGINGEN

Dokter A... heeft in de periode van 13/05/2019 tot 26/04/2021 volgende inbreuken begaan op de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering:

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 terwijl 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 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

De inbreuk betreft, voor de periode van 13/05/2019 tot en met 26/04/2021 (datum van ontvangst door de verzekeringsinstellingen) het aanrekenen van niet-uitgevoerde prestaties 109723 “Bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts” voor de prestatieperiode van 15/06/2017 tot en met 17/03/2021 voor een onverschuldigd bedrag van € 63.463,31.

De verstrekkingen werden aangerekend door Dr. A... met RIZIV-nummer 1XXXXXXX XXX.

Plaats van de inbreuk: XXXX, XXXX XXXX en alle plaatsen waar de zorgverstreker handelingen heeft uitgevoerd en/of aangerekend.

Er werden 2.007,9 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een totaalbedrag van € 63.463,31 (aantal verstrekkingen en bedrag berekend door extrapolatie).

Wettelijke en/of reglementaire basis voor de tenlastelegging (ten tijde van de inbreuk):

Koninklijk besluit van 14 september 1984 (bijlage aan): nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

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

Art. 2

C. Bezoeken

109723 Bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts N5, 6 + D6 + E1

De terugbetaling van het ziekenhuisbezoek door de behandelende huisarts (109723) wordt éénmaal per week toegekend en wordt niet gecumuleerd met de terugbetaling voor andere geneeskundige zorgen door deze arts.

De huisarts noteert in zijn dossier een rapport met betrekking tot het overleg met de ziekenhuisarts.

Ten laste gelegde verstrekkingen:

CODENUMMER VAN DE VERSTREKKING	OMSCHRIJVING VAN DE VERSTREKKING	SLEUTELNUMMER EN COËFFICIËNT	INWERKTREDING
109723	Bezoek in het ziekenhuis door de behandelende arts	D6 E1 N5,6	01/04/1986

Deze tenlastelegging heeft betrekking op 2.007,9 aangerekende verstrekkingen voor de prestatiedata van 15/06/2017 tot en met 17/03/2021 en data van ontvangst bij de VI van 13/05/2019 tot 26/04/2021 voor een onverschuldigd bedrag van € 63.463,31.

Tenlastelegging 2 “niet uitgevoerde verstrekkingen”

Het opstellen, laten opstellen, afleveren of laten afleveren van reglementaire documenten die de terugbetaling van de geneeskundige verstrekkingen mogelijk maken terwijl 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 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

De inbreuk betreft, voor de periode van 20/02/2020 tot en met 26/04/2021 (datum van ontvangst door de verzekeringsinstellingen), het onterecht aanrekenen van prestaties aan de ziekteverzekering.

In de periode van 20/02/2020 tot en met 26/04/2021 (datum van ontvangst door de verzekeringsinstellingen) betreffende prestaties verricht in de periode 01/02/2020 tot en met 21/02/2020 werden 189 prestaties voor een bedrag van € 5.369,49 aangerekend aan de ziekteverzekering, terwijl deze prestaties niet werden uitgevoerd gezien Dr. A... in deze periode in het buitenland verbleef.

De verstrekkingen werden aangerekend door Dr. A... met RIZIV-nummer 1XXXXXXX XXX.

Plaats van de inbreuk: XXXX, XXXX XXXX en alle plaatsen waar de zorgverstreker handelingen heeft uitgevoerd en/of aangerekend.

Er werden in totaal 189 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een totaalbedrag van € 5.369,49.

Wettelijke en/of reglementaire basis voor de tenlastelegging (ten tijde van de inbreuk)

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

HOOFDSTUK I. - ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1.

Voor 01/03/2020:

§ 8. Onverminderd de bewaringstermijnen die door andere wetgevingen of door de regelen van de medische plichtenleer zijn opgelegd, moeten de verslagen, documenten, tracés en grafieken waarvan sprake is in de omschrijvingen in deze nomenclatuur, alsmede de protocollen van radiografieën en van laboratoriumonderzoeken, gedurende ten minste twee jaar worden bewaard.

Voor de diagnostische verstrekkingen waarvoor in de omschrijving niet duidelijk een verslag, een document, een tracé, een grafiek wordt gevraagd, moet in het dossier worden aangetoond dat het onderzoek is uitgevoerd.

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

Art. 2

B. Raadplegingen in de spreekkamer

101076	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	N8 + Q30
102771	Beheer van het globaal medisch dossier (GMD)	N8,415

Het GMD bevat de volgende gegevens die regelmatig worden bijgewerkt :

- de sociaal-administratieve gegevens
- de antecedenten;
- de problemen;
- de verslagen van de andere zorgverleners;
- de chronische behandelingen;
- de preventieve maatregelen die worden genomen, rekening houdende met de leeftijd en het geslacht van de patiënt, en die minstens betrekking hebben op : 1. de levensstijl (voeding, lichaamsbeweging, tabak- en alcoholgebruik); 2. de cardiovasculaire ziekten (anamnese, klinisch onderzoek, acetylsalicylzuur voor de risicogroepen); 3. de opsporing van colorectale kanker, borstkanker en baarmoederhalskanker 4. de vaccinatie (difterie, tetanus, griep en pneumokokken); 5. de biologische metingen : lipiden (> 50 jaar), glycemie (> 65 jaar), creatinine en proteïnurie (voor de risicogroepen); 6. de opsporing van depressie; 7. de mondzorg;
- voor een patiënt van 45 tot 74 jaar die het statuut chronische aandoening geniet, diverse klinische en biologische gegevens die nuttig zijn voor de evaluatie van de gezondheidstoestand van de patiënt en voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het GMD wordt door de huisarts beheerd; een huisarts in opleiding kan het GMD niet beheren. De huisarts maakt enkel gebruik van een elektronisch medisch dossier voor het beheer van het GMD. Het beheer van het GMD wordt uitgevoerd op verzoek van de patiënt of van zijn behoorlijk geïdentificeerde gemachtigde; dat verzoek wordt vermeld in het dossier van de patiënt. De verstrekking voor het beheer van het GMD wordt eenmaal per kalenderjaar toegekend. De verstrekking wordt gecumuleerd met een verstrekking voor een raadpleging (101032, 101076) of een bezoek (103132, 103412, 103434) minstens één keer om de twee jaar. De verstrekking wordt met 83,33 % verhoogd vanaf het jaar van de 45e verjaardag tot het jaar van de 75e verjaardag voor een patiënt die het vorige jaar het statuut chronische aandoening had

C. Bezoeken

103132	Bezoek door de huisarts	N5,6 + D4 + E1
103412	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts	N5,6 + D4 + E0,5
104230	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts	N5,6 + D33,99 + E1
109723	Bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts	N 5,6 + D 6 + E 1

De terugbetaling van het ziekenhuisbezoek door de behandelende huisarts (109723) wordt éénmaal per week toegekend en wordt niet gecumuleerd met de terugbetaling voor andere geneeskundige zorgen door deze arts. De huisarts noteert in zijn dossier een rapport met betrekking tot het overleg met de ziekenhuisarts

F. Algemene bepalingen

De feestdag wordt gerekend vanaf daags vóór die dag om 21 uur tot daags na die dag om 8 uur.

De feestdagen die recht geven op de in § 1 bepaalde bijkomende honoraria, zijn : 1 januari, Paasmaandag, 1 mei, Hemelvaartsdag, Pinkstermaandag, 21 juli, 15 augustus, 1 november, 11 november, 25 december.

§ 3. Het bijkomend honorarium voor de 's nachts of tijdens het weekeind verrichte dringende technische verstrekkingen wordt vergoed zowel wanneer die verstrekkingen in de spreekkamer van de geneesheer als bij de zieke thuis of in een verplegingsinrichting verricht zijn, zowel bij de opname als tijdens de ziekenhuisverpleging.

[...]

§ 5. Het bijkomend honorarium voor dringende technische verstrekkingen mag alleen maar worden aangerekend in de gevallen waarin de toestand van de patiënt vergt dat die verzorging dringend wordt verleend tijdens de opgegeven uren en dagen. Dat bijkomend honorarium mag niet worden aangerekend wanneer de technische verstrekkingen tijdens de opgegeven dagen en uren worden verricht om persoonlijke redenen van de geneesheer of ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt.

§ 6. Voor het bijkomend honorarium voor de 's nachts of tijdens het weekeind verrichte dringende technische verstrekkingen is er een persoonlijk aandeel ten laste van de rechthebbende onder dezelfde voorwaarden als voor de verstrekkingen zelf.

§ 7. In geval van veelvuldige verstrekkingen die 's nachts en tijdens het weekeind dringend bij eenzelfde zieke worden verricht, worden het bijkomend honorarium of de bijkomende honoraria voor 's nachts of tijdens het weekend verrichte verstrekkingen berekend op grond van de som van de honoraria waarin is voorzien voor elk van die verstrekkingen.

Voor het weekend en de feestdagen worden de bijkomende honoraria berekend per tijdvak van 24 uur dat begint om 8 uur 's morgens."

De verstrekkingen die worden verleend door verstrekkers die tot eenzelfde specialisme behoren en in het kader van eenzelfde ziekenhuis of eenzelfde verzorgingsinrichting werken, moeten worden beschouwd als een geheel.

Pseudonomenclatuur

Verstrekkingen door geneesheren en paramedici

Wachthonoraria

101113 Permanentietoeslag aangerekend voor raadplegingen tussen 18 en 21 uur, voorbehouden voor artsen die ingeschreven zijn in een georganiseerde wachtdienst X2

Code kan niet meer aangerekend worden vanaf schrappingsdatum 01/01/2021 :

103596 Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: verlenging van het globaal medisch dossier N8,415

Zorgtrajecten – Diabetes type 2

107052 Forfaitair honorarium betaalbaar aan de huisarts voor het tweede, derde en vierde jaar van een zorgtraject-contract gesloten met een rechthebbende met een diabetes mellitus type 2 X80

CODENUMMER VAN DE VERSTREKKING	OMSCHRIJVING VAN DE VERSTREKKING	SLEUTELNUMMER EN COËFFICIËNT	INWERKTREDING
101076	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	N8 Q30	01/09/1995
101113	Permanentietoeslag aangerekend voor raadplegingen tussen 18 en 21 uur, voorbehouden voor artsen die ingeschreven zijn in een georganiseerde wachtdienst	X2	01/07/2008
102771	Beheer van het globaal medisch dossier (GMD)	N8,415	01/05/1999
103132	Bezoek door de huisarts	D4 E1 N5,6	01/04/1985
103412	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts	D4 E0,5 N5,6	01/04/1985
103596	Honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier met gebruik van de functionaliteiten van de MyCareNet-diensten: verlenging van het globaal medisch dossier	N8,415	01/08/2014
104230	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts	D33,99 E1 N5,6	01/01/1992
107052	Forfaitair honorarium betaalbaar aan de huisarts voor het tweede, derde en vierde jaar van een zorgtraject-contract gesloten met een rechthebbende met een diabetes mellitus type 2	X80	01/09/2009
109723	Bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts	D6 E1 N5,6	01/04/1986
114111	Microscopisch onderzoek van urine met een telkamer van Fuchs-Rosenthal #(Maximum 1) (Cumulregel 126)	B350	01/03/2006
145530	Wegnemen van ingegroeide nagel	K20	01/04/1985
148013	Hechten met draad of wondlijm van wonden van het gelaat, materiaal inbegrepen : Eén of twee wonden	K27	01/04/1985
472054	° Insnijding van hemorrhoidale thrombose	K20	01/04/1985
599631	Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag verrichte dringende verstrekkingen: Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 10 of N 17 of I 17 en gelijk aan of lager dan K 25 of N 42 of I 42	K20	01/04/1985

Ten laste gelegde verstrekkingen

Deze tenlastelegging heeft betrekking op 125 verzekerden voor 189 verstrekkingen (onderverdeling: zie onderstaande tabel), voor de prestatiedata van 01/02/2020 tot en met 21/02/2020 en data van ontvangst bij de V.I. van 20/02/2020 tot en met 26/04/2021, voor een onverschuldigd bedrag van € 5.369,49.

Synoptische tabel:

Tenlasteleggingen	Referenties	NGV-codes	Aantal verstrekkingen	Aantal verzekerden	Onverschuldigd bedrag
TLL1: niet uitgevoerde verstrekkingen	Art. 2, C. NGV	109723	2007,9	*	63.463,31 € (totaal)
TLL2: niet uitgevoerde verstrekkingen	Art. 2, B. NGV	101076	74	125	5.369,49 € (totaal)
		102771	9		
	Art. 2, C. NGV	103132	15		
		103412	2		
		104230	2		
		109723	60		
	Art. 3,§1.A.	145530	1		
		148013	2		
	Art. 3,§1.B.	114111	5		
	Art. 11,§1.	472054	1		
	Art. 26,§1.	599631	1		
	pseudonomenclatuur	101113	1		
103596		15			
	107052	1			
Periode van prestatie: van 15/06/2017 tot en met 17/03/2021	Periode van indiening V.I.: van 13/05/2019 tot en met 26/04/2021	TOTAAL			68.832,80 €
				Terugbetaling	68.832,80 €
				Resterend onverschuldigd bedrag	0 €

**niet gekend wegens berekening door extrapolatie*

Voor die tenlasteleggingen, bedraagt het totale bedrag van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen € 68.832,80. Dr. A... heeft op 13/07/2022 het bedrag van € 68.832,80 volledig terugbetaald onder voorbehoud van alle recht en zonder enige nadelige erkenning.

VERWEER

Met de aangetekende brief van 01/06/2023 werd de synthesenota aan dokter A... en B... ter kennis gegeven en werd gevraagd hun schriftelijke verweermiddelen mee te delen. Ze hebben hieraan gevolg gegeven met het verweerschrift van hun raadsman, mr. C...van 04/08/2023, waarin samengevat gesteld wordt dat :

Betreffende de eerste tenlastelegging

- A. De DGEC heeft geen onderzoek gevoerd naar inbreuken op de ZIV-wet en de Nomenclatuur zoals in de wet omschreven
 - a. Er werd door de DGEC geen onderzoek gevoerd naar het "bezoek" aan de patiënt. *In casu* bevestigt dr. A... dat hij in de respectievelijke ziekenhuizen wel degelijk steeds de patiënt heeft bezocht en onderzocht. In het dossier van uw ambt wordt dit ook niet

teggengesproken, sterker nog, er werd vreemd genoeg geen enkele patiënt van dr. A... hieromtrent ondervraagd. Evenmin werd dr. A... hierover bevraagd.

- b. Er is geen fysiek overleg met de betrokken ziekenhuisarts vereist voor de aanrekening van Nomenclatuurnummer 109723.

