

BESLISSING VAN DE LEIDEND AMBTENAAR

Betreft: **A...**
 Gegradueerde verpleegkundigen en ermee gelijkgestelden
 XXXX
 XXXX
 RR nr.: XXXX
 RIZIV nr.: XXXX

En

B..., KBO-nr. XXXX, met maatschappelijke zetel te XXXX, XXXX

Gelet op artikel 77*sexies* van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: GVU-wet);

Gelet op de ter post aangetekende brief van 29/04/2019, overhandigd aan de postdiensten op 29/04/2019, ter kennis gegeven aan mevrouw A... en B... en waarbij laatstgenoemde werden gevraagd schriftelijke verweermiddelen mee te delen;

Gelet op de schriftelijke verweermiddelen ontvangen op 19/05/2019.

1. UITEENZETTING VAN DE FEITEN

1. Gegevens SZV

RAADPLEGING

Persoonsgegevens | Detail | Conventie-D.Betaler | Specifieke gegevens | Werk adres | Type brieven | Hist

Individuele zorgverstrekkers

Ruznummer [redacted] Modulo 97

Nationaal nummer [redacted]

Familienaam [redacted]

Voornamen [redacted]

Taal [Nederlands]

Geslacht M V

Geboortedatum [redacted]

Contactadres (Private) [\(My portal\)](#)

Beschrijving [redacted]

Land [BELGIE]

Straat [redacted] Nr [redacted] Bus [redacted]

Postnummer [redacted] Plaats [redacted]

Prov/Nr [redacted]

Er wordt hoofdzakelijk via C... aangerekend.

Bestaande verbanden | Medische toestellen

Instellingen

Riziv-nummer	Naam	Rol/Vanaf	Tot

2. Gegevens van het rijksregister en de kruispuntbank ondernemingen

KBO-nummer: XXXX B... (zie bijlage 2 van de fiche met gegevens 'schorsing van de betaling via derdebetalende')

Verantwoordelijke is A...: RR-nr.: XXXX

Alle medewerkers, ook de zorgkundigen, hebben een eigen onderneming. De zorgkundigen zijn ingeschreven als zelfstandige. De aanrekeningen van de zorgkundigen gebeuren via het Rizivnummer van mevrouw A.... De zorgkundigen ontvangen de gelden ieder op een eigen rekeningnummer via C..., verminderd met een percentage voor mevrouw A....

Tabel zorgkundigen boekhoudperiode 2016:

Zorgkundige	RIZIV nummer	Rijksregister nummer	Naam	Voornaam	Gemeente	Postcode	Aantal prestaties	Terugbetalingen
2			D...				753	21.809,94
2			E...				3.511	56.678,40
2			F...				3.043	55.587,67
2			G...				758	21.468,57
2			H...				1.092	13.166,73
2			I...				3.285	57.995,71
2			J...				2.740	48.147,94
2			K...				3.500	54.091,48
2			L...				2.303	30.413,73
2			M...				478	5.558,70
2			N...				1.688	33.567,37
2			O...				10.067	244.127,07
2			P...				674	10.284,53
2			Q...				1.162	8.529,37
2			R...				796	12.221,24
2			S...				3.577	80.188,91
2			T...				626	11.311,38
2			U...				962	16.159,96

Tabel zorgkundigen boekhoudperiode 2017:

Zorgkudige	RIZIV nummer	Rijksregisternummer	Naam	Voornaam	Gemeente	Postcode	Aantal prestaties	Terugbetalingen
2			D...				4	167,65
2			E...				1.877	38.993,01
2			F...				3.324	62.581,39
2			G...				1.130	30.234,38
2			H...				1.192	17.233,23
2			I...				3.560	77.637,20
2			J...				581	12.609,01
2			K...				1.746	28.432,06
2			L...				695	12.005,54
2			N...				3.335	51.543,96
2			O...				12.439	284.859,79
2			P...				2.057	34.055,08
2			Q...				173	2.865,48
2			R...				494	9.905,11
2			U...				1.795	39.899,55

3. Gegevens VI

Contactgegevens van de groepering:

Website: [XXXX](#)

Telefoonnummer: XXXX

Persoon die communiceert in naam van de groepering: mevrouw A... is de verantwoordelijke.

4. Voorgeschiedenis in verband met het dossier

Juridisch:

- **E/XXXX**: onderzoek in verband met niet-conforme prestaties.

