

Rep. nr. 03/19

*

AR. NA-009bis-16
E/XXXX

*

Tegensprekelijke
eindbeslissing
d.d. 18 februari 2019

*

VAN RECHTSWEGE
UITVOERBAAR BIJ
VOORRAAD
NIETTEGENSTAANDE
BEROEP

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

BESLISSING

In de zaak van

A..., verpleegkundige, wonende te XXXX,

en B...., met maatschappelijke zetel te XXXX,

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

Tegen

RIZIV – DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE (verder afgekort: DGEC), openbare instelling van sociale zekerheid, met zetel te 1150 Brussel, Tervurenlaan 211,

geintimeerde, voor wie zijn verschenen, mevrouw E , verpleegkundige-
controleur en mevrouw F , juriste, ambtenaren bij geintimeerde

*
* *
*

Op de openbare terechtzitting van 17 december 2018 heeft geen enkele partij de toepassing gevraagd van artikel 18, § 2, tweede lid, van het Koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV

1 RETROACTEN

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- de beslissing van de Leidend ambtenaar van geïntimeerde van 30 augustus 2016, ter kennis gebracht aan appellanten op 15 september 2016,
- de beroepsakte van appellanten, ontvangen ter griffie op 19 oktober 2016,
- de conclusie van geïntimeerde, neergelegd ter griffie op 17 januari 2017,
- de conclusie van appellanten, ontvangen ter griffie op 8 april 2017,
- de tussenbeslissing van de Kamer van eerste aanleg van 19 oktober 2017, ter kennis gegeven aan appellante op 25 oktober 2017,
- de verpleegdossiers opgestuurd door appellant op 13 december 2017, ontvangen ter griffie op 15 december 2017,
- de conclusies van geïntimeerde van 16 maart 2018, neergelegd ter griffie op 16 maart 2018,
- de antwoordbesluiten van appellanten van 13 juni 2018, ontvangen ter griffie op 15 juni 2018,
- de vaststelling van rechtsdag 17 december 2018

Gehoord op de openbare terechtzitting van 17 december 2018

- meester C in de uiteenzetting van de middelen en conclusies namens appellanten,
- mevrouw F en mevrouw E in de uiteenzetting van de middelen en conclusies namens geïntimeerde

De debatten werden gesloten, de zaak werd in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 21 januari 2019, eerste nuttige zitting van de Kamer van eerste aanleg, datum waarop de uitspraak evenwel werd verdaagd naar 19 februari 2019,

*
* *
*

2 FEITEN

1 Mevrouw A is A1 verpleegkundige sedert 1994. Zij werkt sinds die tijd als zelfstandig verpleegkundige.

In 2011 heeft mevrouw A.. de praktijk "XXXX" in XXXX opgericht. In deze praktijk werkt zij nauw samen met verpleegkundige G.

XXXX is ondergebracht onder B., met mevrouw A. als zaakvoerder. De B. is een lokale afdeling van H. De tarificatie verloopt via H.

2 Geïntimeerde voerde een onderzoek uit naar de realiteit en conformiteit van de verstrekkingen die mevrouw A. als verpleegkundige via de B. aan de verplichte ziekteverzekering heeft aangerekend.

Bij de landsbonden van de verzekeringsinstellingen werden gewaarmerkte gegevens opgevraagd voor de periode van 1 mei 2013 tot 31 augustus 2014 (invoerdatum bij de verzekeringsinstellingen).

Naar aanleiding van dit onderzoek werd mevrouw A. verhoord op 24 maart 2015. Er werden tevens 12 verzekerden en 10 huisartsen verhoord, alsook de schoondochter van een verzekerde.

Er werd vervolgens proces-verbaal van vaststelling opgesteld op 19 juni 2015, welke op 23 juni 2015 aangetekend verstuurd werd naar mevrouw A.. Er werd tevens een kopie van dat proces-verbaal van vaststelling verstuurd naar de B..

De raadsman van appellanten heeft hierbij opmerkingen geformuleerd bij brief van 5 september 2015.

3 Aan mevrouw A. werden in de periode van 2 mei 2013 tot en met 28 juni 2014 (data inbreng verzekeringsinstellingen van 24 juni 2013 tot en met 31 juli 2014) volgende inbreuken ten laste gelegd:

Tenlastelegging 1

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

Het betreft het aanrekenen van verstrekkingen van artikel 8 §1 van de Nomenclatuur op naam van verzekerden, op dagen dat er geen verpleegkundige zorgen werden verleend.

In totaal zouden 185 verstrekkingen ten onrechte geattesteerd bij 3 verzekerden voor een bedrag van 4.976,44 euro.

Tenlastelegging 2.

Reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomst en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet

Door het te hoog evalueren van de fysieke afhankelijkheidstoestand van verzekerden zouden ten onrechte te hoge forfaitaire honoraria (forfait A en B) zijn aangerekend

Het betreft 1 092 verstrekkingen geattesteerd bij 9 verzekerden. Hierdoor werd in totaal 24 018,44 euro te veel in rekening gebracht (na toepassing van de verschilregel)