Op basis van dit onderzoek wordt dr. A... verweten, de betrokken ziekenhuisartsen niet steeds fysiek te hebben gezien bij dit bezoek. Gelet op het bezoek van dr. A... aan zijn patiënt in het ziekenhuis, heeft dr. A... effectief het nomenclatuurnummer 109723 aangerekend. Dat er effectief een fysiek overleg met de ziekenhuisarts nodig zou zijn voor de aanrekening van het Nomenclatuurnummer 109723 is een bijkomende voorwaarde die dr. A... niet terugvindt in de Nomenclatuur. De Raad van State is hierover duidelijk: de onduidelijkheid van de nomenclatuur kan met in het nadeel van de zorgverlener worden uitgelegd. De nomenclatuur moet duidelijk zijn. De DGEC mag geen extra voorwaarden toevoegen, om aldus te bekomen dat men het nomenclatuurnummer enkel zou mogen aanrekenen in "bepaalde gevallen". De DGEC kan zelf geen voorwaarden/beperkingen opleggen die niet vervat zijn in de tekst van de nomenclatuur zelf. Een dergelijke toevoeging is ontoelaatbaar.

- c. Besluit: er is geen inbreuk op Nomenclatuurnummer 109723

Gelet op het feit dat de DGEC haar vaststellingen doet op basis van voorwaarden die niet in de nomenclatuur zijn omschreven, en zij geen onderzoek heeft gedaan naar het effectieve patiëntenbezoek van dr. A... aan zijn patiënten gedurende hun hospitalisatie, kan er geen inbreuk op dit Nomenclatuurnummer worden weerhouden.

In geen geval kan uit dit onderzoek geconcludeerd worden dat de verstrekking omschreven in het nomenclatuurnummer 10923 niet werd uitgevoerd, zoals de DGEC beweert.

- B. Ondergeschikt: het gevoerde onderzoek door de DGEC is uitermate gebrekkig.

Zelfs al mocht uw ambt van oordeel zijn dat een fysiek overleg met de behandelende ziekenhuisarts een voorwaarde zijn die in de wet is omschreven, *quod non*, is het zeer duidelijk dat het onderzoek gevoerd door de DGEC niet aantoont dat deze voorwaarde niet werd gerespecteerd. De DGEC trekt *in casu* conclusies uit feiten die zij niet heeft bewezen op basis van het gevoerde onderzoek.

Zo concludeert de DGEC o.b.v. verschillende verklaringen van artsen dat er NOOIT een fysiek overlegmoment met dr. A... heeft plaatsgevonden, daar waar dit niet met zekerheid uit de verklaringen in haar onderzoeksdossier blijkt. Niet limitatief geeft dr. A... enkele voorbeelden van dergelijke tegenstrijdigheden en bijgevolg foutieve gevolgtrekking vanwege de DGEC. Uit minstens 21 van de 50 verklaringen van artsen, waarin de tenlasteleggingen lastens dr. A... werden weerhouden, blijkt dus dat deze tenlasteleggingen allerm minst bewezen zijn. Gelet op de hoger opgesomde tegenstrijdigheden en onzorgvuldigheden, kan niet anders dan geconcludeerd worden dat het onderzoek van de DGEC gebrekkig is, louter "*à charge*" werd gevoerd, onvolledig en subjectief is. Bijgevolg dient uw ambt het gevoerde onderzoek naast zich neer te leggen.

- C. Meer ondergeschikt: de Basisprincipes van een rechtsgeldige extrapolatie werden niet gerespecteerd.

In eerste instantie is het van belang om vast te stellen dat de DGEC geheel faalt in haar bewijslast en niet afdoende aantoont dat een dergelijke inbreuk gepleegd is.

Bovendien heeft de DGEC geen onderzoek gevoerd naar de dossiers van elk van de door haar weerhouden prestaties uit de tenlastelegging. Daarentegen lijkt het dat zij haar eventuele vaststellingen in enkele dossiers gereflecteerd heeft op andere dossiers met gelijkaardige

prestaties verricht door Dr. A.... Per weerhouden prestatie rust de bewijslast op de DGEC om een tenlastelegging te formuleren gebaseerd op een onderzoek *in casu*.

Dr. A... verwijst in dit verband naar het arrest *d.d* 7 mei 2013 van de Raad van State. Hoewel sedert de wetwijziging van 18 december 2016 de controlemethode via steekproeftrekking en extrapolatie expliciet in de ZIV-wet werd ingebed, meer bepaald in artikel 146, §2/1 ZIV-wet, dient er alsnog over te worden gewaakt dat dit artikel, cf de wettelijke voorwaarden, wordt toegepast

Verder dient er over te worden gewaakt dat dergelijke methode verenigbaar is met artikel 6 EVRM, zo wordt het bestaan van vermoedens slechts aanvaard indien deze binnen redelijke grenzen blijven en de rechten van verdediging niet ondermijnen. Zo zullen de argumenten van de zorgverlener ook steeds mee in de beslissing moeten betrokken worden.

In dit verband faalt de DGEC in haar bewijslast, gelet op het gegeven dat het gevoerde onderzoek absoluut gebrekkig is (cf. infra), en er louter "à charge" onderzoek werd verricht, er getracht werd bepaalde verklaringen bij dr. A... uit te lokken, wat maakt dat er wel degelijk in strijd met artikel 6 EVRM werd gehandeld.

De verhoren, die betrekking hebben op 50 verzekerden, worden bovendien geëxtrapoleerd naar 410 verzekerden. De 298 prestaties van de 50 verzekerden, worden geëxtrapoleerd naar alle 2 230 aangerekende prestaties met Nomenclatuurnummer 109723 met prestatiedatum in de periode van 15 juni 2017 tot en met 17 maart 2021. Dit terwijl ook voor de 298 onderzochte prestaties, de inbreuken niet kunnen worden aangetoond (cf. supra)!

De DGEC heeft zich aldus beperkt tot een eenvoudige extrapolatie zonder enige aanvaardbare onderbouwing. De verstrekkingen die vermeend foutief werden aangerekend bij deze 50 verzekerden, worden geëxtrapoleerd naar alle of minstens naar een groot aantal andere verstrekkingen tijdens dezelfde periode. De onderliggende redenering van deze extrapolatie of haar verantwoording, wordt geenszins geduid door de DGEC. De DGEC brengt geen enkel concreet bewijs aan voor mogelijke inbreuken op de nomenclatuur voorde overige 360 verzekerden.

De DGEC gaat daarbij echter voorbij aan de essentie van de arresten van de Raad van State en de principes van artikel 6 EVRM, nl. dat de DGEC afdoende dient aan te tonen dat de tenlasteleggingen bewezen zijn en dat zij niet zomaar op basis van vermoedens vaststellingen kan doen. Daarbij is het van geen belang of de tenlastelegging betrekking heeft op niet-uitgevoerde verstrekkingen of niet-conforme verstrekkingen. In elk geval moet door de DGEC worden aangetoond dat de verstrekkingen werden aangerekend in strijd met de wet.

In elk geval dient de DGEC een voldoende bewijs te leveren op basis van materiële feiten, m.a.w. de handelingen moeten zijn onderzocht alvorens zij tot extrapolatie overgaat. Zoals hoger reeds uiteengezet, is dit *in casu* zeker niet het geval, waardoor uw ambt de door de DGEC omschreven inbreuken als niet-bewezen moet afwijzen.

D. Meest ondergeschikt: De prestaties werden wel degelijk uitgevoerd.

Voor de prestaties waar er inderdaad geen fysieke bespreking met de desbetreffende arts zou hebben plaatsgevonden, kan uw ambt niet stellen dat de prestaties "niet uitgevoerd" werden. Hoogstens zou uw ambt kunnen stellen dat bepaalde prestaties "niet-conform" werden uitgevoerd.

Geenzins toont het door de DGEC gevoerde onderzoek aan dat dr. A... de prestaties niet heeft uitgevoerd. Hoogstens is het zo dat dr. A... aangeeft dat voor bepaalde prestaties er mogelijks geen gepland fysiek overleg met de desbetreffende ziekenhuisarts heeft plaatsgevonden en de prestaties desgevallend niet conform zouden zijn aangerekend. Dr. A... wenst te benadrukken dat op basis van de inhoud van de medische dossiers en zijn toelichting steeds bleek dat de prestaties wel degelijk werden aangerekend naar aanleiding van een ziekenhuisbezoek aan de patiënt en een overleg met de arts dat heeft

plaatsgevonden, weliswaar inderdaad niet steeds fysiek maar desgevallend telefonisch. Bijgevolg is het zeker niet correct dat deze prestaties niet werden uitgevoerd. Bijgevolg kan uw ambt dr. A... dan ook niet aanspreken voor "niet uitgevoerde" prestaties.

Betreffende de tweede tenlastelegging

Met betrekking tot de gevraagde terugbetaling voor tenlastelegging 2, was dr. A... zeer verbaasd. Dr. A... heeft dit nagekeken en begrijpt nog steeds niet hoe deze aanrekeningen zijn gebeurd op de aangegeven data, gezien dr. A... inderdaad gedurende de periode van 1 tot en met 21 februari 2020 in het buitenland verbleef. Wanneer dr. A... hiermee geconfronteerd werd, diende dr. A... deze discrepantie inderdaad vast te stellen -hoewel dr. A... deze niet kon verklaren.

Hoewel de data van de prestaties aangerekend in deze periode duidelijk niet correct zijn, hetgeen dr. A... erkent, bevestigt dr. A... wel degelijk dat de prestaties werden geleverd, maar op andere data.

Er wordt herhaald dat de weerhouden tenlasteleggingen niet ontstaan zijn door een bewust foutief handelen van dr. A..., doch dat deze ingegeven zijn door administratieve onregelmatigheden buiten zijn controle om. Dr. A... stelt aan de hand van desbetreffende patiëntendossiers vast dat de data niet correct zijn. Dr. A... kan dit niet verklaren. Dit is mogelijk veroorzaakt: Doordat dr. A... zelf een materiële vergissing heeft begaan en de foute datum heeft genoteerd; Doordat de administratieve hulp, die dr. A... 2 tot 3 uur per week in de praktijk heeft, foute data zou hebben genoteerd; Doordat ATD, een van de facturatediensten waar dr. A... zijn handgeschreven getuigschriften binnenbracht, bepaalde data verkeerd gelezen en/of ingeschreven heeft; De mutualiteiten waar zijn patiënten hun handgeschreven getuigschriften hebben afgegeven, de data verkeerd gelezen en/of ingegeven hebben.

Dr. A... kan wel degelijk bevestigen dat uw diensten correct hebben vastgesteld dat de data effectief niet juist zijn, aangezien hij op vakantie was en is stomverbaasd over de gemaakte administratieve fouten. Aan de hand van zijn patiëntendossiers, kon dr. A... reconstrueren op welke data de prestaties effectief werden verricht. Dit bestand betreft [Stuk 1] Dr. A... maakt voor deze inbreuk dan ook een voorbehoud en verzoekt de DGEC een kopie van de afgeleverde getuigschriften te bezorgen.

Dat de prestaties niet verricht en vervolgens onverschuldigd zouden zijn betaald, is dan ook niet correct. Er is louter sprake van een administratieve materiele vergissing wat betreft de datum. Bijgevolg verzoekt dr. A... uw ambt vast te stellen dat tenlastelegging 2 eveneens ongegrond is.

In ieder geval : geen administratieve geldboete

Gelet op het gegeven er geen inbreuken kunnen worden vastgesteld (cf *supra*), kan er vanzelfsprekend geen geldboete worden opgelegd.

In ieder geval verzoekt dr. A... de Leidend ambtenaar, gelet op de afwezigheid van kwade trouw en enig bedrieglijk opzet in hoofde van dr. A..., te willen bepalen dat er geen administratieve geldboete dient te worden opgelegd.

Uit bovenstaande volgt reeds dat elk intentioneel element in hoofde van dr. A... ontbreekt en bovendien heeft dr. A..., toen hij met huidige RIZIV-procedure geconfronteerd werd, onmiddellijk zijn verantwoordelijkheid opgenomen, wat de goede wil van dr. A... ook aantoonde. Zo is dr. A... reeds spontaan overgegaan tot vrijwillige terugbetaling en dit ondanks het gegeven dat de prestaties wel degelijk werden verricht (cf *supra*). Dr. A... heeft ook steeds bereidwillig meegewerkt aan het onderzoek, waaronder het verhoor. Hij heeft daarbij steeds open en waarheidsgetrouw alle vragen beantwoord.

Gelet op het gebrek aan enig intentioneel element *in* hoofde van dr. A..., op diens medewerking gedurende het gehele onderzoek en het gegeven dat dr. A... reeds is overgegaan tot vrijwillige terugbetaling, is er geen reden tot het opleggen aan dr. A... van een administratieve boete.

Wij verzoeken uw diensten dan ook om, in het uitzonderlijke geval dat u toch van oordeel zou zijn dat de tenlasteleggingen kunnen worden weerhouden, geen bijkomende administratieve geldboete op te leggen.

Hoogst ondergeschikt: dr. A... komt in aanmerking voor uitstel (art. 157 ZIV-wet)

Indien uw ambt toch van oordeel zou zijn dat een administratieve boete dient te worden opgelegd, verzoekt dr. A... toepassing van artikel 157, §1 ZIV-wet dat in de mogelijkheid van uitstel voorziet. Aangezien dr. A... voldoet aan bovenvermelde voorwaarden, komt dr. A... in aanmerking voor een uitstel bij de uitvoering van de beslissing waarmee een administratieve boete wordt opgelegd. Er is afwezigheid van antecedenten de voorbije tien jaar. Niet alleen werd er aldus binnen de drie jaar voorafgaand aan de uitspraak geen administratieve geldboete, noch een terugbetaling van ten onrechte aangerekende verstrekkingen aan dr. A... opgelegd door een administratieve of juridictionele instantie, ingesteld binnen of bij het Instituut, daarnaast is dr. A... reeds vrijwillig overgegaan tot terugbetaling van het bedrag van de terugvordering.

In voorkomend geval, verzoekt dr. A... in elk geval dan ook om in het geval uw ambt van oordeel zou zijn dat er toch een sanctie dient te worden opgelegd, hiervoor een geheel, minstens een gedeeltelijk, uitstel toe te staan.

Besluit:

Dr. A... verzoekt de Leidend ambtenaar vooreerst vast te stellen dat de tenlasteleggingen geformuleerd door de DGEC ongegrond zijn en er geen inbreuk werd begaan overeenkomstig artikel 73bis, 1° en 2° ZIV-wet, en dienvolgens de vrijwillig betaling van het bedrag van 68.832,80 euro dat dr. A... reeds onder voorbehoud vrijwillig had terugbetaald, zonder grond te verklaren en de terugbetaling ervan te bevelen, meer de verschuldigde intresten vanaf het moment van betaling door dr. A....

In ondergeschikte orde verzoekt dr. A... de Leidend ambtenaar, geen verder gevolg te geven aan dit dossier en geen administratieve geldboete op te leggen.

In meer ondergeschikte orde verzoekt dr. A... de Leidend ambtenaar een voorhoud te willen verlenen voor tenlastelegging 2 en een kopie van de afgeleverde getuigschriften te bezorgen.

Hoogst ondergeschikt verzoekt dr. A... geldboete tot het minimum te willen herleiden en, in voorkomend geval, (minstens gedeeltelijk) met uitstel toe te kennen.

BEOORDELING

- Het dossier werd behoorlijk ingezien en onderzocht.