Beslissing Comité *d.d.* 02/02/2007: terugbetaling van 13.220,31 euro + administratieve geldboete van 50% effectief (= 6.610,15 euro).

- **E/XXXX**: onderzoek in verband met niet-uitgevoerde en niet-conforme prestaties.

Totale tenlastelegging van 123.125,78 euro (waarvan niet-uitgevoerde prestaties voor 43.648,65 euro en niet-conforme prestaties voor 79.477,13 euro).

De beslissing van de Kamer van beroep *d.d.* 19/07/2017 was een bevestiging van de beslissing van de Kamer van eerste aanleg: terugbetaling van 123.125,78 euro (hoofdelijk met B...) en t.a.v. mevrouw A... een administratieve geldboete van 144.950,11 euro effectief (150 %, zijnde 65.472,98 euro, voor de niet-uitgevoerde prestaties, en, 100 %, zijnde 79.477,13 euro, voor de niet-conforme prestaties).

- **E/XXXX**: onderzoek in verband met niet-uitgevoerde prestaties.

Een proces-verbaal van vaststelling werd opgesteld t.a.v. mevrouw A... en dateert van 25/01/2016 (dit proces-verbaal van vaststelling werd ter kennis gegeven aan mevrouw A... en B... op 29/01/2016). Meer bepaald, werden er in totaal voor 38.488,53 euro aan niet-uitgevoerde prestaties ten laste gelegd.

De procedure (Kamer van eerste aanleg) is nog lopende.

- **E/XXXX**: onderzoek in verband met niet-uitgevoerde en niet-conforme prestaties.

Een proces-verbaal van vaststelling werd opgesteld t.a.v. mevrouw A... en dateert van 28/09/2018 (dit proces-verbaal van vaststelling werd ter kennis gegeven aan mevrouw A... en B... op 28/09/2018).

Meer bepaald, werden de volgende inbreuken vastgesteld:

- Niet-uitgevoerde verstrekkingen t.a.v. 4 verzekerden voor een bedrag van 20.539,16 euro;
- Niet-conforme verstrekkingen (er werd niet voldaan aan de voorwaarden om een forfait aan te rekenen) ten aanzien van 11 verzekerden voor een bedrag van 145.538,50 euro (na toepassing van de verschilregel).

Het totale bedrag betreft dus 166.077,66 euro.

De interne administratieve procedure is nog lopende.

Profielen:

De profielen van mevrouw A... bevatten ook de prestaties van de zorgkundigen die via het Rizivnr. van mevrouw A... kunnen aanrekenen. De prestaties van de collega-verpleegkundigen van de groep van A... zijn hier evenwel niet in meegerekend. (zie bijlage 1 fiche)

5. Ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog

- De aanrekeningen van mevrouw A... maakten al meerdere keren het onderwerp uit van een onderzoek door de DGEC. Er zijn momenteel al twee definitieve beslissingen en er zijn nog twee dossiers lopende in verband met niet-uitgevoerde en/of niet-conforme verstrekkingen. Zoals hieronder zal blijken, volgen de ten laste gelegde periodes van de drie laatste dossiers elkaar telkens op. Mevrouw A... blijft dus in principe non-stop verkeerd aanrekenen.

E/XXXX: onderzoek in verband met niet-conforme prestaties

Beslissing Comité *d.d.* 02/02/2007: terugbetaling van 13.220,31 euro + administratieve geldboete van 50% effectief (= 6.610,15 euro).

Meer bepaald, werden in die administratieve beslissing de volgende tenlasteleggingen weerhouden:

- Geen of onvolledige verpleegdossiers t.a.v. 19 verzekerden voor een bedrag van 13.220,31 euro;
- Overschattingen van de Katzschaal t.a.v. 9 verzekerden voor een bedrag van 7.164,55 euro;
- Overschattingen van de Katzschaal t.a.v. 5 verzekerden voor een bedrag van 1.339,60 euro;
- Aanrekeningen op basis van voorschriften die niet voldoen aan de terugbetalingsvoorwaarden (op de voorschriften staan het aantal te verlenen verstrekkingen en de einddatum niet vermeld) en dat m.b.t. 6 verzekerden voor een bedrag van 1.154,00 euro;
- Het aanrekenen van het aanbrengen van oogdruppels die niet aanrekenbaar zijn volgens de nomenclatuur en dat bij 1 verzekerde voor een bedrag van 155,10 euro;
- Het aanrekenen van het preventief aanbrengen van zalf buiten een wondverzorging en dat bij 1 verzekerde voor een bedrag van 415,98 euro.