4 De Leidend ambtenaar van geïntimeerde heeft op 30 augustus 2016 de volgende beslissing genomen

- hij heeft vastgesteld dat de feiten die zijn vastgesteld in het proces-verbaal van vaststelling van 19 juni 2015 bewezen zijn en hij houdt deze aan,
- hij heeft vastgesteld dat de feiten een inbreuk vormen op hetgeen bepaald is in artikel 73bis, 1° en 2° van de gecoördineerde ZIV-wet,
- hij heeft op grond van artikel 142 § 1, 1° en 2° van de gecoördineerde ZIV-wet van mevrouw A. de waarde teruggevorderd van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van 28 994,88 euro, hoofdelijk met de B, en dit op grond van artikel 164, lid 2 van de gecoördineerde ZIV-wet, van dit bedrag werd reeds 739,29 euro terugbetaald door de B,
- hij heeft op grond van artikel 142 §1, 1° en 2° van de gecoördineerde ZIV-wet aan mevrouw A een administratieve geldboete opgelegd van 31 483,10 euro, waarvan 16.985,66 euro effectief, bestaande uit:
 - voor de niet-uitgevoerde verstrekkingen (tenlastelegging 1) een administratieve geldboete van 150%, zijnde 7 464,66 euro, waarvan 100%, zijnde 4 976,44 euro, effectief wordt opgelegd en 50%, zijnde 2 488,22 euro wordt opgelegd met uitstel gedurende een periode van drie jaar,
 - voor de niet-conforme verstrekkingen (tenlastelegging 2) een administratieve geldboete van 100% zijnde 24 018,44 euro, waarvan 50%, zijnde 12 009,22 euro, effectief wordt opgelegd en 50%, zijnde 12 099,22 euro, wordt opgelegd met uitstel gedurende een periode van drie jaar

Deze beslissing werd aan appellanten ter kennis gebracht bij aangetekend schrijven van 15 september 2016

*
* *
*

3 TUSSENBSLISSING KAMER VAN EERSTE AANLEG 19 OKTOBER 2017

De Kamer van eerste aanleg verklaarde de vordering van appellanten ontvankelijk en oordeelde

- dat het beroep van appellanten met betrekking tot de verstrekkingen van tenlastelegging 2 voor wat de verzekerden I en J . betreft, ongegrond is,
- dat appellanten ertoe gehouden zijn de waarde van de ten laste gelegde verstrekkingen terug te betalen voor een bedrag van 3 312,07 euro, hetzij 1 957,39 euro voor verzekerde I. en 1.354,68 euro voor verzekerde J ;
- dat voor het overige de debatten dienen te worden heropend teneinde aan mevrouw A toe te laten de verpleegdossiers van de verzekerden K (tll 1 en 2), L , M , N , O , P en Q voor te leggen,
- dat geïntimeerde op basis hiervan het onderzoek naar het al dan niet ten onrechte aanrekenen van de ten laste gelegde verstrekkingen verder dient te zetten.

Er wordt tevens akte verleend van feit dat voor wat de eerste tenlastelegging betreft, de B reeds een bedrag van 739,29 euro terugbetaald heeft

De Kamer van eerste aanleg houdt de beslissing met betrekking tot de beoordeling van de opgelegde administratieve geldboete aan.

*
* *

4 STANDPUNTEN VAN DE PARTIJEN

4 1 Korte weergave van het standpunt van geïntimeerde (na het tussenvonnis van 19 10 2017)

Vooreerst merkt de DGEC op dat de overgemaakte verpleegdossiers niet volledig en niet correct opgesteld zijn de bewijswaarde ervan is bijgevolg bedenkelijk

De DGEC bespreekt vervolgens de tenlasteleggingen, mede in het licht van bovenstaande

De DGEC merkt ook op dat er merkwaardige anomalieën zijn in de voorgelegde verpleegdossiers (o a met betrekking tot M)

4 2 Korte weergave van het standpunt van appellanten (na tussenvonnis)

De verpleegdossiers werden voorgebracht Bij de (vervolledigde) gevalsbespreking werden ze ook geciteerd, aangewend en besproken

*
* *

5 BEOORDELING

5.1 Preliminair:

Er kan vooreerst verwezen worden naar het tussenvonnis waarbij verschillende middelen en argumenten werden beantwoord.

Volledigheidshalve en ten overvloede

Zeer recent heeft het Grondwettelijk Hof uitspraak gedaan naar aanleiding van prejudiciële vragen van de Raad van State in verband met de onafhankelijkheid/onpartijdigheid van de administratieve rechtscolleges.

In arrest nr 15/2019 van 31 januari 2019 (en met verwijzing naar het arrest van het EHRM van 20 april 2006 inzake R t BELGIE, § 31) besluit het Hof, na onderzoek van de procedures voor en de samenstelling van de administratieve rechtscolleges, dat artikel 145 van de ZIV-wet de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met artikel 6 EVRM, niet schendt

Het tussenvonnis heeft overigens gezag van gewijsde

Verder rechtsprekende zullen de tenlasteleggingen opnieuw worden besproken, mede in het licht van de overgemaakte verpleegdossiers. Er moeten toch wat kanttekeningen gemaakt worden omtrent die verpleegdossiers

- Er moet vooreerst op worden gewezen dat die verpleegdossiers niet voldoen aan de vereisten van, de reglementering en allesbehalve nauwkeurig zijn

Minimale inhoud	Verstrekkings type 1: Nomenclatuur per akte (behoudens verstrekkings ressorterend onder een ander type) + T2 en T7
-----------------	---

Niveau 1	<ul style="list-style-type: none"> - ID - ID - Verleende - indien - Voorschrift - ID voorschrijver indien vereist 	<ul style="list-style-type: none"> rechthebbende verpleegkundige verstrekkingen Evaluatieschaal vereist vereist
Niveau 2 Planning en evaluatie	<ul style="list-style-type: none"> - Minimaal om de twee maanden moeten de relevante elementen van de planning en evaluatie van de verzorging vermeld worden 	<ul style="list-style-type: none"> Planning Evaluatie

Bron: **RIZIV:** **schema:**
Wat moet het verpleegdossier bevatten?