De tenlasteleggingen, de motivering in rechte en in feite, de verklaringen van de zorgverlener, en de synoptische tabel zijn opgenomen in de synthesesnota die ter kennis werd gegeven aan dokter A... en B.... De synthesesnota met daarin de gevalsbespreking maakt deel uit van het dossier dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd en dokter A... en B... werden ertoe inzage verleend. Het is naar die nota en naar dat neergelegde dossier dat verwezen wordt in deze beslissing.

De Leidend ambtenaar beoordeelt soeverein de bewijswaarde en de bewijskracht van alle gegevens die hem worden voorgelegd. De processen-verbaal, bedoeld in artikel 142, §2 GVVU-wet, zijn bewijskrachtig tot het bewijs van tegendeel. Het proces-verbaal in dit dossier, waarvan het tegenbewijs niet werd geleverd, biedt voldoende waarborgen van juistheid en nauwkeurigheid van de ten laste gelegde inbreuk op de wets- en verordeningsbepalingen inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De bepalingen van de nomenclatuur zijn van openbare orde en moeten dus strikt toegepast worden. 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.¹

- De GvU-wet en haar uitvoeringsbesluiten beteugelen "het niet naleven van de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen" door de "zorgverleners".

De zorgverlener in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dient minstens te voldoen aan de dubbele voorwaarde van (1) diploma/erkenning en (2) RIZIV-nummer.

Het verzorgen van verzekerden (door het verkrijgen van een RIZIV-nummer) leidt ertoe dat de zorgverleners betrokken worden bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering waardoor zij geacht worden hun medewerking te verlenen aan een openbare dienst. Als zodanig hebben zij ook verplichtingen na te leven (zie RvS Liesbet, nr. 14.385, 4 december 1970). Als de zorgverlener deze verplichtingen niet naleeft, kunnen een aantal maatregelen worden opgelegd. Deze maatregelen vinden hun grondslag in de verstoring van de goede verstrekking van de verplichte verzekering (zie Grondwettelijk Hof, arrest nr. 26/2002 van 30 januari 2002²).

Dokter A... met RIZIV-nummer 1XXXXXXX XXX is als zorgverlener dus betrokken bij de ziekte- en invaliditeitsverzekering en dient in deze hoedanigheid de verplichtingen, opgelegd door de GvU-wet en haar uitvoeringsbesluiten, na te leven.

Bij gebeurlijke inbreuken op deze verplichtingen is dokter A... dan ook persoonlijk, in zijn hoedanigheid van zorgverlener en medewerker van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, degene die hiervoor de verantwoordelijkheid draagt.

- De ten onrechte aangerekende verstrekkingen werden in rekening gebracht door de B..., vennootschap waarvan dokter A... bestuurder is.

Artikel 164, tweede lid GvU-wet dat stelt dat, indien een rechtspersoon de prestaties voor eigen rekening heeft geïnd, deze samen met de zorgverlener hoofdelijk aansprakelijk is voor de terugbetaling ervan.

Dokter A... en B... zijn samen hoofdelijk gehouden tot de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen. Dit bedrag van € 68.832,80 werd reeds volledig terugbetaald.

- Wat betreft de tenlasteleggingen, wordt uitdrukkelijk verwezen naar de Synthesenota 2021-XXXXXX-P-XX-XXX-00001 waarin de inbreuken per verzekerde gedetailleerd in de gevalsbespreking (Blzn 21-112) wordt besproken.

Betreffende de tenlastelegging 1:

In de periode van 13/05/2019 tot en met 26/04/2021 (datum van ontvangst door de verzekeringsinstellingen) betreffende prestaties 109723 "Bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts" geattesteerd met prestatiedatum in de periode van 15/06/2017 tot en met 17/03/2021 werden bij 410 verzekerden 2.230 prestaties voor een bedrag van € 70.541,91 aangerekend aan de ziekteverzekering. Deze 2.230 prestaties vormen het steekproefkader waaruit op 23/11/2021 een willekeurige steekproeftrekking

¹ Cf. een noot onder het arrest van het Arbeidshof te Bergen dd. 13 december 1995, gepubliceerd in het Informatieblad van het RIZIV 1996/3 blz. 365 e.v.

² <http://www.const-court.be/public/n/2002/2002-026n.pdf>

van 50 verzekerden werd uitgevoerd door de datacel van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV.

Bij deze 50 verzekerden werden in totaal 298 prestaties 109723 aangerekend voor een bedrag van € 9.824,85.

De dossiers van deze 50 verzekerden werden op 02/12/2021 in aanwezigheid van Dr. A... opgehaald in het medisch kabinet. De dossiers werden nagekeken op de aanwezigheid van een rapport van het overleg in het ziekenhuis met de betreffende ziekenhuisarts. De sociaal inspecteur kon vaststellen dat er in elk dossier een rapportering is opgesomd van volgende gegevens:

Datum van het ziekenhuisbezoek

Een tijdstip (op welk moment dat de rapportering ingebracht werd in het dossier)

Enkel de familienaam van de ziekenhuisarts

Het eigenlijke overleg is beperkt omschreven in 6 tot 9 woorden

Aan de hand van de informatie met betrekking tot de ziekenhuisopname (medische verslagen en ontslagbrieven) die beschikbaar was in de medische dossiers konden 57 ziekenhuisartsen geïdentificeerd worden. Deze 57 ziekenhuisartsen werden aangeschreven en uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen betreffende contacten met huisartsen. Er werd zowel naar telefonische contacten, als fysieke overlegmomenten binnen het ziekenhuis met huisartsen gevraagd.

Hierbij verklaarden 42 ziekenhuisartsen met zekerheid dat zij nooit een fysiek overleg binnen het ziekenhuis hebben met huisartsen

Vijftien ziekenhuisartsen verklaarden dat zij wel fysiek overleg hebben gehad met huisartsen. Tien van deze 15 ziekenhuisartsen refereerden naar contacten met huisartsen tijdens opleidingen, specifiek overleg in kader van oncologische behandeling, overleg in kader van omstandig geneeskundig verslag voor bewindvoering of gedwongen opname, netwerkoverleg voor patiënten met een verstandelijke beperking doch zij refereerden niet naar een fysiek overleg binnen het ziekenhuis met Dr. A... over zijn gehospitaliseerde patiënten. Eén van deze 15 ziekenhuisartsen verklaarde met zekerheid dat er ooit één fysiek overlegmoment binnen het ziekenhuis is geweest met Dr. A.... Vier ziekenhuisartsen verklaarden dat zij wel fysiek overleg binnen het ziekenhuis hebben gehad met huisartsen, doch zij konden niet met zekerheid zeggen dat dit ook met Dr. A... was.

Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat de prestaties in de periode van 1 tot en met 21 februari 2020 onmogelijk konden zijn uitgevoerd. Hierdoor maakt deze periode niet langer het voorwerp uit van de extrapolatie en werden de prestaties in kwestie uit zowel steekproefkader als steekproef verwijderd. De resterende steekproef bevat nog 288 aanrekeningen voor 47 verzekerden en een bedrag van € 9.485,97. Na eliminatie van 60 prestaties uit het steekproefkader bedraagt het resterende totaalbedrag van het steekproefkader € 68.585,86.

Uit de bevraging van de ziekenhuisartsen blijkt dat voor de 288 aangerekende prestaties 8 prestaties bij 5 verzekerden voldoen aan de terugbetalingsvoorwaarde om het honorarium voor een ziekenhuisbezoek te kunnen aanrekenen. 280 van de 288 prestaties voor een ziekenhuisbezoek (97.2222%) werden dus onterecht aangerekend.

Verklaring van Dr. A... in het proces-verbaal van verhoor van 27/04/2022:

“...Ik geef toe dat ik niet telkens een (gepland) fysiek overleg heb gehad met de ziekenhuisartsen. Ik ga niet tegen deze ziekenhuisartsen in gaan. In dat opzicht ga ik akkoord dat er ziekenhuisbezoeken zijn die ik aangerekend heb en die ik niet heb uitgevoerd zoals in de wet beschreven. Ik heb wekelijkse aanrekeningen gedaan maar ik geef toe dat ik niet steeds wekelijks een fysiek overleg heb gehad die aan de wettelijke voorwaarden voldoet.”

Berekening van het onverschuldigd bedrag:

Op basis van de in de steekproef vastgestelde proportie onterechte aanrekening werd een eenzijdig 97.5% betrouwbaarheidsinterval berekend voor de proportie onterechte aanrekening in het gehele steekproefkader.

Het doel van deze berekening is het bepalen van een ondergrenswaarde zodanig dat het risico dat deze alsnog een overschatting zou zijn van de werkelijke proportie onterechte aanrekening in het steekproefkader gereduceerd wordt tot minder dan 2,5% zoals voorgeschreven door art. 146, § 2/1 van de GvU-Wet.

Na uitvoering van deze procedure wordt een geschatte ondergrens van 92,5312% bekomen voor het percentage onterechte aanrekening in het gehele steekproefkader.

Dit houdt in dat 92,5312% van het door de ziekteverzekering betaalde bedrag van € 68.585,86 voor de prestatie 109723 ten laste wordt gelegd, zijnde een bedrag van € 63.463,31.

- Verweerders stellen dat de DGEC geen onderzoek naar het “bezoek” aan de patiënt heeft gevoerd.

- Onder ‘bezoek’ wordt verstaan, het onderzoek van de zieke in zijn verblijfplaats met het oog op diagnose of behandeling van een aandoening. In het voor bezoek vastgestelde honorarium is de vergoeding begrepen voor het opmaken en ondertekenen van de bescheiden in verband met dat onderzoek of waarom de zieke naar aanleiding van dat bezoek vraagt.

In casu werden de patiënten niet verhoord door de sociaal-inspecteurs van de DGEC. Een verzekerde, die opgenomen is in een ziekenhuis, kan op het ogenblik van het bezoek van de huisarts op de operatietafel liggen, kan net voor een medisch onderzoek weg zijn, kan gesedeerd zijn, kan op intensive care liggen, kan verward zijn door een anesthesie. Aangezien de verklaringen van een gehospitaliseerde patiënt in twijfel getrokken zou kunnen worden, werden deze niet verhoord. Er werd voor geopteerd de ziekenhuisartsen te bevragen aan de hand van een schriftelijke vragenlijst. De medische dossiers, medische verslagen of ontslagbrief van verzekerden werden ook opgevraagd.

Wat betreft de psychiatrische gehospitaliseerde patiënten wordt opgemerkt dat dit zeer kwetsbare personen (ernstige depressie, psychose, ernstige verslavingsproblematiek, enz.) zijn, waarbij de vertrouwensband tussen de patiënt en de behandelende arts zeer belangrijk is. Het gaat bovendien om patiënten die zo ernstig psychisch ziek waren dat een hospitalisatie mogelijks zelfs in opname in een gesloten afdeling noodzakelijk was. Een verhoor van deze zeer kwetsbare patiënten kan de arts-patiënt relatie ondermijnen. Het betreft patiënten van Dr. D..., Dr. E..., Dr. F..., Dr. G..., Dr. H..., dr. I...en Dr. J....

Dr. A... heeft de prestatie 109723 aangerekend in ziekenhuizen over heel Vlaanderen (van XXXX tot XXXX). Hij verplaatst zich dus over het ganse land om patiënten te gaan bezoeken én onderzoeken. Hij kan niet objectief aantonen dat hij dit effectief gedaan heeft.

Hij noteert niets in zijn dossiers over het ziekenhuis waar de patiënt gehospitaliseerd is, hij noteert alleen maar standaardzinnen over een bespreking. Hij zou dus volgens de verweermiddelen bepaalde patiënten wekelijks “onderzoeken” in een psychiatrisch ziekenhuis en dit ook tijdens de COVID-periode. Voor een onderzoek van een psychiatrische patiënt heeft een arts tijd nodig. Dr. A... zou zich dan niet alleen verplaatsen van XXXX naar bijvoorbeeld XXXX, dit wekelijks gedurende meer dan een jaar. Op dezelfde dagen zou hij dan ook nog andere patiënten over heel Vlaanderen gaan bezoeken en onderzoeken en tegelijkertijd consultaties doen in zijn eigen solopraktijk zonder administratieve hulp (hij neemt zelf de telefoons aan van de patiënten) en ook nog huisbezoeken van patiënten.

Bovendien verklaren de artsen van deze psychiatrische ziekenhuizen dat zij nooit overleg met huisartsen hebben. Bijvoorbeeld Dr. H... van het K... te XXXX verklaarde dat hij nooit overleg met huisartsen heeft, maar Dr. A... beweert dat hij daar wekelijks zijn patiënt is gaan bezoeken en onderzocht heeft en dit gedurende meer dan een jaar. Dr. A... rekent een ziekenhuisbezoek aan bij patiënten waar hij dezelfde week een consultatie heeft aangerekend. De patiënt was dan waarschijnlijk opgenomen in het dagziekenhuis en kwam bovendien ook nog naar de praktijk voor een consultatie. Er kan ook de vraag gesteld worden naar de meerwaarde van het onderzoek van Dr. A... in het ziekenhuis. Dr. A... bleef het antwoord schuldig hoe hij dit gedaan zou hebben tijdens de COVID-periode.

Tijdens het eerste verhoor dd. 27/09/2021 werd aan dr. A... gevraagd of hij gekend was met de terugbetalingsvoorwaarden van het nummer 109723 en hij heeft dan niets verklaard over een bezoek aan de patiënt. Dr. A... heeft tijdens de twee verhoren nooit verklaard dat hij steeds de patiënt bezocht heeft en onderzocht. De verhoren gingen over het contact met de ziekenhuisartsen en wat hij als verslag genoteerd heeft in het dossier.

- Verweerders stellen dat wanneer er effectief een fysiek overleg met de ziekenhuisarts nodig zou zijn voor de aanrekening van het Nomenclatuurnummer 109723, een bijkomende voorwaarde wordt gecreëerd die dr. A... niet terugvindt in de Nomenclatuur.

- 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).

De nomenclatuurcode 109723 bepaalt:

109723 Bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts

N 5, 6 + D6 + E1

De terugbetaling van het ziekenhuisbezoek door de behandelende huisarts (109723) wordt éénmaal per week toegekend en wordt niet gecumuleerd met de terugbetaling voor andere geneeskundige zorgen door deze arts.

De huisarts noteert in zijn dossier een rapport met betrekking tot het overleg met de ziekenhuisarts.

Nomenclatuurcode 109723 betreft ‘Het bezoek in het ziekenhuis (...)’. Voor het aanrekenen van dit nummer is dus wel degelijk een (fysiek) overleg met de ziekenhuisarts tijdens het bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts nodig en moet dit in het dossier genoteerd worden. Dit blijkt uit de tekst van code 109723 zelf.

Een telefoongesprek kan geenszins gelijkgesteld worden met een 'bezoek in het ziekenhuis'. Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Er wordt dus geen bijkomende voorwaarde aan de nomenclatuur toegevoegd.