Tegen die beslissing werd geen beroep aangetekend.

De voormelde bedragen werden volledig betaald op de rekening van het Riziv d.d. 03/05/2007.

E/XXXX: onderzoek in verband met niet-uitgevoerde en niet-conforme prestaties

Totale tenlastelegging van 123.125,78 euro (waarvan niet-uitgevoerde prestaties voor 43.648,65 euro en niet-conforme prestaties voor 79.477,13 euro). De ten laste gelegde periode omhelsde 01/05/2012 tot en met 31/05/2013.

Beslissing Kamer van beroep d.d. 19/07/2017 bevestigde de beslissing van de Kamer van eerste aanleg, onder andere steunend op volgende motivering:

“Zoals door de Kamer van eerste aanleg terecht werd benadrukt, zijn er bovendien voldoende redenen om te moeten twifelen aan de goede trouw in dit dossier. Hoger werd immers vastgesteld dat A... zich bij herhaling schuldig heeft gemaakt aan het aanrekenen van niet uitgevoerde verstrekkingen, waarbij o.m. gebruik werd gemaakt van de naam van familieleden of vrienden, alsook aan een herhaalde manifeste overscoring en dit evenzeer ten aanzien van familieleden of kennissen.

De vastgestelde feiten maken bijgevolg zeer ernstige inbreuken uit op de verplichtingen als zorgverlener bij de aanrekening van de prestaties aan de ziekteverzekering.

Over het duidelijk gebrek aan voorzichtigheid en verantwoordelijkheid als medewerker aan deze verzekering, kan niet lichtzinnig worden geoordeeld. Gelet op de omvang en de financiële impact van de inbreuken komt het opleggen van een boete voor de aanrekening van niet uitgevoerde verstrekkingen, enerzijds, en voor de aanrekening van niet conforme verstrekkingen, anderzijds, ter zake geenszins onredelijk voor.”

Er werd een terugbetaling van 123.125,78 euro opgelegd (hoofdelijk met B...) en t.a.v. mevrouw A... een administratieve geldboete van 144.950,11 euro effectief (150 %, zijnde

65.472,98 euro, voor de niet-uitgevoerde, en, 100 %, zijnde 79.477,13 euro, voor de niet-conforme prestaties).¹

Meer bepaald, werden in die beslissing de volgende tenlasteleggingen weerhouden:

- Niet-uitgevoerde verstrekkingen t.a.v. 15 verzekerden (er werden 37 verzekerden onderzocht) voor een bedrag van 43.648,65 euro;
- Overschattingen op de Katzschaal t.a.v. 17 verzekerden voor een bedrag van 79.477,13 euro (na toepassing van de verschilregel).

Die beslissing is definitief.

Die beslissing liet mevrouw A... toe om de verschuldigde sommen af te betalen door maandelijkse termijnen van 2.000 euro en bepaalde dat bij niet naleving daarvan het verschuldigde saldo ineens opeisbaar is.

Mevrouw A... volgde de afbetalingsregeling niet stipt op. Sommige maanden werd er niets betaald.

Tot op heden werd op de rekening van het Riziv 33.565,89 euro betaald. De laatste ontvangstdatum is 13/07/2018.

Er wordt op gewezen dat zowel de Kamer van eerste aanleg, als de Kamer van beroep de vordering van de DGEC *volledig* hebben ingewilligd (zie bijlage 3 fiche).

E/XXXX: onderzoek in verband met niet-uitgevoerde prestaties

Een proces-verbaal van vaststelling werd opgesteld t.a.v. mevrouw A... en dateert van 25/01/2016 (dit proces-verbaal van vaststelling werd ter kennis gegeven aan mevrouw A... en B... op 29/01/2016).

Meer bepaald, werden er in totaal voor 38.488,53 euro aan niet-uitgevoerde prestaties ten laste gelegd. De ten laste gelegde periode omhelsde 01/12/2013 tot en met 31/07/2015. In dit dossier komen meerdere verzekerden aan bod voor wie ook in E/XXXX op naam van mevrouw A... prestaties werden ten laste gelegd. Mevrouw A... bleef dus bij dezelfde verzekerden niet-uitgevoerde prestaties aanrekenen.