- De verpleegdossiers zijn niet alleen onvolledig, maar dikwijls ook onduidelijk. Dit blijkt uit de gevalbesprekingen hieronder bij zowat alle verzekerden zijn er belangrijke lacunes en kan bv niet uitgemaakt worden over welke periodes ze het hebben
- Soms valt op dat het verpleegdossier in één tijd werd opgesteld (regelmatig en zelfde doorlopend geschrift), wat er op wijst dat het a posteriori, mogelijk na het tussenvonnis, werd opgesteld (zie tenlastelegging 2. L)
- Soms werden zinnen later toegevoegd bij verzekerde M (TLL 2) is de tekst "moet corset langer dragen" blijkbaar later toegevoegd, wat blijkt uit het gebruik van een ander lettertype, nl a in plaats van α
- Eveneens terecht merkt de DGEC dat in het verpleegdossier van de zelfde verzekerde (M.) op 15 maart 2013 eigenaardige verbeteringen werden aangebracht: oorspronkelijk gaat de tekst over de dood van haar

zoon (wat nogal moeilijk ligt op die datum haar zoon zou pas overlijden op 3 4 2013), later twee maal verbeterd in "haar man"

De verpleegdossiers zullen dus met de nodige omzichtigheid worden bekeken

Niettemin worden de verpleegdossiers niet volledig terzijde geschoven, vermits de verpleegkundigen – controleurs ze ab initio bij het verhoor hadden kunnen voegen Artikel 62, 2° SSWB stelt namelijk: "... eenieder die wordt ondervraagd, mag gebruik maken van de documenten in zijn bezit, zonder dat daardoor het verhoor wordt uitgesteld Hij mag tijdens de ondervraging of later, eisen dat deze documenten bij het proces-verbaal van verhoor worden gevoegd " Door het verpleegdossier toen te weigeren, hebben de controleurs de kans gemist om de originelen (eventueel in afschrift) te voegen Precies daarover ging het tussenvonnis

Wat de bewijslast betreft

Als eisende en vervolgende partij draagt de DGEC de bewijslast van de inbreuken (en de schuld) Er wordt evenwel geen absoluut bewijs gevergd (en zeker niet als het gaat om het bewijs van een negatief feit)

Van partijen wordt een zekere samenwerking gevraagd met het oog op de waarheidsvinding (de zogenaamde "partijwerkzaamheid" zie B ALLEMEERSCH, Taakverdeling in het burgerlijk proces, p. 355 en N VERHEYDEN-JEANMART, o c , nr 66 " On n'exige pas une preuve ou une démonstration absolue Prouver c'est établir une vraisemblance suffisante qui emporte la conviction du juge et lorsque ce résultat est atteint, le juge donne à l'autre partie à s'expliquer pour, éventuellement, créer, à son tour, une vraisemblance contraire "; vert · een absoluut bewijs wordt nooit vereist Bewijzen is het aantonen van een waarschijnlijkheid die volstaat om de rechter te overtuigen en, in voorkomend geval, zal de rechter de andere partij uitnodigen om op zijn beurt te proberen een tegengestelde waarschijnlijkheid aan te tonen)

De regel blijft overigens onverminderd dat iemand die iets beweert (hier geleverde prestaties) daar ook het bewijs moet kunnen van leveren (actori incumbit probatio, artikelen 1315 BW en 870 GerW) Deze regel geldt des te meer in het derdebetaler-systeem dat berust op vertrouwen, vermits niet de wederpartij (de verzekerde, die de verstrekking onderging en dus weet welke prestatie werd geleverd), maar wel een derde (het RIZIV) instaat voor de betaling

5.2. De terugvordering:

5.2.1. Tenlastelegging 1: realiteitsinbreuken

5 2 1 1 S en T de inbreuken worden niet betwist en
267,42 resp 308,76 € werden terugbetaald

5 2 1.2 K.

Er was een vrijwillige terugbetaling van 128,41 €

De verklaring van verzekerde (3 3 2015) is zeer duidelijk

“ **Op zaterdag en zondag komen ze me nooit wassen** De verpleging is steeds 3 maal per week geweest, maandag, woensdag en vrijdag. Nooit zijn ze geweest op zaterdag dat is de sabbat . Ze komen nooit op zaterdag en zondag, dinsdag en donderdag ”

Huisarts Dr U legde op 30 4 2015 uit waarom dit zo was

“ . Dat ze zaterdag en zondag niet door de verpleegkundige werd verzorgd is **op mijn advies** dat zowel onze sabbat en jullie zondag moet worden gerespecteerd ”

Dochter V en schoondochter T (die naast de verzekerde woont, die de verpleegkundigen moet binnen laten en dus zeer goed op de hoogte is van komen en gaan van de verpleegkundigen) bevestigden

“ Ze kwamen en komen haar **nooit wassen op zaterdag en zondag** De andere dagen helpen wij haar

De laatste tijd, sinds dit jaar (2015) komt de verpleging ook op zondag Daarvoor enkel op maandag, woensdag en vrijdag ” (nb 2015 = *na* de incriminatieperiode)

Bovenstaande verklaringen zijn éénduidig, in tegenstelling met de verklaringen van de zorgverleners

Volgens verpleegkundige A .. gingen ze wel op zaterdag en ook op zondag Maar “**Er zijn periodes geweest** dat we 3 keer per week gingen Ik zal u deze periode doorgeven ”

Deze periode werd blijkbaar niet doorgegeven Over welke periodes ging het? Is “gingen” gelijk te stellen met “gingen haar wassen”? De verklaring is niet zo duidelijk

W verklaarde

“ Het was in het begin aangevraagd om haar drie keer per week te wassen

De familie vroeg nadien om haar elke dag te wassen. Ik herinner mij **één keer** dat ik haar gewassen heb op zaterdag, niet bij haar thuis, maar bij haar dochter in december 2013. ” Werd verzekerde dus maar één keer gewassen op een zaterdag? De verklaring is niet zo duidelijk.

Verpleegkundige G verklaarde op 29.5.2015.

“ Nu gaan we **al maanden niet meer** op advies van de rabbijn. **Nu** gaan we wel op zondag ..” Blijkbaar ging men nooit op zaterdag (Sabbat), maar wel vanaf 2015 op zondag (= voor de incriminatieperiode).