Dr. A... geeft, na het ontvangen van het proces-verbaal van vaststelling, een eigen interpretatie aan de nomenclatuur en dit in strijd is met zijn eigen algemene verklaring, namelijk dat de fysieke contacten met de ziekenhuisartsen niet altijd plaats hebben gevonden. Hij heeft tijdens de twee verhoren niet verklaard dat hij telefonische of andere contacten heeft gehad met ziekenhuisartsen, en ook niet dat hij wel degelijk de patiënt heeft bezocht.

Het meest opvallende voorbeeld zijn de contacten met de ziekenhuisartsen die tewerkgesteld zijn in verschillende ziekenhuizen in de regio XXXX. Daar heeft hij specifiek verklaard dat hij niet in XXXX is geweest, dus hij kan dan volgens zijn interpretatie van de nomenclatuur de patiënt niet bezocht hebben, noch onderzocht hebben.

Er wordt ook gewezen op de vragenlijsten waar de ziekenhuisartsen tweemaal "neen" hebben geantwoord, dus er was noch telefonisch, noch fysiek overleg met huisartsen.

- Verweerders stellen, ondergeschikt, dat het gevoerde onderzoek door de DGEC uitermate gebrekkig is. De DGEC trekt *in casu* conclusies uit feiten die zij niet heeft bewezen op basis van het gevoerde onderzoek. De DGEC concludeert o.b.v. verschillende verklaringen van artsen dat er NOOIT een fysiek overlegmoment met dr. A... heeft plaatsgevonden, daar waar dit niet met zekerheid uit de verklaringen in haar onderzoeksdossier blijkt, aldus verweerders. Niet limitatief geeft dr. A... enkele voorbeelden van dergelijke tegenstrijdigheden en bijgevolg foutieve gevolgtrekking vanwege de DGEC. Uit minstens 21 van de 50 verklaringen van artsen, waarin de tenlasteleggingen lastens dr. A... werden weerhouden, blijkt dus dat deze tenlasteleggingen allerminst bewezen zijn.

- De vragenlijst voor de ziekenhuisartsen werd dusdanig opgesteld dat de ziekenhuisartsen één en ander konden aangeven:

* Contacteren huisartsen u telefonisch over hun patiënten die gehospitaliseerd zijn?
* Heeft u een fysiek overleg met huisartsen binnen de muren van het ziekenhuis over hun patiënten die gehospitaliseerd zijn? Er werd ook gevraagd naar de namen van de 5 huisartsen met wie zij het meest of het vaakst een fysiek overlegmoment hebt in het ziekenhuis.

- Dr. L...

Dr. L... antwoordde dat zij geen fysiek overleg heeft met huisartsen binnen het ziekenhuis. Ze gaf als bijkomende info 'Te zeldzaam'.

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het overleg met Dr. L... hebben plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Patiënt M...XXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0199) en uit de medische verslagen en ontslagbrieven van de ziekenhuisopname (zie stuk 0200) blijkt: M...was gehospitaliseerd in het N... te XXXX, Dienst geriatrie van 31/08/2019 tot en met

04/09/2019 wegens koorts en algemene malaise. Zij werd opgenomen ter observatie, doch bleef klachtenvrij. Zij kon het ziekenhuis verlaten op 04/09/2019.

Patiënt O... XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0068) en uit de medische verslagen en ontslagbrieven van de ziekenhuisopname (zie stuk 0069) blijkt: O... werd op 17/07/2020 opgenomen in het N... te XXXX wegens een femurfractuur links na val. Zij werd heelkundig behandeld en vanaf 25/08/2020 verbleef zij op de dienst geriatrie van het P... te XXXX.

Het betreft een bejaarde dame die tijdens de COVID-pandemie opgenomen was op de Dienst geriatrie. Dr. A... kan deze bezoeken en onderzoeken niet gedaan wegens de COVID-maatregelen. Er was immers geen bezoek toegelaten.

Patiënt Q... XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0297) en uit de medische verslagen en ontslagbrieven van de ziekenhuisopname (zie stuk 0298) blijkt: Q... was gehospitaliseerd gedurende de maand februari 2019 op de Dienst geriatrie van het P... te XXXX. Er is geen medisch—verslag noch ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname terug te vinden in het medisch dossier van de verzekerde.

- Dr. R...

De verklaring van Dr. R... is duidelijk. Dr. R... antwoordde dat zij geen fysiek overleg met huisartsen heeft binnen de muren van het ziekenhuis over gehospitaliseerde patiënten, uitgezonderd op het MOC (Multidisciplinair oncologisch consult). (zie stuk 0639). Van het MOC wordt een verslag opgemaakt met een lijst van de aanwezige artsen en er kan een eigen nomenclatuurnummer aangerekend worden voor deelname aan het MOC. Er is geen verslag van het MOC in het medisch dossier van de verzekerde terug te vinden. Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het overleg met Dr. R... heeft plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Patiënt S... XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0092) en uit de medische verslagen en ontslagbrieven van de ziekenhuisopname (zie stuk 0093) blijkt: S... was gehospitaliseerd in het N... juli-augustus 2018 wegens een letsel in de linker long en een spontane klaplong.

Er is geen verslag van het MOC in het medisch dossier van de verzekerde terug te vinden.

Er kan de vraag gesteld worden naar de medische meerwaarde van het bezoek en onderzoek van Dr. A... in het ziekenhuis van een zwaar zieke patiënt. Controleert hij of de drain in de borstkas goed geplaatst is door de ziekenhuisartsen? Controleert hij de RX thorax van deze patiënt?

- Dr. T...

Dr. T... antwoordde dat zij uiterst zelden een overleg heeft met een huisarts over gehospitaliseerde patiënten (zie stuk 0613) en deelde mee dat < 10% van de huisartsen

zelf bellen op om de toestand van hun patiënt te bespreken. Zij neemt meestal zelf het initiatief om een huisarts te contacteren.

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het overleg hebben plaatsgevonden. Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden. Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Patiënt U..., XXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0303) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname (zie stuk 0304) blijkt: U... was opgenomen in het V... te XXXX, intensieve zorgen en longziekten, van 26/11/2019 tot en met 06/12/2019 vanwege toegenomen respiratoire klachten in kader van een COPD. Hij kon het ziekenhuis verlaten op 06/12/2019 in goed herstelde toestand. Een controle was voorzien bij de longarts op 31/01/2020.

- Dr. F....

Dr. F.... antwoordde dat zij geen fysiek overleg betreffende gehospitaliseerde patiënten heeft met huisartsen.

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het overleg met Dr. F.... heeft plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend. Bovendien zijn er prestaties aangerekend op datum 07/02/2020, 14/02/2020 en 21/02/2020 voor de twee verzekerden. Deze prestaties zijn ten laste gelegd in tenlastelegging 2 gezien deze aangerekend werden in een periode waarin Dr. A... in het buitenland verbleef!

- Patiënt W..., XXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0122) en uit de medische verslagen en ontslagbrieven van de ziekenhuisopname (zie stuk 0123) blijkt: W... is gehospitaliseerd geweest in X... in 2020, namelijk in de periode januari 2020 – september 2020 en in november 2020. Dit is gedurende de COVID-19 pandemie, dus de periode waarin het verboden was om bezoeken af te leggen in de ziekenhuizen.

Patiënt Y..., XXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0024) en uit de medische verslagen en ontslagbrieven van de ziekenhuisopname (zie stuk 0035) blijkt: Y... is gehospitaliseerd geweest in het psychiatrisch ziekenhuis X... te XXXXX van 14/03/2018 tot 13/07/2020 wegens psychische problemen ten gevolge van cannabis, misbruik en psychosociale problemen. Bij deze patiënt heeft Dr. A... de prestatie 109723 tot 114 maal aangerekend.

Volgens de verweermiddelen is de conclusie van de DGEC verkeerd en zou er wel degelijk overleg zijn geweest, desnoods telefonisch.

Dr. A... kan niet aantonen dat er overleg is geweest. Hij zou bezoeken afgelegd hebben in een periode dat dit niet toegestaan was. Bovendien is het opmerkelijk dat hij in deze psychiatrische ziekenhuizen vrije toegang zou hebben om deze patiënten te onderzoeken, zonder medeweten van de psychiaters. Dr. A... beweert dat hij de patiënten niet alleen bezoekt maar ook onderzoekt, hetgeen hij niet kan documenteren. Ook hier stelt zich de vraag hoe heeft hij dit kunnen doen zonder medeweten van de

psychiaters, psychologen en ander personeel? Wat met de patiënten die eventueel op een gesloten afdeling opgenomen zijn? Heeft hij zijn bevindingen in het medisch dossier van de patiënt genoteerd? In de medische verslagen die beschikbaar zijn is er zeker niets vermeld van een overleg met Dr. A....

- Dr. Z...

Dr. Z... antwoordde dat hij zeer zelden een fysiek overleg over gehospitaliseerde patiënten heeft met huisartsen.

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het overleg met Dr. Z... heeft plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

- Dr. D...

Dr. D... antwoordde dat hij Dr. A... één- tot tweemaal heeft ontmoet gedurende zijn loopbaan en daarom werden niet alle aangerekende prestaties 109723 ten laste gelegd. In het onderzoek werd gebruik gemaakt van een statistische steekproef en er werden aldus een zeker percentage prestaties "statistisch gezien" aanvaard, maar werden andere prestaties wel ten laste gelegd. Op blz. 15 tot en met pagina 26 van de PV van vaststelling is een lijst te vinden met de prestaties die aanvaard werden als correct aangerekend. Vanuit deze lijst werd door de Datacel verder berekend in kader van de wettelijke steekproef (zie bijlage 1 van de Datacel bij de synthesenota)

Op pagina 22 van de PV van vaststelling zijn de prestaties terug te vinden die werden aangerekend op naam van de verzekerde en welke aanvaard werden.

2021- [REDACTED] -00001-0611

22

[REDACTED]	26Feb2019	neen
[REDACTED]	15Mar2019	neen
[REDACTED]	22Mar2019	neen
[REDACTED]	29Mar2019	neen
[REDACTED]	05Apr2019	neen
[REDACTED]	12Apr2019	ja
[REDACTED]	19Apr2019	ja
[REDACTED]	12Jan2019	neen
[REDACTED]	28May2019	neen

Het is uitgesloten dat alle aangerekende ziekenhuisbezoeken en overleg plaats gevonden hebben met Dr. D....

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Het betreft prestaties aangerekend bij patiënt: XA..., XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0114) en uit de medische verslagen en ontslagbrief van de ziekenhuisopname (zie stuk 0115) blijkt: XA... was opgenomen in het XB... te XXXX van 15/03/2019 tot en met 24/04/2019, PAAZ afdeling wegens een depressie.

- Dr. XC...

Dr. XC... antwoordde dat zij wel fysiek overleg heeft met huisartsen binnen de muren van het ziekenhuis betreffende gehospitaliseerde patiënten. Het betreft fysieke overlegmomenten, minder dan 1 maal per maand, en zij vernoemde Dr. A... niet. (zie stuk 0665)

Deze ziekenhuisarts geeft een lijst van huisartsen waarmee zij wel overleg heeft. Het antwoord van Dr. XC... is duidelijk, zeker gezien de frequentie waarmee Dr. A... aangeeft dat hij overleg heeft met ziekenhuisartsen en zijn patiënten bezoekt en onderzoekt in het ziekenhuis.

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het fysiek overleg met Dr. XC... hebben plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Verweerders zijn van mening dat de conclusie van de DGEC verkeerd is omdat Dr. XC...de naam van Dr. A... niet doorgeeft als een huisarts waarmee de ziekenhuisarts het vaakst overleg heeft. Het feit dat Dr. A... niet in de top 5 staat zou volgens de verdediging betekenen dat Dr. A... toch overleg zou hebben met de ziekenhuisarts.

Het feit dat Dr. A... al jaren de nummer 1 is in België voor het aanrekenen van deze prestatie wordt hier over het hoofd gezien door de verdediging.

Gedetailleerd profiel boekhoudperiode 2020

Applied filters: (Nomenclatuurcode equal to 109723 AND Boekhoudperiode equal to 2020) AND (Alle zorgv Terugbetaling: pct (100=max) greater than or equal to 95,00

RIZIV nummer zorgverstrekker	Gekozen zorgv Aantal prestaties (b)	Gekozen zorgv Terugb. (a)	Alle zorgv Prestaties: rang (1=max)	Alle zorgv Prestaties: pct (100=max)	Alle zorgv Terugbetaling: rang (1=max)	Alle zorgv Terugbetaling: pct (100=max)	Aantal zorgv	Aantal prestaties populatie (b)	Terugbetaling populatie (a)	Aantal prestaties alle zorgv mediaan	Terugbetaling alle zorgv mediaan
	932	30.105,72	1	100,00	1	100,00	1.522	20.650	663.263,58	3	95,13
	313	10.122,41	3	99,87	2	99,93	1.522	20.650	663.263,58	3	95,13

Gedetailleerd profiel boekhoudperiode 2019

Applied filters: (Nomenclatuurcode equal to 109723 AND Boekhoudperiode equal to 2019) AND (Alle zorgv Terugbetaling: pct (100=max) greater than or equal to 95,00

RIZIV nummer zorgverstrekker	Gekozen zorgv Aantal prestaties (b)	Gekozen zorgv Terugb. (a)	Alle zorgv Prestaties: rang (1=max)	Alle zorgv Prestaties: pct (100=max)	Alle zorgv Terugbetaling: rang (1=max)	Alle zorgv Terugbetaling: pct (100=max)	Aantal zorgv	Aantal prestaties populatie (b)	Terugbetaling populatie (a)	Aantal prestaties alle zorgv mediaan	Terugbetaling alle zorgv mediaan
	1.017	31.567,41	1	100,00	1	100,00	2.193	44.682	1.416.729,16	4	114,74
	609	19.004,40	2	99,95	2	99,95	2.193	44.682	1.416.729,16	4	114,74

- Dr. XD...

Dr. XD... antwoordde dat zij geen systematisch fysiek overleg heeft met huisartsen. Zij heeft geen fysiek overleg met huisartsen maar indien dit gewenst is kunnen de huisartsen een afspraak maken. (zie stuk 0654) Dr. A... kan ook niet bewijzen dat hij effectief een afspraak heeft gehad met Dr. XD.... Dit zou hij kunnen aantonen door zijn agenda voor te leggen.

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het fysiek overleg met Dr. XD... heeft plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Patiënt: XE... XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde, opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0104) en uit de medische verslagen en ontslagbrieven van de ziekenhuisopname (zie stuk 0105) blijkt : XE... was opgenomen in het revalidatie ziekenhuis XF... te XXXX van 12/06/2019 tot en met 28/07/2019 na een heelkundige ingreep (heupprothese links wegens subcapitale heup fractuur). Op 28/07/2019 kwam zij ten val en brak de rechter heup. Zij werd operatief behandeld in het N... en was aldaar opgenomen van 28/07/2019 tot en met 05/08/2019. Zij keerde terug naar het revalidatiecentrum XF... op 05/08/2019 en revalideerde verder tot en met 14/09/2019.