De procedure is nog lopende.

De zaak is in staat van wijzen. De laatste besluiten, namens mevrouw A... en B..., werden door de griffie ontvangen op 3 januari 2019.

De partijen werden door de griffier van de Kamer van eerste aanleg opgeroepen om te verschijnen op de openbare terechtzitting van de Kamer van Eerste Aanleg op 17/06/2019.

E/XXXX: onderzoek in verband met niet-uitgevoerde en niet-conforme prestaties

Een proces-verbaal van vaststelling werd opgesteld t.a.v. mevrouw A... en dateert van 28/09/2018 (dit proces-verbaal van vaststelling werd ter kennis gegeven aan mevrouw A... en B... op 28/09/2018). De ten laste gelegde periode omhelsde 01/09/2015 tot en met 31/12/17.

Meer bepaald, werden de volgende inbreuken vastgesteld:

¹ Kvb 19 juli 2017, NB-005-16,37,
https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kv_b_verpleegkundige_20170719_2.pdf.

- Niet-uitgevoerde verstrekkingen t.a.v. 4 verzekerden voor een bedrag van 20.539,16 euro;
- Niet-conforme verstrekkingen (er werd niet voldaan aan de voorwaarden om een forfait aan te rekenen) ten aanzien van 11 verzekerden voor een bedrag van 145.538,50 euro (na toepassing van de verschilregel).

Het totale bedrag betreft dus 166.077,66 euro.

Tenlastelegging	Aantal prestaties	Aantal verzekerden	Bedrag ten onrechte	Bedrag ten onrechte na toepassen verschilregel
TLL1 Niet verleende verstrekkingen	2134	4	20.539,16	20.539,16
TLL2 Niet voldoen aan de voorwaarden (overscoring)	28708	11	208.437,20	145.538,50
Totaal	30842	15	228.976,36	166.077,66

De interne administratieve procedure is nog lopende.

Mevrouw A... past het volgende systeem toe: Mevrouw A... werkt met zorgkundigen, die als zelfstandigen zijn ingeschreven. De zorgkundigen hebben mevrouw A... nodig om via haar Riziv-nr. te kunnen aanrekenen. Mevrouw A... ontvangt een percentage van de uitbetalingen van de prestaties aan de zorgkundigen. Aangezien de zorgkundigen ingeschreven zijn als zelfstandigen en per prestatie betaald worden, hebben ze er baat bij dat er zoveel mogelijk op hun naam wordt gefactureerd. (PVV (= proces-verbaal van verhoor) A... d.d. 23/07/2018 - zie bijlage 4 fiche).

Uit het PVV van verzekerde V... blijkt dat er aan de verzekerden een mantelzorgpremie wordt beloofd waardoor dat ook de verzekerden er alle baat bij hebben zich slechter voor te doen dan de werkelijkheid. (PVV V... d.d. 22/03/2018 – zie bijlage 5 fiche). Bij de verzekerden die een mantelzorgpremie krijgen is er een discrepantie tussen de zelfredzaamheid op basis van de verklaring van de verzekerden en de zelfredzaamheid op basis van de verklaring van de huisartsen.

(cf. PVV desbetreffende verzekerden:

W... d.d. 21/03/2018 – zie bijlage 6 fiche

X... d.d. 12/03/2018 – zie bijlage 7 fiche

Y... d.d. 21/03/2018 – zie bijlage 8 fiche)

Als men kijkt naar de verzekerden in de tenlastelegging in verband met niet-uitgevoerde verstrekkingen: bij 3 van de 4 verzekerden was op het moment van het verhoor van mevrouw A... de verzorging reeds gestopt. Dit waren verzekerden Z..., V... en XA.... Bij 1 verzekerde, namelijk XB..., werd volgens zijn eigen verklaring maar 2 x per week een toilet uitgevoerd. De aanrekeningsgegevens van het vierde trimester van 2018 tonen dat er nog altijd meer dan 2 toiletten per week worden aangerekend (zie gevalsbespreking bijlage 9 fiche).