In het zeer summiere verpleegdossier (juli 2013) staat vermeld “ maar patiente laat zich niet elke dag wassen, met de familie bespreken, en patiente toch kunnen overtuigen om dagelijks te wassen omwille van incontinentieproblemen ” het is niet zo duidelijk of de problematiek werd besproken (wat men zich blijkbaar wel voornam te doen) en, in voorkomend geval, of men verzekerde toch heeft kunnen overtuigen om zich dagelijks te laten wassen, noch is, in voorkomend geval, geweten sinds wanneer.

Verder kan men zich afvragen hoe één en ander te rijmen valt met de zeer duidelijke verklaringen van “de familie” (zie verklaringen van dochter en schoondochter).

Er wordt nu een vooraf getypte verklaring d d 17 april 2015 voorgelegd waarin de verzekerde beweert dat de verpleegkundigen na een tijd dagelijks zijn langs geweest (stuk 8 dossier appellanten). **Het is niet duidelijk vanaf wanneer dit dan wel zou zijn geweest.** Het is ook niet geweten in welke omstandigheden deze geschreven verklaring werd afgelegd. Hoe dan ook gaat de voorkeur naar de oorspronkelijke verklaring, afgelegd aan de verpleegkundigen – controleurs.

Kinesiste X verklaarde op 16 10 2016 (stuk 8 dossier appellanten) dat de verpleegkundigen dagelijks zouden komen. Het is evenwel niet geweten sinds wanneer “ komen ze dagelijks ”, heeft blijkbaar geen betrekking op het verleden.

De verpleegkundigen blijken niet in staat te zijn te preciseren vanaf wanneer ze de verzekerde ook zaterdag en/of zondag zijn gaan wassen.

Volgens de dochter en schoondochter van verzekerde kwamen ze ook langs op zondag **vanaf 2015**.

Gelet op de onduidelijkheid in de verklaringen van de verpleegkundigen, wordt de voorkeur gegeven aan de verklaringen van de verzekerde en haar dochter en schoondochter, die geen enkel belang hebben om een onjuiste verklaring af te leggen. De verklaringen van de verpleegkundigen en het verpleegdossier zijn onduidelijk. Ze hebben er uiteraard bovendien belang bij meer prestaties aan te geven.

5 2 2. tenlastelegging 2: conformiteitsinbreuken (te hoge FF)

5 2 2 1 L

In de tussenbeslissing van 19 10 2017 werd geoordeeld dat op basis van de beschikbare gegevens in het dossier aan verzekerde L in de periode van 6 mei 2013 tot 29 september 2013 voor toiletbezoek wel een score 3 kon worden gegeven, vermits zij hulp had voor twee van de drie items aldus werd voor die periode terecht FF A aangerekend. De tussenbeslissing heeft dienaangaande gezag van gewijsde en kan enkel bestreden worden in graad van beroep.

Wel werd gevraagd om voor de volgende periode (7 10 2013 tot 29 6 2014) het verpleegdossier na te zien teneinde na te gaan waarom in deze periode het aangerekende forfait werd opgetrokken (tussenbeslissing randnr 38).

Het verpleegdossier voldoet niet aan de nomenclatuurvereisten, maar is wel uitgebreider. Wat wel opvalt is dat het verpleegdossier in één tijd werd opgesteld (regelmatig en zelfde doorlopend geschrift), wat er kan op wijzen dat het a posteriori werd opgesteld (zie supra).

Het verpleegdossier verklaart geenszins waarom appellante in de periode van oktober 2013 tot en met juni 2014 een score 3 gaf voor het item "transfer en verplaatsing" en eveneens score 3 voor "continentie" (zie verpleegdossier, oktober 2013). Vanaf november 2013 werd wel vermeld "Herscoord FA => FF B".

Het is niet zo duidelijk waarom de score voor "transfer en verplaatsing" verhoogde van 2 naar 3. Er is geen bewijs dat de toestand van de verzekerde achteruit ging "transfer en verplaatsingen" bleven mogelijk, desnoods met een hulpmiddel (stok, rollator, papegaai). In het verpleegdossier juli 2013 staat vermeld "motoriek blijft status quo (vgl. verpleegdossier oktober 2013 "Telkens uit bed gehaald met steun van papegaai en ons hulp, dit lukt best goed stappen ging iets minder => goed ondersteund"), wat niet wijst op een achteruitgang, vgl. Maart 2014. "Ze kan mits ondersteuning aan de muren en kast de deur opendoen voor de mensen".

Wat continentie betreft, zowel verzekerde als haar huisarts verklaarden dat er geen incontinentie was voor urine, enkel een risico op accidentele incontinentie voor stoelgang.

Het is onbegrijpelijk waarom eerste appellante vanaf 1 10 2013 een score 3 geeft voor het item "transfer/verplaatsing", terwijl uit alle verklaringen (verzekerde, huisarts én de ondervraagde verpleegkundigen) blijkt dat de verzekerde zich behoorlijk kon verplaatsen, weliswaar mits gebruik van een hulpmiddel, wat trouwens ook kon worden **vastgesteld** door de verpleegkundigen – controleurs. Ook verpleegkundige Y scoorde (terecht) 2.

Het is even onbegrijpelijk waarom appellanten score 3 geven voor toiletbezoek Volgens de verzekerde kon ze zelfstandig naar het toilet gaan, haar broek op en af doen en zich reinigen Dit werd bevestigd door de huisarts (Dr Z .., verklaring van 5 5 2015)

Het is niet duidelijk waarom de verpleegkundigen voor het item "continentie" de score vanaf 1 10 2013 optrekken van 2 naar 3.

Uit geen enkele verklaring blijkt dat er vanaf die datum een wijziging optrad. De latere verklaring (12 10 2016) van AX is onduidelijk (periode?)