Dr. A... kan niet aantonen in zijn agenda dat hij effectief een afspraak heeft gehad met Dr. XD..., en dit voor alle 10 prestaties 109723 die ten laste gelegd zijn. Het gaat hier over de periode juni 2019 tot en met september 2019 en dan zou hij dus in deze korte periode 10 maal een afspraak hebben gehad met Dr. XD..., terwijl zij antwoordt dat zij geen systematisch overleg heeft met huisartsen.

- Dr. XG...

Zij antwoordde dat zij wel fysiek overleg heeft met huisartsen binnen de muren van het ziekenhuis en dit eenmaal per week op haar kantoor. Zij vernoemde ook vijf huisartsen met wie zij vaak overleg heeft, doch ze vernoemde Dr. A... niet in deze opsomming. (zie stuk 0664).

Dr. A... heeft de prestatie 109723 aangerekend voor een fysiek overleg op 16/07/2018 met Dr. XG.... Gezien Dr. XG... antwoordde dat zij wel fysiek overleg heeft met huisartsen binnen de muren van het ziekenhuis werd deze prestatie niet ten laste gelegd.

Patiënt: XH...

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0026) blijkt: XH... was opgenomen in het XB... te XXXX, dienst geriatrie, in de maand juli 2018. Er zijn geen medische verslagen en ontslagbrieven in het dossier van de verzekerde.

Er werden geen prestaties ten laste gelegd omdat Dr. XG... antwoordde dat zij wel fysiek overleg heeft met huisartsen binnen de muren van het ziekenhuis.

- Dr. G...

Dr. G... is psychiater maar tijdens het verhoor van 27/04/2022 kon Dr. A... zich deze arts niet herinneren. Hij dacht dat het om een nefrologe ging.

Dr. A... verklaarde tijdens het verhoor van 27/04/2022 dat hij overleg heeft gehad met Dr. G....

Dr. G... antwoordde dat zij zelden een fysiek overleg met huisartsen heeft voor de bespreking van hun gehospitaliseerde patiënt, namelijk minder dan eenmaal per maand.

Bovendien heeft Dr. G... op 04/01/21 een opnamemelding geschreven, gericht aan Dr. A..., en in dit verslag is niets vermeld over een fysiek overleg met Dr. A... dezelfde dag. Er is te lezen in het verslag dat Dr. A... een ontslagbrief mag verwachten bij ontslag van zijn patiënt.

Het is uitgesloten dat het ziekenhuisbezoek en het fysiek overlegmoment van 04/01/2021 met Dr. G... heeft plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestatie wordt beschouwd als ten onrechte aangerekend.

- Patiënt XJ... XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde, opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0411), en uit de medische verslagen en ontslagbrief van de hospitalisatie (zie stuk 0412) blijkt: XJ... werd opgenomen in de PAAZ van het XB... te XXXX op 03/01/2021 wegens een psychische decompensatie. Hij werd ontslagen uit het ziekenhuis op 05/01/2021.

Het argument van de verdediging kan niet aanvaard worden aangezien er een medisch verslag is in het dossier betreffende de opname van zeer korte duur. Het verslag is opgemaakt door Dr. G... op dezelfde dag dat Dr. A... zelf beweert dat hij de patiënt bezocht en onderzocht heeft.

- Dr. H...

Deze arts wordt niet vernoemd in de verweermiddelen. Dit geval wordt hier besproken omdat het de ongeloofwaardigheid van de beweringen van Dr. A... en zijn verdediging aantoont.

Dr. H... is psychiater in het K... te XXXX (noorden van de provincie XXXX). Hij antwoordde dat hij geen overleg heeft met huisartsen betreffende gehospitaliseerde patiënten (zie stuk 0668).

- Patiënt XK..., XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0028) blijkt: XK... was gehospitaliseerd in het K... te XXXX van december 2018 tot januari 2021. Er is geen medisch of psychologisch verslag en ook geen ontslagbrief aanwezig in het medisch dossier.

Dr. A... heeft de prestatie 109723 100 maal aangerekend, ook op kerst- en oudejaarsavond in 2018 en 2019. Hij heeft de prestatie 109723 ook aangerekend op 04/02/2020 voor deze verzekerde. Deze prestatie werd ten laste gelegd in tenlastelegging 2 gezien deze werd aangerekend tijdens de periode dat Dr. A... in het buitenland verbleef.

Bovendien heeft hij de prestatie aangerekend tijdens de COVID-pandemie en waren bezoeken in het ziekenhuis, ook psychiatrisch ziekenhuis, verboden.

Uit de Excel tabel in verband met de TLL:

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	RRNR	Naam	Voornaam	Prestatie	dbegin_care	reception_date	qt	amount_reiml
730				109723	07Jan2020	10Dec2020	1	29,73
731				109723	14Jan2020	10Dec2020	1	29,73
732				109723	21Jan2020	10Dec2020	1	29,73
733				109723	28Jan2020	10Dec2020	1	29,73
880				109723	02Mar2020	18Jan2021	1	29,73
881				109723	09Mar2020	18Jan2021	1	29,73
882				109723	16Mar2020	18Jan2021	1	29,73
883				109723	23Mar2020	18Jan2021	1	29,73
884				109723	09Apr2020	18Jan2021	1	29,73
885				109723	16Apr2020	18Jan2021	1	29,73
886				109723	23Apr2020	18Jan2021	1	29,73
887				109723	30Apr2020	18Jan2021	1	29,73
888				109723	07May2020	18Jan2021	1	29,73
889				109723	14May2020	18Jan2021	1	29,73
890				109723	21May2020	18Jan2021	1	29,73
891				109723	28May2020	18Jan2021	1	29,73
892				109723	04Jun2020	18Jan2021	1	29,73
893				109723	11Jun2020	18Jan2021	1	29,73
894				109723	18Jun2020	18Jan2021	1	29,73
895				109723	25Jun2020	18Jan2021	1	29,73
896				109723	02Jul2020	18Jan2021	1	29,73
897				109723	09Jul2020	18Jan2021	1	29,73
898				109723	16Jul2020	18Jan2021	1	29,73
899				109723	23Jul2020	18Jan2021	1	29,73
900				109723	30Jul2020	18Jan2021	1	29,73
901				109723	06Aug2020	18Jan2021	1	29,73
902				109723	13Aug2020	18Jan2021	1	29,73
903				109723	20Aug2020	18Jan2021	1	29,73
904				109723	27Aug2020	18Jan2021	1	29,73
905				109723	03Sep2020	18Jan2021	1	29,73
906				109723	10Sep2020	18Jan2021	1	29,73
907				109723	17Sep2020	18Jan2021	1	29,73

- Dr. XL...

Dr. XL... antwoordde dat zij fysiek overleg betreffende gehospitaliseerde patiënten heeft met huisartsen, 1x/maand, maar zij vernoemde in haar antwoord Dr. A... niet. (zie stuk 0634).

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het overleg met Dr. XL... heeft plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Patiënt XM... XXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0156) en uit de medische verslagen en ontslagbrief van de ziekenhuisopname (zie stuk 0157) blijkt: XM... was opgenomen in het V... op de Dienst neurochirurgie van 26/12/2020 tot en met 11/01/2021 voor heelkundige behandeling van een hersenabces. Het hospitalisatieverloop was ongecompliceerd.

XM... werd gehospitaliseerd in het XN... te XXXX op de afdeling Geriatrie G03SJ van 11/01/2021 tot en met 20/01/2021 na de heelkundige ingreep voor verdere langdurige antibioticum kuur. Ondanks maximale therapie was er verdere deterioratie van de toestand en de verzekerde overleed op 20/01/2021.

Dr. A..., de topper voor het aanrekenen van de prestatie 109723, is niet gekend door deze ziekenhuisarts. Dr. A... zelf beweert dat hij in de periode december 2020 tot en met januari 2021 (COVID-periode) viermaal een overleg heeft gehad met Dr. XL....

- Dr. XO...

Dr. XO... antwoordde dat zij wel fysiek overleg heeft met huisartsen betreffende gehospitaliseerde patiënten. Zij vernoemde enkele huisartsen in haar antwoord, doch zij schrijft niets over Dr. A... (zie stuk 0609 en stuk 0620).

Het is uitgesloten dat de aangerekende ziekenhuisbezoeken en fysieke overlegmomenten met Dr. XO... hebben plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden aanzien als ten onrechte aangerekend.

Patiënt: XP...XXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0029) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname (zie stuk 0043) blijkt: XP... werd gehospitaliseerd in het XN... te XXXX op de Dienst geriatrie en revalidatie in de periode van 21/01/2019 tot en met 29/01/2019, 11/11/2019 tot en met 07/12/2019, van 19/02/2020 tot en met 20/03/2020. Hij werd gehospitaliseerd vanwege algemene malaise, indeukingsfractuur ter hoogte van de thoracale wervel 11, pneumonie en ernstig emfyseem.

Ook hier heeft de ziekenhuisarts Dr. A... niet vernoemd in de lijst van huisartsen met dewelke ze overleg heeft, desondanks dat Dr. A... de topper is in België. Bovendien heeft hij de prestatie 10 maal aangerekend bij deze patiënt. Het is toch opvallend dat een ziekenhuisarts niet zou herinneren dat zij dan gedurende enkele maanden wekelijks overleg heeft met dezelfde huisarts. Van deze 10 prestaties werden er 9 prestaties ten laste gelegd in tenlastelegging 1 en 1 prestatie in tenlastelegging 2 (periode dat Dr. A... op vakantie was).

- Dr. XQ...

Dr. XQ... is op het XP van de bevraging met pensioen. Hij heeft telefonisch geantwoord dat hij tijdens zijn actieve carrière wel telefonisch contact had met huisartsen en dit op het vast telefoonnummer van de dienst waar hij tewerkgesteld was. Hij antwoordt dat hij nooit een fysiek overlegmoment heeft gehad met huisartsen voor overleg van de gehospitaliseerde patiënten. Er werd geen verslag van feiten van dit telefonisch overleg gemaakt.

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en de fysieke overlegmomenten met Dr. XQ... hebben plaatsgevonden en deze worden aanzien als ten onrechte aangerekend.

Patiënt XE... XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerden opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0104) en uit de medische verslagen en ontslagbrieven betreffende de ziekenhuisopnames (zie stuk 0105) blijkt: XE... was gehospitaliseerd in het N... te XXXX van 03/06/2019 tot en met 12/06/2019 voor het plaatsen van een linker heupprothese na een val waarbij zij een fractuur opgelopen heeft. Zij ging revalideren in XF... te XXXX en kwam aldaar ten val op 28/07/2019 met als gevolg een fractuur ter hoogte van de rechter heup. Zij werd opgenomen in het N..., Dienst heelkunde, van 28/07/2019 tot en met 05/08/2019 voor het plaatsen van een rechter heupprothese.

Patiënt XR... XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerden opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0414) en uit de medische verslagen en ontslagbrieven betreffende de ziekenhuisopnames (zie stuk 0415) blijkt: XR... was gehospitaliseerd op 12/11/2019 in het N..., dienst heelkunde, te XXXX voor heelkundige behandeling van een rechter elleboogfractuur na een verkeersongeval met de fiets op 10/11/2019.

Dr. A... heeft meerdere prestaties 109723 aangerekend bij patiënten die in behandeling zijn geweest bij Dr. XQ.... Men kan zich de vraag stellen waarom Dr. A... deze chirurgische patiënten gaat bezoeken en onderzoeken, zoals hij zelf beweert. Welke chirurgische praktijk heeft Dr. A..., welke een meerwaarde zou zijn voor de patiënt, over de chirurgie van een heupprothese en een elleboogfractuur. Evalueert hij dan of de chirurg correct geopereerd heeft? Controleert hij de wondzorg etc.? Dr. A... kan hier op geen enkele wijze aantonen dat hij de patiënt onderzocht heeft en zijn bevindingen gedeeld heeft met de chirurg.

- Dr. XS...

Dr. XS... antwoordde 'neen' dat zij geen vast fysiek overleg heeft met huisartsen binnen de muren van het ziekenhuis. Het komt voor dat er een overleg is, op vraag van de huisarts maar dit is beperkt tot minder dan 1 maal per maand. (zie stuk 0673 en stuk 0675).

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

De aangerekende ziekenhuisbezoeken worden aanzien als ten onrechte aangerekend.

Patiënt XT... XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0407) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname (zie stuk 0408) blijkt: XT... was opgenomen in het V... te XXXX van 28/12/2018 tot en met 04/01/2019, op de afdeling neurologie wegens een acuut iCVA. Zij recupereerde volledig en kon het ziekenhuis verlaten op 04/01/2019.

Dr. A... kan hier niet aantonen dat hij de patiënt bezocht en onderzocht heeft. Hij kan zijn bevindingen van zijn onderzoek niet voorleggen. Bovendien zou het gaan over bezoeken op intensieve zorgen. Waarom zou hij een patiënt die op intensieve zorgen ligt onderzoeken? Een huisarts heeft niet de kennis van de zorg op een afdeling intensieve zorgen en bovendien is dit medisch gezien zeer ongebruikelijk. Er is geen enkele meerwaarde voor de patiënt dat zij ook nog eens onderzocht wordt door een huisarts die geen kennis heeft van intensieve zorgen.

- Dr. XU...

Dr. XU... antwoordde dat zij geen fysiek overleg betreffende gehospitaliseerde patiënten heeft met huisartsen. (zie stuk 0643 en stuk 0645).

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het overleg met Dr. XU... heeft plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Patiënt XV....

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0016) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname (zie stuk 0039) blijkt: XV.... was opgenomen in het V..., dienst nefrologie van 07/08/2020 tot en met 14/08/2020 wegens nierfalen.

Dr. A... heeft de prestatie 109723 aangerekend in augustus 2020, dus in volle COVID-19 pandemie en bovendien de maand dat er een lockdown in de provincie XXXX was. Indien Dr. A... deze ziekenhuisbezoeken uitgevoerd zou hebben, heeft hij de richtlijnen van de overheid en het ziekenhuis geschonden. Deze ziekenhuisbezoeken kunnen niet uitgevoerd zijn, want ze waren verboden.

- Dr. XW...

Dr. XW... antwoordde dat hij voor de COVID-19 pandemie overleg had met huisartsen betreffende gehospitaliseerde patiënten, maar beperkt tot 1 à 2 maal per jaar. Sinds de COVID-19 pandemie zijn er geen fysieke overlegmomenten meer geweest. (zie stuk 0638).

Het is uitgesloten dat de aangerekende ziekenhuisbezoeken en fysieke overlegmomenten met Dr. XW... hebben plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden aanzien als ten onrechte aangerekend.

Patiënt XX... 39113032856

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0027) blijkt: XX... was gehospitaliseerd in het V... te XXXX gedurende de maand augustus 2020. Er is geen medisch verslag noch ontslagbrief aanwezig in het medisch dossier van de verzekerde.

Concreet gaat het hier over augustus 2020, in volle COVID-19 pandemie en bovendien lockdown in de provincie XXXX. Dr. A... heeft bovendien 5 prestaties 109723 aangerekend gedurende één maand. Dat op zich is al meer dan het aantal dat Dr. XW... aangeeft voor de periode van voor de COVID-19 pandemie. De prestaties die bij deze patiënt aangerekend werden, gaan over de maand augustus 2020 (tijdens de COVID-19 pandemie). Deze ziekenhuisbezoeken kunnen niet uitgevoerd zijn, want ze waren verboden.