Als men kijkt naar de verzekerden in de tenlastelegging van de overschattingen op de Katzschaal, dan constateren we dat er bij 5 van de 11 verschillende verzekerden geen

aanpassing van de Katzschaal is gebeurd in het vierde trimester. Bij W..., Y..., XC..., XD... en XE... is het forfait niet teruggezet naar een T7. Het vermoeden van overscoring blijft bestaan (zie gevalsbespreking).

We willen er op wijzen dat slechts een deel van de praktijk onderzocht is. Het is een praktijk van 512 verzekerden aangerekend op het Riziv-nr. van mevrouw A.... Uit deze praktijk werd een *at random* selectie verricht betreffende de prestaties van een forfait B. Hieruit zijn 30 verzekerden geselecteerd, waarvan na onderzoek 15 verzekerden werden ten laste gelegd. De helft was positief. Er werd maar 5,86 procent van het totaal aantal verzekerden effectief onderzocht.

- Mevrouw A... heeft een zeer hoog profiel:

- Voor het jaar 2017 werden er 50.141 prestaties voor 966.534,13 euro aan de verzekering voor geneeskundige verzorging aangerekend;
- Voor het jaar 2016 werden er 57.172 prestaties voor 1.064.652,83 euro aan de verzekering voor geneeskundige verzorging aangerekend;
- Voor het jaar 2015 werden er 48.326 prestaties voor 623.175,38 euro aan de verzekering voor geneeskundige verzorging aangerekend;
- Voor het jaar 2014 werden er 41.477 prestaties voor 543.705,67 euro aan de verzekering voor geneeskundige verzorging aangerekend;
- Voor het jaar 2013 werden er 39.854 prestaties voor 464.585,00 euro aan de verzekering voor geneeskundige verzorging aangerekend.

Uit het overzicht van de profielen van de jaren 2015, 2016 en 2017 blijkt dat mevrouw A... voor de erin weergegeven prestaties (425110, 425515, 425670, 425272, 425692, 425294, 425515 (enkel jaar 2016), 425316 en 425714) een percentiel inneemt tussen 99,54 en 100,00.

Onder de profielen vallen ook de verschillende zorgkundigen die voor haar werken.

Volgens de profielen van 2017 werden er 34.379 prestaties voor een totaalbedrag van 710.831,47 euro aangerekend door zorgkundigen.

Voorals zorgkundige O... valt op in de profielen, met een inkomen van 284.859,79 euro. Dat een zorgkundige dat bedrag haalt, komt onwaarschijnlijk voor gelet op de tijdsbesteding die nodig is om deze prestaties te kunnen verrichten.

In de verklaringen vind je deze naam ook vaak terug bij verzekerden (zie bijvoorbeeld verklaring Mevrouw V..., Mevrouw XD... en Mevrouw XF...).

- Recente fluxgegevens van de maanden oktober, november en december 2018 werden opgevraagd bij het Intermutualistisch Agentschap (IMA) om na te gaan of mevrouw A... haar gedrag heeft aangepast na het proces-verbaal van vaststelling van 28/09/2018.

Deze fluxgegevens bevatten evenwel nog niet alle prestaties.

De flux van oktober 2018

- De flux van oktober 2018 bevat enkel de gegevens van de VI (= verzekeringsinstelling) 1, 3, 4, 5 en 9;

- De gegevens ingediend in oktober 2018 bevatten prestaties met uitvoeringsdatum van 02/03/2017 tot en met 31/10/2018;
- Er zijn dus veelvuldig laattijdige ingediende prestaties, namelijk 929 verstrekkingen met prestatiedatum tot en met 31/08/2018 (De facturatie gebeurt via de derdebetalersregeling en dient op grond van het eerste lid van artikel 1 van het Koninklijk besluit van 19 mei 1995 *tot uitvoering van de artikelen 53 en 168 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994* te gebeuren binnen een termijn van twee maanden volgend op de maand waarin de verstrekkingen werden verleend; Het laattijdig indienen van de getuigschriften voor verstrekte hulp kan de controle hierop bemoeilijken wanneer zich een te grote termijn bevindt tussen het verrichten van de akten en het factureren ervan aan de verzekeringsinstellingen); Van deze 929 verstrekkingen hebben 306 verstrekkingen een prestatiedatum in 2017;
- In oktober 2018 zijn er 4.362 bezoeken aangerekend voor een totaalbedrag van 63.197,03 euro. Van deze 4.362 bezoeken, zijn er 3.378 bezoeken door 11 verschillende zorgkundigen aangerekend; De zorgkundige O... (Riziv nummer: XXXX) heeft 1.078 bezoeken afgelegd.
- Als men dit vergelijkt met de gegevens van de maand oktober 2017, namelijk 3.984 prestaties voor een bedrag van 73.187,56 euro, dan is er geen aanpassing van het gedrag maar eerder een stijging merkbaar in het aantal prestaties;
- De fluxgegevens van oktober 2018 bevatten, zoals eerder vermeld, nog niet de gegevens van alle VI's.