In de verpleegdossiers wordt benadrukt dat de verzekerde zeer wantrouwig was en een zwakke gezondheid had De concrete invloed ervan op haar zelfredzaamheid blijkt echter niet Die weerslag moet nochtans worden aangetoond De geschreven verklaring van verzekerde voldoet niet aan de artikel 961/2 GerW Wellicht is deze verklaring opgesteld door appellanten zelf en vervolgens ter ondertekening voorgelegd aan de verzekerde deze laatste bevond zich ongetwijfeld in een dermate precare en afhankelijke toestand, dat niet tekenen geen optie voor haar was

Ook hier kon dus een TFF A worden aangerekend, zodat de inbreuk maar deels is bewezen (verschil tussen FF A en FF B voor één der weerhouden periodes)

5 2 2 2. M.

Het gaat over een beperkte periode (11 5 2013 => 30 9 2013) (Zie tabel, gevalbespreking, 9/33)

De verzekerde was gevallen in januari 2013, waarna ze een korset moest dragen,

De huisarts, Dr, BX, zag haar nog op 12 2 2013 met een korset (verklaring d.d 4 5 2015)
Het al of niet (moeten) dragen van een korset blijkt een scharniermoment te zijn geweest

Appellante G verklaarde op 29 5 2015 dat de verzekerde in de periode juni 2013 => juni 2014 nog een korset droeg

De huisarts preciseerde nochtans dat ze het korset vanaf 19 3 2013 regelmatig mocht uitlaten Hij bezocht haar op 21 mei 2013 en **toen droeg ze haar korset niet meer.**

De huisarts besloot dan ook. "Vanaf 19 3 2013 kon ze zeker alleen in en uit bed Ook voor verplaatsing had ze geen hulp nodig, ook niet voor toiletbezoek Ze was niet incontinent"

Tot 19 3 2013 droeg de verzekerde pampers omdat ze 's nachts niet uit bed mocht komen zonder korset

De verklaringen van appellanten wegen niet op tegen de duidelijke vaststellingen van de huisarts (allicht geput uit een door hem opgesteld Globaal Medisch Dossier)

Er is duidelijk overscoring In de onderzochte periode lieten appellanten onterecht na om terug te scoren vanaf 19 3 2013

Zoals hoger al gesteld werd later in het verpleegdossier, aanvulling mei 2013, toegevoegd (in een ander letterschrift. "moet corset langer dragen" De bedoeling is maar al te duidelijk

De argumentatie van de verpleegkundige-controleur is correct en kan worden bijgetreden

5 2 2 3 N

Volgens de dochter van de verzekerde kwam de verpleging nooit wassen (Er was enkel wondzorg)

Volgens appellanten had die dochter evenwel psychische problemen, zodat in de tussenbeslissing werd geoordeeld dat met de verklaring van de dochter geen rekening kan worden gehouden

In de tussenbeslissing werd ook geoordeeld dat er overscoring is voor continëntie en dat een score 2 kan worden toegekend voor "transfer/verplaatsing"

Voor continëntie kan slechts score 1 worden toegekend (cfr verklaring huisarts Dr CX.. d d 4 5.2015)

Het verpleegdossier is eerder nietszeggend over de scores voor de diverse items er word eerder een beschrijving gegeven van het algemeen (on-)welzijn Er is sprake van "niet optimale mobiliteit" en het is niet zo duidelijk wat daarmee wordt bedoeld

Het is niet zo duidelijk waarom score 3 werd gegeven voor "transfer/verplaatsing"

De huisarts, Dr. CX , bevestigde dat de verzekerde zelfstandig naar het toilet kon gaan, zich kon reinigen en zelf haar broek op en af kon doen

Appellante W gaf ook een score 2, zodat deze score kan weerhouden worden, temeer daar in het verpleegdossier voor de weerhouden periode niets is terug te vinden. Terecht oordeelde de Leidend ambtenaar dat slecht een T7 kon worden aangerekend

5 2 2 4 O....

In de periode 1 5 2013 => 30 6.2014 werd een FF B aangerekend Volgens de DGEC moest dit een T7 zijn

De betwisting gaat over 3 items: "transfer/verplaatsing", "toiletbezoek" en "continentie", zoals in de meeste verder besproken gevallen

In de tussenbeslissing werd gesteld

" De Kamer stelt vast dat er tussen partijen betwisting bestaat over de score voor de criteria "transfer en verplaatsingen", "toiletbezoek" en "continentie"

Hoewel de betrokken verzekerde en haar huisarts beweren dat zij zelfstandig in en uit bed kon en zij zelfstandig naar het toilet kon, zijn de verpleegkundigen het er unaniem over eens dat de verzekerde dag en nacht in haar zetel zat, dat zij haar bed niet gebruikte, en dat haar luiers altijd bevuild waren

Het gegeven dat de verzekerde incontinent zou zijn en/of hulp nodig zou hebben om zich te reinigen, kan niet worden onderzocht aan de hand van een verhoor omdat redelijkerwijze kan worden aangenomen dat de verzekerde hierover wel enige schroom kan hebben " (tussenbeslissing p 16, randnr 43).

Ook volgens het verpleegdossier kwam de huisarts (Dr. DX .) regelmatig langs Met andere woorden moet de huisarts goed op de hoogte zijn geweest van de zelfredzaamheid van verzekerde De huisarts verklaarde op 6 5 2015 (gevalsbespreking 15/33)

" Ik ken mw O sedert meer dan 10 jaar Deze dame woont alleen Ze heeft hulp nodig om zich te wassen en te kleden Grotendeels is mw goed bewust en kan consistent oordelen

Mw. kon zelf in en uit haar bed in de periode 2013-2014 In die periode kon ze **onafhankelijk naar toilet** gaan

Ik ga daar steeds op huisbezoek Soms moet ik dan even wachten voor ze opendoet omdat ze op toilet is Ze is **niet echt incontinent** Ze heeft af en toe een ongelukje omdat ze niet snel genoeg op het toilet geraakt. **Binnenshuis kan ze zich zelf verplaatsen** Voor verplaatsingen buitenshuis heeft ze hulp nodig "

Eén en ander wordt bevestigd door de verzekerde zelf en door haar vaste hulp EX die daar al 18 jaar kwam en aanwezig was bij het verhoor van de verzekerde

De verklaringen van de verpleegkundigen zijn verre van eenduidig **Ze kwamen er overigens maar eens per dag** Verpleegkundige A weet niet

of ze alleen naar het toilet kan gaan. Ze zegt wel dat thuishulp EX haar helpt bij toiletbezoek.