- Dr. XY...

Dr. XY... verkoos om de vragenlijst niet in te vullen gezien hij met pensioen is sinds 01/12/2020. (zie stuk 0666)

Dr. A... verklaarde tijdens het verhoor van 27/04/2022 dat hij de prestatie 109723 heeft aangerekend voor prestaties die hij niet heeft uitgevoerd.

Dr. A... kan niet aantonen dat hij de patiënt bezocht heeft en onderzocht, noch dat hij een overleg heeft gehad met de ziekenhuisarts.

Deze prestaties worden aanzien als ten onrechte aangerekend.

Patiënt: XZ...

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0175) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de hospitalisatie (zie stuk 0176) blijkt: XZ...was gehospitaliseerd in het XB... van 21/10/2019 tot en met 25/10/2019, Dienst orthopedie, voor een knieoperatie.

De algemene verklaring van Dr. A... is zeer duidelijk en bovendien heeft hij tijdens het verhoor van 27/04/2022 verklaard dat hij niet alle prestaties heeft uitgevoerd en dat hij de prestatie automatisch aangerekend heeft. Bovendien is er geen enkele medische meerwaarde voor de patiënt dat Dr. A... de patiënt bezoekt en onderzoekt in het ziekenhuis. De patiënt heeft een operatie ondergaan aan de knie en de vraag is welke specifieke orthopedische en postoperatieve kennis Dr. A... heeft om een medisch oordeel te vellen over de operatie.

- Dr. I...

Dr. I...antwoordde in vragenlijst ingevuld en getekend op 20/03/2022 dat hij zowel telefonisch als fysiek overleg heeft met huisartsen betreffende hun patiënten die

gehospitaliseerd zijn, doch deze fysieke overlegmomenten beperkt zijn tot minder dan eenmaal per maand. Het gaat hoofdzakelijk om een contact in kader van het opmaken van documenten voor een bewindvoering of een gedwongen opname. Hij vernoemde hier niet Dr. A.... De verklaring van Dr. I... is zeer duidelijk Dr. A... heeft de prestatie 109723 wekelijks aangerekend, zelfs op kerst- en oudejaarsavond in 2018. Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het overleg met Dr. I... heeft plaatsgevonden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

- Patiënt AX... XXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0018) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname (zie stuk 0040) blijkt: AX... was gehospitaliseerd in de PAAZ van het XB... vanaf 01/12/2018. Er is geen verslag betreffende deze hospitalisatie in het medisch dossier van de verzekerde. Er is wel een verslag betreffende een ziekenhuisopname van 26/11/2018 tot en met 01/12/2018 op de urgentieafdeling psychiatrie van het BX.... Zij werd van hieruit doorverwezen naar de PAAZ XB....

- Dr. CX...

Dr. CX... werd aangeschreven op 14/03/2022 door de DGEC met de vraag om een vragenlijst in te vullen betreffende de prestatie "ziekenhuisbezoek door huisartsen". Dr. CX... heeft de vragenlijst ingevuld en getekend op 17/03/2022. Hij heeft geantwoord dat hij geen fysiek overleg heeft betreffende gehospitaliseerde patiënten met huisartsen (zie stuk 0650).

Het is uitgesloten dat het ziekenhuisbezoek en het fysiek overleg met Dr. CX... heeft plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestatie wordt beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Patiënt: XX... XXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0027) blijkt: XX... was, volgens het medisch dossier van Dr. A..., gehospitaliseerd in het V... te XXXX. Er is geen medisch verslag noch ontslagbrief betreffende deze hospitalisatie aanwezig in het medisch dossier.

Dr. A... kan op geen enkele manier aantonen dat hij de patiënt bezocht en onderzocht heeft. Er is geen medische meerwaarde dat hij de patiënt bezoekt en ook nog eens onderzoekt in het ziekenhuis. Het betreft 1 prestatie aangerekend in maand september 2019, dus waarschijnlijk een zeer kort verblijf in het ziekenhuis.

- Dr. DX...

Dr. DX... antwoordde dat hij wel fysiek overleg heeft met huisartsen betreffende gehospitaliseerde patiënten maar dat dit minder dan 1x/maand is en hij vernoemde Dr. A... niet in zijn opsomming. (zie stuk 0627).

Het is uitgesloten dat de ziekenhuisbezoeken en het overleg met Dr. DX... heeft plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden. Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Patiënt: EX...XXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0207) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname (zie stuk 0208) blijkt: EX... was gehospitaliseerd in het V... te XXXX, op de afdeling hartziekten, van 23/12/19 tot en met 30/12/2019, wegens hart decompensatie

Patiënt: FX...XXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerden opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0311) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname (zie stuk 0312) blijkt: FX... was gehospitaliseerd in het V..., afdeling hartziekten, van 07/12/2020 tot en met 08/12/2020, wegens niet specifieke thoracale pijn.

Dr. A... is de topper in België voor het aanrekenen van de prestatie 109723 en Dr. DX... kan hem niet herinneren. Bovendien werkt Dr. DX... in het V..., en dit bevindt zich in XXXX, in de nabijheid van de praktijk van Dr. A....

- Dr. J...

Zij antwoordde dat zij sporadisch fysiek contact heeft met huisartsen, minder dan eenmaal per maand. Het betreft dan specifieke situaties en de enige arts die daar aanwezig is geweest is Dr. GX... (zie stuk 0606). Zij vernoemde op geen enkel moment Dr. A....

- Patiënt HX..., XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0249) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname (zie stuk 0250) blijkt: Volgens het medisch dossier opgemaakt door Dr. A... was HX... gehospitaliseerd in het IX... te XXXX van september 2019 tot januari 2021. Er is geen medisch verslag noch ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname in het IX... in het dossier.

Dr. A... heeft tijdens het verhoor van 27/04/2022 verklaard dat hij overleg heeft gehad met Dr. J..., doch dat er ook wel telefonisch contacten zouden zijn geweest en dat hij de prestatie 109723 automatisch heeft aangerekend, onder andere ook tijdens de COVID-19 pandemie.

Nogmaals is er aangetoond dat Dr. A... de prestatie 109723 automatisch aangerekend heeft, en dit ook tijdens de periode dat hij op vakantie was (zie tenlastelegging 2). Bovendien heeft Dr. A... de prestatie 109723 aangerekend op 06/02/2020, 13/02/2020 en 20/02/2020. Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat de prestaties in de periode van 1 tot en met 21 februari 2020 onmogelijk konden zijn uitgevoerd, wegens het verblijf in buitenland.

In de tabel van de tenlastelegging wordt aangetoond dat Dr. A... de prestatie heeft aangerekend tijdens de COVID-19 pandemie, toen de ziekenhuisbezoeken verboden waren:

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	RRNR	Naam	Voornaam	Prestatie	dbegin_care	reception_date	qt	amount_reiml
730				109723	07Jan2020	10Dec2020	1	29,73
731				109723	14Jan2020	10Dec2020	1	29,73
732				109723	21Jan2020	10Dec2020	1	29,73
733				109723	28Jan2020	10Dec2020	1	29,73
880				109723	02Mar2020	18Jan2021	1	29,73
881				109723	09Mar2020	18Jan2021	1	29,73
882				109723	16Mar2020	18Jan2021	1	29,73
883				109723	23Mar2020	18Jan2021	1	29,73
884				109723	09Apr2020	18Jan2021	1	29,73
885				109723	16Apr2020	18Jan2021	1	29,73
886				109723	23Apr2020	18Jan2021	1	29,73
887				109723	30Apr2020	18Jan2021	1	29,73
888				109723	07May2020	18Jan2021	1	29,73
889				109723	14May2020	18Jan2021	1	29,73
890				109723	21May2020	18Jan2021	1	29,73
891				109723	28May2020	18Jan2021	1	29,73
892				109723	04Jun2020	18Jan2021	1	29,73
893				109723	11Jun2020	18Jan2021	1	29,73
894				109723	18Jun2020	18Jan2021	1	29,73
895				109723	25Jun2020	18Jan2021	1	29,73
896				109723	02Jul2020	18Jan2021	1	29,73
897				109723	09Jul2020	18Jan2021	1	29,73
898				109723	16Jul2020	18Jan2021	1	29,73
899				109723	23Jul2020	18Jan2021	1	29,73
900				109723	30Jul2020	18Jan2021	1	29,73
901				109723	06Aug2020	18Jan2021	1	29,73
902				109723	13Aug2020	18Jan2021	1	29,73
903				109723	20Aug2020	18Jan2021	1	29,73
904				109723	27Aug2020	18Jan2021	1	29,73
905				109723	03Sep2020	18Jan2021	1	29,73
906				109723	10Sep2020	18Jan2021	1	29,73
907				109723	17Sep2020	18Jan2021	1	29,73

- Dr. E...

Dr. E... antwoordde dat zij wel fysiek overleg heeft met huisartsen maar dat dit beperkt is tot één overlegmoment per patiënt per opname.

Er werd rekening gehouden met het antwoord dat er 1 overlegmoment is per patiënt per opname. Per opname per patiënt werd 1 prestatie niet ten laste gelegd.

Op pagina 15 tot en met pagina 26 van de PV van vaststelling is een lijst te vinden met de prestaties die aanvaard werden als correct aangerekend.

Op pagina 21 van de PV van vaststelling zijn de prestaties terug te vinden die werden aangerekend op naam van de verzekerde en welke aanvaard werden. Vanuit deze lijst werd door de Datacel verder berekend in kader van de wettelijke steekproef (zie bijlage 1 van de Datacel bij de synthesesnota)

	27May2019	neen
	23Oct2020	neen
	30Oct2020	neen
	06Nov2020	neen
	13Nov2020	neen
	20Nov2020	neen
	27Nov2020	neen
	04Dec2020	neen
	11Dec2020	neen
	18Dec2020	neen
	28Dec2020	neen
	04Jan2021	neen
	11Jan2021	neen
	18Jan2021	neen
	25Jan2021	ja
	26Nov2019	neen

Het is dus uitgesloten dat alle aangerekende ziekenhuisbezoeken en overleg met Dr. E... hebben plaatsgevonden.

Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden.

Deze prestaties worden beschouwd als ten onrechte aangerekend.

De aangerekende prestaties betreffen patiënt JX....XXXXXXXXXX.

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0337 en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname (zie stuk 0338) blijkt: JX... was opgenomen in X... van 23/10/2020 tot en met 28/01/2021, en specifiek in de periode van 06/01/21 tot en met 28/01/21 in daghospitalisatie wegens psychische decompensatie.

- Specifiek met betrekking tot de patiënten van de afdeling Gynaecologie-verloskunde, moet het volgende opgemerkt worden.

- Patiënte KX...XXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door dr. A... (zie stuk 0051) en uit de medische verslagen en ontslagbrieven van de hospitalisatie (zie stuk 0052) blijkt: KX...verbleef in het V... te XXXX op de afdeling verloskunde-gynaecologie vanaf

29/01/2019. Het betreft een ongecompliceerde keizersnede. Volgens het medisch verslag van deze opname waren er geen complicaties en kon de patiënte het ziekenhuis in goede algemene toestand verlaten.

We stellen ons de vraag welk onderzoek Dr. A... gedaan kan hebben bij deze pas geopereerde patiënte en heeft hij zijn bevindingen gerapporteerd aan Dr. LX... en genoteerd in het ziekenhuisdossier van de patiënte?

Dr. A... verklaarde tijdens het verhoor van 27/04/2022 dat hij de patiënte heeft gezien op 29/01/2019 en dat hij een overleg heeft gehad met Dr. LX.... Dr. LX... antwoordde dat hij geen telefonisch en geen fysiek overleg betreffende gehospitaliseerde patiënten heeft met huisartsen. Het is uitgesloten dat het ziekenhuisbezoek en het overleg met Dr. LX... heeft plaatsgevonden op 29/01/2019. 1 prestatie 109723 wordt beschouwd als ten onrechte aangerekend.

- Patiënte MX... XXXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0070) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de hospitalisatie (zie stuk 0071) blijkt : MX... was gehospitaliseerd in het V... te XXXX in april 2020 in kader van haar bevalling. Er zijn geen medische verslagen noch ontslagbrieven in het medisch dossier van de verzekerde.

In april 2020 was er een lockdown in kader van de COVID-19 pandemie en was bezoek in het ziekenhuis niet toegelaten. Hoe verklaart Dr. A... dat hij een patiënt heeft kunnen bezoeken en onderzoeken, terwijl er geen bezoek toegelaten was in het ziekenhuis? Heeft hij zijn bezoek, onderzoek en bevindingen gerapporteerd aan Dr. NX... en heeft hij deze genoteerd in het ziekenhuisdossier van de patiënte?

Dr. A... verklaarde tijdens het verhoor van 27/04/2022 dat hij een fysiek overleg heeft gehad met Dr. NX.... Dr. NX... antwoordde dat zij geen fysiek overleg heeft met huisartsen betreffende gehospitaliseerde patiënten binnen de muren van het ziekenhuis. Het is dus uitgesloten dat het ziekenhuisbezoek en het overleg met Dr. NX... heeft plaatsgevonden. 1 prestatie 109723 wordt beschouwd als ten onrechte aangerekend.

Deze gynaecologen verklaarden dat zij geen overleg hebben met huisartsen want het gaat om jonge, gezonde vrouwen.

Dr. A... stelt dat hij zijn patiënten bezoekt en onderzoekt in het ziekenhuis.

Deze vrouwen hebben ervoor gekozen om bij de gynaecoloog te gaan voor de opvolging van hun zwangerschap en bevalling in het ziekenhuis bij de door hun zelf gekozen gynaecoloog.

Dr. A... heeft de zwangerschappen niet opgevolgd. Er is niets terug te vinden in het medisch dossier van deze patiënten.

We stellen ons ook de vraag welke onderzoeken hij dan zou hebben gedaan en dit zonder medeweten van de gynaecologen en vroedvrouwen.

Bovendien is er een zuiver medisch aspect, namelijk dat het medisch onverantwoord is om een gynaecologisch onderzoek te doen bij een vrouw die pas bevallen is. Het gevaar voor infectie is zeer groot.

Heeft hij iets genoteerd in het ziekenhuisdossier van de patiënt? Heeft hij zijn bevindingen van zijn onderzoeken gecommuniceerd aan de ziekenhuisartsen en de vroedvrouwen? Hebben de ziekenhuisartsen en/of vroedvrouwen deze bevindingen genoteerd in de dossiers van de patiënten?

Bovendien waren in april 2020 de bezoeken in het ziekenhuis door COVID-19 verboden door de overheid.

- Patiënte OX... XXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0357) en uit de medische verslagen en ontslagbrief betreffende de ziekenhuisopname (zie stuk 0358): Er zijn geen medische verslagen noch ontslagbrieven in het medisch dossier van de verzekerde.