De flux van november 2018

- De flux van november 2018 bevat enkel de gegevens van de VI 1, 3, 4, 5 en 9.
- De gegevens ingediend in november 2018 bevatten prestaties met uitvoeringsdatum van 03/11/2016 tot en met 30/11/2018;
- Er zijn veelvuldig laattijdige ingediende prestaties, namelijk 548 verstrekkingen met prestatiedatum tot en met 30/09/2018. Van deze 548 verstrekkingen hebben 90 verstrekkingen een prestatiedatum in 2016 en 6 verstrekkingen een prestatiedatum in 2017. Het laattijdig indienen van prestaties kan de controle hierop bemoeilijken;
- In november zijn er 5.714 bezoeken aangerekend voor een totaalbedrag van 84.542,43 euro. Van deze 5.714 bezoeken zijn 4.599 bezoeken door 10 verschillende zorgkundigen aangerekend; De zorgkundige O... (Riziv nummer XXXX) heeft 1.541 bezoeken afgelegd.
- Als men dit vergelijkt met de gegevens van de maand november 2017, namelijk 4.129 prestaties voor een bedrag van 67.767,15 euro, dan is er geen aanpassing van het gedrag, maar eerder een stijging op te merken in het aantal prestaties en bedrag;
- De fluxgegevens van november 2018 bevatten zoals eerder vermeld, nog niet de gegevens van alle VI's.

De flux van december 2018

- De flux van december 2018 bevat enkel de gegevens van de VI 1, 3, 4, en 9.
- De gegevens ingediend in december 2018 bevatten prestaties met uitvoeringsdatum van 24/09/2018 tot en met 31/12/2018;

- In december 2018 zijn er 4.198 bezoeken aangerekend voor een totaalbedrag van 60.554,15 euro. Van deze 4.198 bezoeken zijn 3.999 bezoeken door 10 verschillende zorgkundigen gebeurd; De zorgkundige O... (Rizivnummer XXXX) heeft 1.155 bezoeken afgelegd.
- Als men dit vergelijkt met de gevens van de maand december 2017, namelijk 3.756 prestaties voor een 65.160,17 euro, dan is er geen aanpassing van het gedrag maar eerder een stijging merkbaar in het aantal prestaties;
- De fluxgegevens van december van 2018 zijn verre van volledig en bevatten enkel de gegevens van VI 1, 3, 4, en 9.

Voorlopig was er reeds 208.293,61 euro aangerekend in het vierde trimester van 2018, deze gegevens zijn weliswaar nog niet volledig.

In het vierde trimester van 2017 is 206.114,88 euro aangerekend.

De onvolledige fluxgegevens van het vierde trimester van 2018 overschrijden reeds het bedrag dat werd aangerekend in het vierde trimester van 2017.

Er is dus geen aanpassing van het aanrekeningsgedrag merkbaar.

2. VERWEER

Met de twee aangetekende brieven van 29/04/2019 werd de fiche met de aanwijzingen van bedrog, overeenkomstig artikel 77 *sexies* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 *betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen*, ter kennis gegeven aan respectievelijk mevrouw A... en B... en werd hen gevraagd schriftelijke verweermiddelen mee te delen.