Verpleegkundige W. scoort (in de beschouwde periode) 2 voor toiletbezoek.

Verpleegkundige FX verklaarde dat ze akkoord ging dat de verzekerde zelfstandig naar het toilet kon gaan (hoewel ze het zelf nooit zag)

Wat "transfer/verplaatsing" betreft zijn de verpleegkundigen tamelijk terughoudend (ze zijn er niet altijd bij), maar verpleegkundige FX verklaarde op 21/5/2015 dat de verzekerde in huis met de rollator stapte, alleen uit de zetel kon ("als het moet"). Het verpleegdossier vermeldt op 30/9/2013 dat de haarwassing vlot gaat in de zetel. Volgens verpleegkundige FX werd haar haar gewassen in de keuken. "Zij stapt dan met de rollator naar de keuken" (verklaring d.d. 21/5/2015)

In het verpleegdossier is er sprake van een doordringende urinegeur. Het is wel eigenaardig dat de thuishulp en de huisarts die blijkbaar niet opmerkten.

De argumentatie van de verpleegkundige – controleur kan worden gevolgd. Er was een te hoge score voor de 3 betwiste items, zodat slechts een T7 kon worden aangerekend.

5.2.2.5_K

Eens te meer gaat de betwisting hier over 3 items "transfer/verplaatsing", "toiletbezoek" en "continentie".

Er werd een nieuwe verklaring van de verzekerde (d.d. 12/4/2015) neergelegd die strijdig is met de oorspronkelijke verklaring (van 3/3/2015). De voorkeur gaat naar de oorspronkelijke verklaringen en deze van schoondochter V. De verzekerde was zorgbehoevend en dus ook sterk beïnvloedbaar door de zorgverleners.

De verklaring van kinesist X is onduidelijk (zie ook al supra tenlastelegging 1).

Het verpleegdossier is evenmin duidelijk of nauwkeurig. Het valt op dat het eerste deel ("Opstart 3 juni 2013" tot "12/2013") is opgesteld in eenzelfde doorlopend schrift. Het tweede deel (vanaf 1/2014) is opgesteld door een andere verpleegkundige in eenzelfde doorlopende tekst. Het is duidelijk dat die teksten a posteriori werden neergepend en niet regelmatig en gedetailleerd werden aangevuld door de respectieve bezoekende verpleegkundige.

De verzekerde verklaarde op 3/3/2015 dat ze zich binnen verplaatste met een rollator (ook om naar het toilet te gaan). Ze sliep (meestal) boven en ging dan de trap op naar boven. Ze had niet elke dag hulp nodig om uit bed te komen.

Haar huisarts, Dr U , scoort 2 voor transfer/verplaatsing de verzekerde had niet altijd hulp nodig van derden Ook om naar toilet te gaan gebruikte ze de rollator (wat verpleegkundigen W en FX bevestigden) De verzekerde verklaarde geen hulp nodig te hebben om naar toilet te gaan (verklaring d.d 3 3 2015) Dit werd bevestigd door haar huisarts en door haar dochter V (die wel preciseerde dat ze daar af en toe hulp bij had)

Volgens de verpleegkundigen kon de verzekerde alleen naar het toilet gaan en haar kledij uit en aan doen (verklaring verpleegkundigen A . en W), maar zich niet reinigen.

De verzekerde preciseerde dat zij inlegverband droeg (en dit soms nat was) De huisarts bevestigde dat de verzekerde accidenteel incontinent was

Verpleegkundige FX had het over “ eventuele accidentjes die zij had ”

De scores voor de 3 betwiste items waren dus inderdaad te hoog en de argumenten van de DGEC kunnen worden bijgetreden

5 2 2 6. P. _____

De verzekerde werd niet verhoord Diens echtgenote werd wel verhoord, in bijzijn van verzekerde

Ook hier werd een nieuwe verklaring neergelegd, beweerdelijk uitgaande van de verzekerde (of diens echtgenote) er wordt daarin teruggekomen op de oorspronkelijke verklaring Er kan ook hier sterk betwijfeld worden of dit spontaan gebeurde Zoals in andere gevallen waarbij een nieuwe verklaring wordt neergelegd +/- 1 maand na de oorspronkelijke, wordt de voorkeur gegeven aan de oorspronkelijke verklaring De verzekerden bevonden zich in een precare situatie en konden gemakkelijk beïnvloed worden door de verpleegkundigen De verpleegkundigen hebben overigens tevergeefs ook gepoogd de huisarts te beïnvloeden: “ (Huisarts Dr GX d d “ ... **De verpleging heeft me gevraagd om hun Katz-score te bevestigen, wat ik geweigerd heb . ”)**

Andermaal zijn de betwiste items “transfer/verplaatsing”, “toilet” en “continentie” Andermaal staan de verklaringen van de verzekerde en van de huisarts quasi haaks op die van de verpleegkundigen

De echtgenote van de verzekerde verklaarde op 26 2 2015

“ Mijn man kan zelf in en uit bed en in en uit de zetel Moelijk maar het gaat alleen Hij kan steeds zelf naar toilet gaan Zijn broek op en afdoen en zich reinigen Soms begeleid ik hem, meer uit voorzorg, hij valt soms Hij heeft een blaassonde sinds september '14 Daarvoor was hij nooit incontinent, hij kon niet plassen Hij was nooit nat

In huis loopt hij rond met een stok of een rollator”.