Dr. A... verklaarde tijdens het verhoor van 27/04/2022 dat hij Dr. PX... niet kent en dat hij de prestatie 109723 automatisch heeft aangerekend. Hij verklaarde dat er geen fysiek overleg heeft plaatsgevonden. 1 prestatie 109723 wordt beschouwd als ten onrechte aangerekend omdat deze niet uitgevoerd is.

- Patiënte QX... XXXXXXXXXXXX

Uit het medisch dossier van de verzekerde opgemaakt door Dr. A... (zie stuk 0325) en uit de medische verslagen en ontslagbrief van de ziekenhuisopname (zie stuk 0326) blijkt: QX... was opgenomen in het N... te XXXX, Dienst gynaecologie, van 12/06/2019 tot en met 13/06/2019, voor het nemen van een biopsie. Dit verliep zonder complicaties.

Indien Dr. A... de patiënt bezocht en onderzocht heeft wat heeft hij dan onderzocht bij deze patiënten waarbij een biopsie werd genomen? Wat waren zijn bevindingen van zijn onderzoek? Heeft hij deze gecommuniceerd aan professor RX... en genoteerd in het ziekenhuisdossier van de patiënte?

- Meerdere ziekenhuisartsen hebben een lijst opgemaakt van de huisartsen met wie ze wel overleg hebben gehad in het verleden. Het is opmerkelijk dat geen enkele ziekenhuisarts hier Dr. A..., vernoemde.

Verweerders stellen dat de conclusie van de DGEC verkeerd is omdat alleen naar de 5 toppers hebben gevraagd.

Dr. A... is de topper in België voor het aanrekenen van de prestatie 109723 en hij rekent de prestatie vooral aan in het XN... te XXXX. Het is opvallend en veelzeggend dat de artsen van dit ziekenhuis hem niet vernoemen in hun opsomming.

Aanrekenen van de prestatie 109723 in de XN... te XXXX

jaar	Aantal prestaties 109723
2019	428
2020	317
2021	369
2022	0

- Verweerders bespreken in hun verweermiddelen 21 gevallen aan de hand van verklaringen van artsen, die niet bewezen zouden zijn. Er wordt niets geschreven over de andere gevallen (29).

Op basis van de verklaring van dr. A... zelf, de schriftelijke verklaringen (vragenlijst) van ziekenhuisartsen en de opgevraagde medische dossiers zijn de ten laste gevallen wel degelijk bewezen.

Dr. A... spreekt zichzelf tegen op meerdere punten. Hij verklaarde dat hij niet steeds een overleg heeft gehad, dat hij prestaties automatisch heeft aangerekend; hij heeft bovendien de prestaties aangerekend tijdens de COVID-19 pandemie, wanneer het verboden was om ziekenhuisbezoeken af te leggen.

We verwijzen naar de bespreking van de gevallen (zie *supra*) en voor de overige gevallen wordt verwezen naar de gevalsbespreking.

Het onderzoek is niet uitsluitend à charge gevoerd, maar ook à décharge. Meerdere prestaties, zoals hoger aangegeven werden niet ten laste gelegd en werden niet meegenomen in de berekening van de statistische steekproef.

- Verweerders stellen, meer ondergeschikt, dat de basisprincipes van een rechtsgeldige extrapolatie niet werden gerespecteerd. De DGEC heeft geen onderzoek gevoerd naar de dossiers van elk van de door haar weerhouden prestaties uit de tenlastelegging. Daarentegen lijkt het dat zij haar eventuele vaststellingen in enkele dossiers gereflecteerd heeft op andere dossiers met gelijkaardige prestaties verricht door Dr. A.... Per weerhouden prestatie rust de bewijslast op de DGEC om een tenlastelegging te formuleren gebaseerd op een onderzoek in casu. Dr. A... verwijst in dit verband naar het arrestnr. 223.425 (Daou) d.d. 7 mei 2013 van de Raad van State.

- De Raad van State oordeelde in arrestnr. 235.399 van 8 juli 2016 (blzn 41-42)³:

« (...) Dans le cadre de cette enquête, le SECM peut considérer que les éléments matériels constitutifs d'une infraction sont établis en se fondant, notamment, sur la concordance entre les témoignages des assurés et plusieurs éléments de l'enquête, éléments qui n'ont pas été sérieusement contestés par le dispensateur de soins au cours de ses auditions. Ainsi que l'a observé le Conseil d'Etat dans son arrêt n° 223.425 du 7 mai 2013, cité par les requérantes, à défaut d'une ou de présomptions légales définies par la loi AMI, le SECM ne peut considérer qu'un fait ou un acte est établi en procédant, pour ce faire, à un renversement pur et simple de la charge de la preuve. Il n'en reste pas moins, et la requérante ne soutient pas le contraire, que le droit commun de la preuve trouve à s'appliquer au contentieux dont relève le présent litige. Le SECM et, à sa suite, la juridiction administrative saisie de l'action ou de l'appel, peuvent en conséquence se fonder sur des présomptions de l'homme et ce, en déduisant un fait inconnu d'un ou de plusieurs faits connus, pour autant que les faits constitutifs d'indices soient établis et que les présomptions retenues soient, conformément à l'article 1353 du Code civil, graves et précises, de même que concordantes si elles se basent sur plusieurs indices.

De plus, le recours par le SECM à la méthode d'extrapolation que critiquent les requérantes dans leur moyen, implique, comme l'a également rappelé le Conseil d'Etat dans son arrêt n° 227.073 du 9 avril 2014, aussi cité par les requérantes, que la Chambre de première instance et, en cas d'appel, la Chambre de recours tiennent dûment compte des arguments qu'ont soulevés les requérantes devant elles quant à la manière dont le SECM a procédé à la mise en oeuvre de cette méthode.

(...)

L'arrêt du Conseil d'Etat n° 223.425 du 7 mai 2013 n'a pas la portée que lui attribue les requérantes dans les développements de leur moyen, lorsqu'elles laissent entendre que tout recours à la méthode de l'extrapolation doit nécessairement être exclu. La critique manque donc en droit. (...) »

Vrije vertaling:

" (...) In het kader van dit onderzoek, kan de DGEC oordelen dat de materiële constitutieve elementen van een inbreuk zijn vastgesteld, door zich met name te baseren op de overeenstemming tussen de getuigenverklaring van de verzekerden en verschillende

³ <http://www.raadvst-consetat.be/Arrets/235000/300/235399.pdf>

elementen van het onderzoek, elementen die tijdens zijn verhoren niet ernstig werden betwist. Zoals de Raad van State in zijn door de verzoeksters aangehaalde arrestnr. 223.425 van 7 mei 2013 heeft gesteld, kan de DGEC, bij afwezigheid van één of wettelijke vermoedens in de ZIV-wet, niet van mening zijn dat een feit of daad wordt vastgesteld door hierbij over te gaan tot een regelrechte omkering van de bewijslast. Niettemin, en verzoekster beweert niet het tegendeel, is het algemeen bewijsrecht van toepassing op het geschil waarop het onderhavige geschil betrekking heeft. De DGEC en, daarna de administratieve jurisdictie, gevat door de zaak of het beroep, kunnen zich bijgevolg baseren op feitelijke vermoedens en dit, waarbij een onbekend feit van een of meer bekende feiten wordt afgeleid, op voorwaarde dat de constitutieve elementen van aanwijzingen worden vastgesteld en dat de weerhouden vermoedens overeenkomstig artikel 1353 van het Burgerlijk wetboek ernstig en nauwkeurig zijn, alsmede overeenstemmend indien zij op verschillende aanwijzingen zijn gebaseerd.

Bovendien impliceert het beroep op de extrapolatiemethode van de DGEC dat door verzoeksters in hun middel wordt bekritiseerd, zoals ook de Raad van State aanhaalde in zijn arrest nr. 227.073 van 9 april 2014, eveneens aangehaald door de verzoekers, dat de kamer van eerste aanleg en, in geval van een beroep, de kamer van beroep naar behoren rekening houdt met de argumenten die door verzoeksters zijn aangevoerd over de wijze waarop de DGEC is overgegaan tot de toepassing van deze methode.

(...)

Het arrest nr. 223.425 van 7 mei 2013 van de Raad van State heeft niet de strekking die verzoeksters in de uiteenzetting van hun middel aanvoeren, wanneer zij suggereren dat een beroep op de extrapolatiemethode noodzakelijkerwijs is uitgesloten. De kritiek faalt dus naar recht. (...)"

De Raad van State oordeelde in het arrest nr. 239.245 van 28 september 2017⁴ (blzn. 16-17) als volgt:

" (...) De DGEC en in navolging de Kamer van eerste aanleg en de Kamer van beroep mogen zich, met inachtneming van het recht op tegenspraak, baseren op feitelijke vermoedens en een onbekend feit afleiden uit één of meer gekende feiten, voor zover deze feiten vaststaan en de afgeleide vermoedens overeenkomstig artikel 1353 van het Burgerlijk Wetboek gewichtig, precies en met elkaar overeenstemmend zijn.

Het bewijs door extrapolatie kan in combinatie met andere bewijsmiddelen beschouwd worden als gewichtige precieze en met elkaar overeenstemmende vermoedens waarbij in de motivering rekening wordt gehouden met de argumenten van de verzoekende partijen. De bodemrechter beoordeelt op onaantastbare wijze de bewijswaarde van de hem voorgelegde gegevens. Hij stelt de feiten die hij als feitelijke vermoedens beschouwt op onaantastbare wijze vast en de wet laat het in beginsel aan zijn oordeel en beleid over welke gevolgtrekking hij als feitelijk vermoeden daaruit maakt. (...)" (eigen onderlijning)

Voor het toepassen van de extrapolatie-techniek, voor feiten van vóór 6 januari 2017, kan een beroep gedaan worden op de artikelen 1349 en 1353 van het Burgerlijk Wetboek betreffende het bewijs.

Artikel 1349 van het Burgerlijk Wetboek laat de bewijslevering door vermoedens toe. Meer in het bijzonder, voorziet artikel 1353 van het Burgerlijk Wetboek: " Vermoedens die niet bij de wet zijn ingesteld, worden overgelaten aan het oordeel en aan het beleid van de rechter, die geen andere dan gewichtige, bepaalde en met elkaar overeenstemmende vermoedens zal aannemen, en zulks alleen in de gevallen waarin de wet het bewijs door getuigen toelaat, behalve wanneer tegen een handeling uit hoofde van arglist of bedrog wordt opgekomen."

De rechter stelt op soevereine wijze het bestaan van de feiten vast waarop hij zich steunt (Cass. 22 mei 2014, F.13.0086.N)

⁴ <http://www.raadvst-consetat.be/Arresten/239000/200/239245.pdf>.

De Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep staan het gebruik van de techniek van de extrapolatie toe (Zie oa. beslissing van Kamer van eerste aanleg dd. 05.05.2011 inzake FA-007-10⁵; beslissing van Kamer van beroep dd. 27.06.2012 inzake FB-002-10⁶; beslissing van Kamer van beroep dd. 17.01.2013 inzake FB-007-11⁷ en de beslissing van Kamer van beroep dd. 22.11.2012 inzake FA-017-11⁸).

De Kamer van eerste aanleg oordeelde in de beslissing dd. 17.09.2013 inzake FB-019-12⁹) dat "*la méthode d'extrapolation retenue en l'espèce par le SECM est valable, l'échantillon de cas examinés étant suffisamment important et les circonstances révélant une pratique récurrente dans le chef de Monsieur X. Il s'agit d'un examen concret du cas, au terme d'un raisonnement rigoureux basé sur la logique du raisonnable*".

Vrije vertaling: "de in dit geval door de Dgec gebruikte techniek van extrapolatie is geldig, het staaft van de onderzochte prestaties is voldoende belangrijk en de omstandigheden tonen een terugkerende praktijk aan in hoofde van dhr. X. Het betreft een concreet gevalsonderzoek na een onweerlegbare redenering gesteund op de logica van het redelijke".

De wetgever heeft in 2017 het gebruik van de extrapolatie-techniek expliciet in de GVU-wet opgenomen. Art. 146, § 2/1, ingevoegd bij de wet van 18.12.2016 en in werking vanaf 06.01.2017, bepaalt nu:

§ 2/1. *Om de in artikel 73bis bedoelde inbreuken vast te stellen en de waarde te berekenen van de prestaties die ten onrechte werden terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, kan het in paragraaf 1 bedoelde inspecterend personeel onder andere gebruik maken van de controlemethode via steekproeftrekking en extrapolatie.*

Deze methode bestaat uit :

1° *het vaststellen van een steekproefkader door het identificeren en definiëren van een reeks onafhankelijke gevallen die onderzocht zullen worden;*

2° *het uitvoeren van een willekeurige steekproeftrekking uit dat steekproefkader teneinde een steekproef samen te stellen en het documenteren van de methode van steekproeftrekking;*

3° *het analyseren van de gevallen in deze steekproef en het berekenen binnen de steekproef van het percentage van de bedragen die onterecht zijn terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering;*

4° *het berekenen van de waarde waarvoor geldt dat de kans dat het percentage op populatieniveau dat men probeert te schatten, zich eronder bevindt, kleiner is dan 2,5 pct.;*

5° *het gebruiken van die waarde om het terug te vorderen bedrag te berekenen voor alle prestaties in het steekproefkader.*

Deze nieuwe bepaling trad in werking op 6 januari 2017 en is dus van toepassing op de voorliggende feiten (01/02/2020 tot en met 21/02/2020).

De statistische steekproef werd correct uitgevoerd: Zie Bijlage 1: Werkwijze steekproeftrekking en bepalen ondergrens door dataCel RIZIVDGE (blzn. 110-112 van synthesesnota)

Steekproefkader:

⁵ <http://www.inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2011/20110505F01FR.pdf>

⁶ <http://www.inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2012/20120627F02FR.pdf>

⁷ <http://www.inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2013/20130117F08FR.pdf>

⁸ <http://www.inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf/2012/20121122F01FR.pdf>

⁹

http://www.inami.fgov.be/care/all/infos/jurisprudence/pdf_new/2013/CPI%2017%2009%2013%20F%20n%4.pdf

Het steekproefkader bestond uit 2.230 aanrekeningen van het nummer 109723 “Bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts”, met datum van verstrekking van 15/6/2017 tot en met 17/3/2021 en datum van ontvangst door de verzekeringsinstellingen van 13/5/2019 tot en met 26/4/2021. Het totaalbedrag aan tegemoetkomingen in het steekproefkader bedroeg € 70.541,91. De 2.230 verstrekkingen in kwestie werden aangerekend voor 410 verschillende verzekerden, met een aantal verstrekkingen per verzekerde dat varieerde van 1 tot 118 (gemiddelde = 5,44; mediaan = 2).

Steekproeftrekking:

Er werd een willekeurige steekproef van 50 verzekerden getrokken voor wie vervolgens alle verstrekkingen zouden worden onderzocht. Dit komt neer op een steekproeftrekking in clusters (“trossen”) waarbij de verschillende verzekerden elk een cluster van verstrekkingen vormen, en elke afzonderlijke verstrekking dezelfde kans maakt als de bijhorende verzekerde om opgenomen te worden in de steekproef. Dit is een voor alle verzekerden en dus ook voor elke verstrekking in het steekproefkader gelijke kans van $50/410 = 0,121951$. De trekking werd uitgevoerd in SAS/STAT 15.1 via de procedure SURVEYSELECT

Het onderzochte staal is *in casu* ruim genoeg. Geïntimeerde heeft 50 dossiers geanalyseerd.

De tenlastelegging steunt niet enkel op een loutere extrapolatie, maar wordt bevestigd door de volgende elementen.

- De duidelijke verklaring van Dr. A...: hij verklaarde tijdens zijn verhoor van 27/04/2022: *“...Ik geef toe dat ik niet telkens een (gepland) fysiek overleg heb gehad met de ziekenhuisartsen. Ik ga niet tegen deze ziekenhuisartsen in gaan. In dat opzicht ga ik akkoord dat er ziekenhuisbezoeken zijn die ik aangerekend heb en die ik niet heb uitgevoerd zoals in de wet beschreven. Ik heb wekelijkse aanrekeningen gedaan maar ik geef toe dat ik niet steeds wekelijks een fysiek overleg heb gehad die aan de wettelijke voorwaarden voldoet.”*

- 50 opgevraagde medische dossiers: De dossiers van deze 50 verzekerden werden op 02/12/2021 in aanwezigheid van Dr. A... opgehaald in het medisch kabinet. De dossiers werden nagekeken op de aanwezigheid van een rapport van het overleg in het ziekenhuis met de betreffende ziekenhuisarts.

- de ingevulde vragenlijsten door 57 ziekenhuisartsen: De 57 ziekenhuisartsen werden aangeschreven en uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen betreffende contacten met huisartsen. Er werd zowel naar telefonische contacten, als fysieke overlegmomenten binnen het ziekenhuis met huisartsen gevraagd. Hierbij verklaarden 42 ziekenhuisartsen met zekerheid dat zij nooit een fysiek overleg binnen het ziekenhuis hebben met huisartsen. Vijftien ziekenhuisartsen verklaarden dat zij wel fysiek overleg hebben gehad met huisartsen. Tien van deze 15 ziekenhuisartsen refereerden naar contacten met huisartsen tijdens opleidingen, specifiek overleg in kader van oncologische behandeling, overleg in kader van omstandig geneeskundig verslag voor bewindvoering of gedwongen opname, netwerkoverleg voor patiënten met een verstandelijke beperking doch zij refereerden niet naar een fysiek overleg binnen het ziekenhuis met Dr. A... over zijn gehospitaliseerde patiënten. Eén van deze 15 ziekenhuisartsen verklaarde met zekerheid dat er ooit één fysiek overlegmoment binnen het ziekenhuis is geweest met Dr. A.... Vier ziekenhuisartsen verklaarden dat zij wel fysiek overleg binnen het ziekenhuis hebben gehad met huisartsen, doch zij konden niet met zekerheid zeggen dat dit ook met Dr. A... was.

- Verweerders stellen, meest ondergeschikt, dat de prestaties wel degelijk werden uitgevoerd. Voor de prestaties waar er inderdaad geen fysieke bespreking met de desbetreffende arts zou hebben plaatsgevonden, kan de Leidend ambtenaar volgens hen niet stellen dat de prestaties "niet uitgevoerd" werden, hoogstens zou de Leidend ambtenaar kunnen stellen dat bepaalde prestaties "niet-conform" werden uitgevoerd.

- De ten laste gelegde verstrekkingen '*Bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts*' niet werden uitgevoerd, want er was geen bezoek in het ziekenhuis en geen (fysiek) overleg met de ziekenhuisartsen.

Nomenclatuurcode 109723 betreft 'Het bezoek in het ziekenhuis (...)'. Voor het aanrekenen van dit nummer is wel degelijk een (fysiek) overleg met de ziekenhuisarts tijdens het bezoek in het ziekenhuis door de behandelende huisarts nodig en moet dit in het dossier genoteerd worden. Dit blijkt uit de tekst van Nomenclatuurcode 109723 zelf.

Een telefoontje kan geenszins gelijkgesteld worden met een 'bezoek in het ziekenhuis'. Een telefonisch overleg zonder verplaatsing naar het ziekenhuis is geen ziekenhuisbezoek en dan kan de prestatie 109723 niet aangerekend worden. Er werden dus *in casu* niet-uitgevoerde verstrekkingen aangerekend.

- De inbreuk is bewezen en wordt weerhouden.

Betreffende de tenlastelegging 2

- De vaststelling van de inbreuk is gebaseerd op:

- De analyse van de facturatiegegevens;
- De antwoorden van 31/08/2021 van Dr. A... op de vragenlijst van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.
- De verklaringen van Dr. A... tijdens het verhoor van 27/09/2021

Uit al deze elementen blijkt dat Dr. A... verstrekkingen heeft aangerekend die niet uitgevoerd zijn, want hij verklaarde dat hij tijdens de prestatieperiode van 01/02/2020 tot en met 21/02/2020 was in het buitenland op vakantie.

- Verweerders stellen dat zijn niet begrijpen hoe deze aanrekeningen zijn gebeurd op de aangegeven data, gezien dr. A... inderdaad gedurende de periode van 1 tot en met 21 februari 2020 in het buitenland verbleef. Wanneer dr. A... hiermee geconfronteerd werd, diende dr. A... deze discrepantie inderdaad vast te stellen - hoewel dr. A... deze niet kon verklaren. Hoewel de data van de prestaties aangerekend in deze periode duidelijk niet correct zijn, hetgeen dr. A... erkent, bevestigt dr. A... weldegelijk dat de prestaties werden geleverd, maar op andere data. Er wordt herhaald dat de weerhouden tenlasteleggingen niet ontstaan zijn door een bewust foutief handelen van dr. A..., doch dat deze ingegeven zijn door administratieve onregelmatigheden buiten zijn controle om. Dr. A... stelt aan de hand van desbetreffende patiëntendossiers vast dat de data niet correct zijn. Dr. A... kan dit niet verklaren. Dit is mogelijk veroorzaakt: door dr. A... zelf, de administratieve hulp, ATD, de mutualiteiten.

Aan de hand van zijn patiëntendossiers, kon dr. A... reconstrueren op elke data de prestaties effectief werden verricht. Dit bestand wordt in bijlage meegedeeld (Stuk 1). Dr. A... maakt voor deze inbreuk dan ook een voorbehoud verzoekt de DGEC een kopie van de afgeleverde getuigschriften te bezorgen.

- Dr. A... stelt dat deze prestaties op een andere datum uitgevoerd zouden zijn. Hij verklaarde dit ook tijdens het eerste verhoor. Hij vraagt nu dat er van deze prestaties getuigschriften worden aangeleverd want het zou gaan over een administratieve fout.

De gewaarmerkte attestgegevens werden overeenkomstig artikel 138 GvU-wet opgevraagd en deze gelden tot bewijs van het tegendeel. Het tegendeel wordt niet aangetoond.

Het betreft niet een paar fouten bij één of enkele verzekerden. Het doet zich voor bij 189 verstrekkingen bij 125 verzekerden! De administratieve fouten zouden veroorzaakt zijn bij verschillende personen, instanties (Dr. A... zelf, de administratieve hulp, ATD, de mutualiteiten).

De uitleg die door verweerders wordt gegeven is ongeloofwaardig en wordt ook geen enkel bewijselement aangetoond.

De inbreuk is bewezen en wordt weerhouden.

Besluit

De feiten die zijn opgenomen in het proces-verbaal van vaststelling van 11/05/2022 zijn naar genoegen van recht bewezen en dienen te worden aangehouden;

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 GvU-wet.

De zorgverlener als individuele zorgverlener is en blijft steeds verantwoordelijk voor alle prestaties die deze heeft aangerekend aan de verplichte verzekering onder haar eigen naam.

De nomenclatuur raakt de openbare orde.¹⁰ Dat wil zeggen dat de bepalingen strikt geïnterpreteerd moeten worden. De Raad van State oordeelde ook al dat een zorgverlener niet zelf mag beslissen welke prestatie hij met welke nomenclatuurcode zou aanrekenen.¹¹

Aan de voorgeschreven reglementering mag niets toegevoegd of gewijzigd worden, naar eigen interpretatie gebaseerd op billijkheidsgronden, sociale overwegingen of het belang en comfort van de patiënten.¹²

Door het verzorgen van verzekerden worden de zorgverleners bij de toepassing van de ziekte- en invaliditeitswetgeving betrokken en worden zij geacht hun medewerking te verlenen aan een openbare dienst. Van elke medewerker wordt dan ook verwacht dat deze voldoende kennis heeft van de vigerende bepalingen.¹³ Vooral dan van de nomenclatuurcodes die specifiek tot het beroepsdomein van die zorgverlener behoren.

¹⁰ Cass. (3e k.) AR C.15.0213.N, 20 november 2017; Arbrb. Henegouwen (afd. Charleroi) (4e k.) 2 maart 2020; Antwerpen 18 januari 2021, nr. 2020/AR/565, T.Gez. 2021-22, afl. 3, 211.

¹¹ RvS 18 december 2003, nr. 126.555.

¹² Cf. Informatieblad RIZIV 1996/3 bladzijde 365 e.v., noot van mevrouw de GHELLINCK onder het arrest van het Arbeidshof te Bergen dd. 13 december 1995.

¹³ J. BEULS, "De zorgverlener administratief gesanctioneerd: het verbod om tegemoet te komen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen" in A. PRIMIS, B. DE RUYVER, E. GULDIX en T. VANSWEEVELT (red.) Recht en gezondheidszorg, Gent, Mys en Breesch, 1999, 74.

Een administratieve geldboete kan zelfs worden opgelegd in geval van louter administratieve vergissing, onachtzaamheid, slordigheid of onwetendheid.

Een zorgverlener blijft altijd zelf verantwoordelijk voor de correcte aanrekening van de verstrekkingen.

Gelet op het beperkte budget van de ziekteverzekering is elke zorgverlener er zelf mee verantwoordelijk voor dat dit correct wordt aangewend. Misbruiken ten voordele van een bepaalde zorgverlener, ongeacht welke diens motieven zijn, dienen streng te worden bestraft. (Beslissing Kamer van eerste aanleg inzake NA-019-11 en NA-019-13 dd. 18.09.2014¹⁴)

Bij het bepalen van de hoogte van de sanctie wordt rekening gehouden met de intrinsieke ernst van de feiten, namelijk het aanrekenen van niet-uitgevoerde verstrekkingen en de financiële repercussie (€ 68.832,80) op het stelsel van de verplichte ziekteverzekering. Het bedrag werd intussen volledig terugbetaald.

Dr. A... vraagt dat, gelet op de afwezigheid van kwade trouw en enig bedrieglijk opzet in hoofde van dr. A..., er geen administratieve geldboete opgelegd zou worden.

Bedrieglijk opzet is niet vereist. Goede trouw en/of de onwetendheid van een zorgverlener, sluit de toepassing van de wet niet uit.¹⁵

De inbreuken op de bepalingen van de nomenclatuur zijn zogenaamd technische inbreuken. Het bewijs 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.¹⁶ Dat laatste kan door dokter A... niet genoegzaam worden aangetoond.

Bovendien wordt er vastgesteld dat over een periode van bijna vier jaar (15/06/2017 – 26/04/2021) prestaties voor een ziekenhuisbezoek werden aangerekend terwijl er, hetzij helemaal geen ziekenhuisbezoeken werden uitgevoerd (TII. 1), hetzij met betrekking tot een periode dat Dr. A... in het buitenland was (TII. 2). De inbreuk deed zich ook voor in ziekenhuizen over heel Vlaanderen (van XXXX tot XXXX). Bij bepaalde patiënten werd er wekelijks ten onrechte prestaties aangerekend en zelfs tijdens de COVID-19 periode. Het handelt niet om enkele geïsoleerde gevallen, maar wel degelijk om bewust foutief aanrekenen (€ 68.832,80) ten nadele van de verplichte ziekteverzekering.

De twee inbreuken zijn ernstig en kunnen niet getolereerd worden. Zij wijzen op een gebrek aan verantwoordelijkheidszin bij de aanrekening van de prestaties door een zorgverlener als medewerker aan een openbare dienst. Zij hebben een niet te verwaarlozen financiële impact tot gevolg ten nadele van de verplichte ziekteverzekering. De verplichte ziekteverzekering heeft geen geld teveel en het beschikbare budget moet correct gebruikt worden. Het aanrekenen van niet-uitgevoerde

14

http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kea_bandagist_20140918_22.pdf

¹⁵ J. BEULS, "De zorgverlener administratief gesanctioneerd: het verbod om tegemoet te komen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen" in A. PRIMIS, B. DE RUYVER, E. GULDIX en T. VANSWEEVELT (red.) *Recht en gezondheidszorg*, Gent, Mys en Breesch, 1999, 66.

¹⁶ Zie en vgl. naar analogie Cassatie 27 september 2005, *Arr. Cass.* 2005, nr. 461, hier navolgbaar.

verstrekkingen verantwoordt het opleggen van een sanctie als antwoord op deze foutieve aanpak en met het oog op een ontradend effect. Voor de twee inbreuken dringt zich een administratieve geldboete van 150% op.

Gelet op de vrijwillige terugbetaling van het volledig bedrag (€ 68.832,80) en de afwezigheid van een recent antecedent in hoofde van dr. A... kan er evenwel een uitstel van 100% toegestaan worden.

Een administratieve geldboete waarvan een gedeelte met uitstel van 3 jaar wil zeggen dat het gedeelte van de boete met uitstel enkel verschuldigd is wanneer de zorgverlener een nieuwe inbreuk op artikel 73*bis* van de GVV-wet begaat binnen de driejarige proefperiode en er een veroordeling volgt door de Leidend ambtenaar, de Kamer van eerste aanleg of de Kamer van beroep. Een administratieve geldboete met uitstel is een gunstmaatregel en wordt pas effectief wanneer de zorgverlener binnen 3 jaar een nieuwe inbreuk pleegt die een veroordeling met zich meebrengt. De zorgverlener heeft er dus alle belang bij de nomenclatuur in de toekomst na te leven zodat onder andere het gedeelte van de administratieve geldboete met uitstel niet effectief verschuldigd wordt.

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 11/05/2022 naar genoegen van recht bewezen zijn en houdt ze dus aan;
- stelt vast dat de feiten een inbreuk zijn op het bepaalde in artikel 73bis, 1° GVU-wet;
- veroordeelt dokter A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 1° GVU-wet tot de terugbetaling van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, zijnde € 68.832,80, en dat overeenkomstig artikel 164, tweede lid GVU-wet, hoofdelijk met B...; dit bedrag werd reeds volledig terugbetaald;
- veroordeelt dokter A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 1° GVU-wet tot een administratieve geldboete van 150%, zijnde € 103.249,20, waarvan 50%, zijnde € 34.416,40, effectief en 100%, zijnde € 68.832,80, met uitstel gedurende een termijn van drie jaar.

Dr. A... moet het bedrag van € 34.416,40 ten titel van 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,

Dr. Philip Tavernier
Arts-directeur-generaal

Digitaal ondertekend door
Philip Tavernier (Signature)
Datum: 02/10/2023 10:41:28