Deze verklaring ligt in de lijn van de verklaring van de huisarts (verklaring d d 5.5 2015 “ Dhr. P kan zelf in en uit bed Hij kan zich zelfstandig verplaatsen met behulp van een stok Hij kan zelf naar toilet gaan, zich reinigen, broek op en af doen. Hij was **niet incontinent**, had wel nycturie en moest regelmatig uit bed om te plassen...”) Volgens het verpleegdossier kwam de huisarts regelmatig langs

De verklaringen van de verpleegkundigen zijn niet eenduidig Het verpleegdossier is zeer summier en (wat de beschouwde periode betreft) aaneengeschreven in eenzelfde handschrift door dezelfde verpleegkundige

Het verpleegdossier klopt overigens niet helemaal met de verklaringen van de verpleegkundigen Volgens die verklaringen blijkt niet dat de verzekerde constant viel hij verplaatste zich met een rollator of stok (= score 2 voor “transfer/verplaatsing”)

Volgens de verpleegkundigen A . en W kon verzekerde alleen naar toilet gaan met zijn rollator

Weerom blijken de verklaringen van de (echtgenote van) verzekerde en diens huisarts niet te kloppen met (sommige) scores van de verpleegkundigen De huisarts kent de verzekerde goed en heeft geen enkel belang om onjuiste scores te geven

Voor de betwiste items was er terug een te hoge score

5 2 2 7 I

De inbreuk is bewezen de tussenbeslissing heeft gezag van gewijsde (en zou ondertussen in kracht van gewijsde zijn gegaan)

5 2 2 8 J

De inbreuk is bewezen de tussenbeslissing heeft gezag van gewijsde (en zou ondertussen in kracht van gewijsde zijn gegaan)

5 2 2 8 Q

De betwiste items andermaal “transfer/verplaatsing”, “toilet” en “continentie”

Er wordt geen rekening gehouden met de verklaring van de verzekerde, want die was volgens de tussenbeslissing al dementerend

Hier ook werd het verpleegdossier in één tijd en in eenzelfde regelmatig handschrift opgesteld, wat toch opnieuw argwaan opwekt

Huisarts Dr HX verklaarde op 5.5 2015

“ .. Ik ken mw Q sinds 2002. Ze kwam steeds naar de raadpleging hier Mevrouw kreeg hulp voor wassen en kleden alsook voor injecties Ze kon zich 's avonds uitkleden .. Ze kon alleen in en uit haar bed Ze kon zichzelf verplaatsen in die periode 2013-2014 Ze maakte gebruik van een stok en een rollator Ze ging zelf de trap op en af Ze kon zelfstandig naar toilet gaan, en zich reinigen Daar ze soms incontinentie problemen had en te laat was om het toilet te bereiken, had ze wel eens urineverlies in haar pamber ... Ze woonde hier zelfstandig alleen “

De verklaringen van de verpleegkundigen kloppen niet helemaal met het verpleegdossier. Blijkbaar was de verzekerde wel zelfredzamer dan wat werd neergepend in het verpleegdossier Verpleegkundige G scoorde 2 voor toiletbezoek Verpleegkundige W scoorde 2 voor “transfer/verplaatsing” (“ . Ze kan zichzelf verplaatsen Ze kan stappen ”) en meende dat ze alleen naar het toilet kon gaan (score 1), wat ook de mening was van verpleegkundige W (ook score 1) Wel mag aangenomen worden dat voor “continentie” een 3 kon worden gescoord (cfr mening huisarts)

Gelet op de diverse verklaringen kon ook hier een T7 (+ insputing) worden aangerekend

5.2.3 recapitulatie de bedragen.

5.2.3.1 tenlastelegging 1

Teveel aangerekend	4976,44 €
Reeds betaald	- 739,29 €
Saldo	4237,15 €

5.2.3.2 tenlastelegging 2

Teveel aangerekend	24 018,44 €
Rechtzetting L (FF A hele periode)	-1696,37 €
(= 3641,80 € – 1945,43 €)	
Saldo	22 322,07 €

5.2.4 Solidariteit: artikel 164 al 2 ZIV-wet

“ De ten onrechte uitbetaalde prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging die langs de derdebetalersregeling zijn betaald, moeten terugbetaald worden door de zorgverstreker die de wets- of verordeningsbepalingen niet heeft nageleefd. Indien een natuurlijke persoon of een rechtspersoon de prestaties voor eigen rekening heeft geïnd, is deze samen met de zorgverlener hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling ervan ”

Appellanten zijn bijgevolg solidair gehouden tot terugbetaling

5.3. de administratieve geldboete:

5.3.1 principes.

Goede trouw speelt geen rol bij de strafbaarheid van de overtredingen van de nomenclatuur (wél bij de straftoemeting)

Hoewel een louter “materieel” misdrijf niet bestaat, is niet noodzakelijk kwade trouw of een ander bijzonder opzet vereist als constitutief bestanddeel van de strafbare inbreuk. Elke inbreuk onderstelt wel altijd een moreel element. Bij gebrek aan nadere precisering of expliciet intentioneel strafbaarheidsvereiste volstaat het bewijs dat de dader de inbreuk wetens en willens, dit wil zeggen vrijwillig en zonder enige dwang, heeft gepleegd. De dader gaat dan pas vrijuit als overmacht, onoverwinnelijke dwaling of een andere schulduitsluitingsgrond is aangetoond, minstens geloofwaardig is (Cass 27 9 2005, P 05 0371.N/1)

Een administratieve geldboete kan worden opgelegd in geval van een louter administratieve vergissing, onachtzaamheid, slordigheid of onwetendheid. Onwetendheid zou wel kunnen ingeroepen worden, maar enkel als deze te wijten is aan een onoverkomelijke gebeurtenis waar men geen vat op heeft (AH Antw , 8 4 2008, onuitgegeven, AR 2010623, inzake van PONJAERT t RIZIV)

5.3.2 beoordeling in concreto

De gepleegde inbreuken zijn objectief ernstig te noemen, vermits duidelijke nomenclatuurregels doelbewust werden geschonden (zeker wat de realiteitsinbreuken betreft). Appellanten gaven sommige inbreuken toe. De door hen betwiste inbreuken zijn manifest bewezen gebleken door een grondig onderzoek (behouden tenlastelegging 2 L .) Hier is geen sprake van loutere nalatigheid.

Als verpleegkundigen de richtlijnen/nomenclatuur verkeerd interpreteren, gaat (schaars) geld verloren dat elders in de gezondheidszorg van groot belang kan zijn. De inbreuken getuigen van een gebrek aan respect voor

het systeem dat grotendeels op vertrouwen is gebaseerd (zeker bij derde betalingsregeling)

De nomenclatuur is duidelijk genoeg. Van zorgverleners mag worden verwacht dat ze nomenclatuur, zeker deze met betrekking tot hun beroep, kennen en correct toepassen. Onwetendheid is geen verzachtende omstandigheid. Uiteraard zijn er soms interpretatieproblemen en kan de zorgbehoefte van de verzekerde wat wisselen in de tijd (waardoor men hetzij gemiddelden kan nemen of de scores tijdelijk moet aanpassen), maar het geeft te denken dat appellanten dikwijls te hoog scoorden (voornamelijk voor de items "transfer/verplaatsing", "toilet" en "continentie"). Bij het doelbewust overtreden van de nomenclatuur, om welke reden dan ook, is in principe een effectieve geldboete van 100 % van de verkeerde aanrekeningen volkomen gerechtvaardigd. Bij realiteitsbreuken (dit wil ook zeggen intellectuele valsheid in geschrifte) is 150 % in principe een gepaste sanctie. Zoals reeds gezegd, met de schaarse middelen van volksgezondheid moet correct worden omgesprongen, in het belang van de beroepsgroep waartoe men behoort, de andere zorgverleners en de verzekerden die verzorging nodig hebben en rekenen op solidariteit. Straffen moeten rekening houden met de concrete omstandigheden van de zaak en de houding van degene die wordt vervolgd, maar omwille van het gelijkheidsbeginsel en een uniform vervolgingsbeleid wordt beter niet afgeweken van principes die in het verleden werden toegepast en aanleiding gaven tot een redelijk uniforme bestraffing. gelijke vervolging voor gelijkaardige inbreuken en gelijke bestraffing ervan in gelijkaardige omstandigheden (*weliswaar rekening gehouden met de bijzonderheden van elke zaak zie hieronder*)

In vergelijking met gelijkaardige zaken (realiteits- en conformiteitsinbreuken) was de beoordeling van de DGEC correct, rekening gehouden met volgende verzachtende omstandigheden

- er waren geen antecedenten
- appellanten werkten min of meer mee aan het onderzoek
- sommige inbreuken werden toegegeven (wat duidt op schuldinzicht)

De sanctie voor tenlastelegging 1 wordt wel lichtjes herleid

OM DIE REDENEN,

DE KAMER VAN EERSTE AANLEG die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in het bijzonder op de artikelen 144 en 145, en op artikel 112 van de Gezondheidswet van 13 december 2006,

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

Na heropening der debatten en verder rechtsprekende op tegenspraak.

Verklaart het hoger beroep gedeeltelijk gegrond,

Bevestigt de bestreden beslissing, mits volgende wijzigingen.

- de terugvordering is gegrond voor een bedrag van 27 298,51 €, (=4976,44 € + 22322,07 €)
- er werd reeds 739,29 euro vrijwillig terugbetaald Na de beslissing van de Leidend ambtenaar werd er nog 1612,7 euro vrijwillig terugbetaald Het openstaand saldo is dus 24 946,52euro (27 298,51 – 2 351,99)
- de administratieve geldboete wordt pro rata van het bedrag van de (herleide) terugvordering ook herleid,
- voor de tenlastelegging 1 wordt uitstel verleent voor de helft (= 75%) voor een termijn van 3 jaar,
- voor de niet-uitgevoerde verstrekkingen (tenlastelegging 1): een administratieve geldboete van 150%, zijnde 7 464,66 euro, waarvan 75%, zijnde 3 732,33 euro, effectief wordt opgelegd en 75%, zijnde 3 732,33 euro wordt opgelegd met uitstel gedurende een periode van drie jaar,
- voor de niet-conforme verstrekkingen (tenlastelegging 2) een administratieve geldboete van 100% zijnde 22 322,07 euro, waarvan 50%, zijnde 11 161,035 euro, effectief wordt opgelegd en 50%, zijnde 11 161,035 euro, wordt opgelegd met uitstel gedurende een periode van drie jaar
-

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 18 februari 2019 van de Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands behandeld moeten worden, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsuitkering, opgericht bij artikel 144 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en ondertekend door

- Jan Vermeir, magistraat, Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg,
- Martin Volcke, griffier

Volgen de handtekeningen

De griffier,

Martin Volcke

De Voorzitter,

Jan Vermeir

De Kamer van eerste aanleg die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands behandeld moeten worden, die in die taal de zaak heeft gehoord en er in die taal over beraadslaagde, was samengesteld uit de heer Jan Vermeir, magistraat, stemgerechtigd Voorzitter, dokter Bernard Debbaut en dokter Jacky De Pierre, stemgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede de heer Louis Paquay en mevrouw Ingrid Van Deuren, stemgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve vereniging van verpleegkundigen

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

De beslissingen van de Kamer van eerste aanleg zijn van rechtswege uitvoerbaar bij voorraad niettegenstaande beroep (artikel 156, § 1, eerste lid). De verschuldigde sommen worden binnen de dertig dagen volgend op de kennisgeving van de in het eerste lid bedoelde beslissingen betaald. Bij gebrek aan betaling binnen die termijn, brengen de nog verschuldigde sommen van rechtswege interesten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken zoals voorzien in artikel 2, § 3, van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening, te rekenen vanaf het verstrijken van die termijn (artikel 156, § 1, tweede lid).