Hieraan werd gevolg gegeven door mevrouw A... met het verweerschrift van 17 mei 2019, dat de volgende inhoud bevat:

In hoofdorde

- Mevrouw A... stelt dat de schorsing van uitbetaling niet kan worden opgelegd, aangezien niet voldaan is aan ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog dat cumulatieve voorwaarden zijn.
- Het onderzoek E/XXXX is volgens mevrouw A... gebaseerd op wilde en vage veronderstellingen aangezien de DGEC ervan overtuigd is dat verweersters fraude plegen, maar zich hiervoor baseren op een onderzoek waarbij amper 6 procent van de verzekerden werd onderzocht. Er is bijgevolg niet voldaan aan het criterium 'ernstig'.
- Mevrouw A... stelt dat de DGEC niet kan aantonen dat er kwaadwilligheid, opzettelijke misleiding en oneerlijkheid in hoofde van verweersters bestaat, noch dat verweersters de bedoeling hadden te schaden dan wel een financieel voordeel te behalen voor zichzelf of een derde. Ze hebben steeds in eer en geweten en naar beste vermogen aangerekend dus aan het criterium 'bedrog' is evenmin voldaan.
- Mevrouw A... stelt dat ook aan het criterium 'overeenstemmend' niet voldaan is gelet op het feit dat er tussen de eerste twee onderzoeken meer dan tien jaar zat en dat de laatste twee onderzoeken in geen geval een uitspraak behelzen (kunnen niet als antecedent beschouwd worden).
- Betreffende de nomenclatuur, de Katz schalen en de richtlijnen bij de Katz schalen brengt mevrouw A... enkele opmerkingen naar voor.

Mevrouw A... stelt eerst en vooral dat de richtlijnen bij de Katz schalen allesbehalve duidelijk en dus voor interpretatie vatbaar zijn. Ze geeft ook enkele voorbeelden van situaties die niet worden vermeld in de richtlijnen. Dat mevrouw A... een score toekent zoals zij er oprecht en in eer en geweten van overtuigd is dat deze juist is, kan niet beschouwd worden als bedrog en kan aldus niet tot de voorgestelde sanctie leiden. Richtlijnen zijn niet van openbare orde. De scoring van patiënten aan de hand van de richtlijnen is volgens mevrouw A... een subjectieve aangelegenheid en de richtlijnen zijn verre van duidelijk en consequent.

Ten tweede stelt mevrouw A... dat de her evaluatie van de DGEC onmogelijk de test van de redelijkheid kan doorstaan omwille van verschillende elementen.... Om te beginnen is het opstellen van een Katz schaal volgens mevrouw A... zeer persoonsgebonden en is het niet onwaarschijnlijk dat verschillende zorgverleners een andere opinie hebben m.b.t. de afhankelijkheid van een bepaalde patiënt. Er moet volgens mevrouw A... ook rekening gehouden worden met de wisselende gezondheidstoestand van bepaalde patiënten waardoor het niet mogelijk is een evaluatie op te stellen die voor elke dag geldt en er als het ware een gemiddelde per zes maanden genomen moet worden, tenzij bij sterke afwijkingen. De verpleegkundige en diens collega's die een bepaalde patiënt elke dag zien, zijn het best geplaatst om dit gemiddelde te bepalen en niet een verpleegkundigcontroleur. De DGEC houdt volgens mevrouw A... bij geen enkele van de inscoringen rekening met acute situaties zoals een opstoot van een bepaalde ziekte, een valpartij, operaties...die de zorgafhankelijkheid van de patiënt tijdelijk kunnen verhogen. Er wordt overigens evenmin rekening gehouden met de psyché van de patiënt (bv. dementie, vergeetachtigheid en moeilijk spreken).

Er moet ook rekening worden gehouden met het feit dat sociaal-inspecteurs meestal zonder enige achtergrondkennis van de toestand van de patiënten tot her evaluatie overgaan. De afhankelijkheidstoestand kan volgens mevrouw A... in geen geval worden beoordeeld op het ogenblik van het verhoor en het is dan ook intrinsiek fout om aan de hand van *de visu*-vaststellingen tijdens het verhoor een score toe te kennen aan de verzekerde. Wat de verpleegkundige-controleurs vaststellen tijdens het verhoor kan in geen geval enige (bijzondere) bewijswaarde hebben voor wat ten laste wordt gelegd.

Daarenboven zijn de huisartsen volgens mevrouw A... niet het best geplaatst om een score aan de patiënten toe te kennen aangezien zij de patiënt soms maandelijks maar soms ook slechts jaarlijks zien. Enkel de verpleegkundigen kunnen een degelijke en waarheidsgetrouwe score toekennen aan hun patiënten aangezien zij de patiënten meermaals per week, dagelijks of zelfs meermaals daags zien.

Er moet volgens mevrouw A... ook rekening worden gehouden met de gevoeligheid van de materie. Het is volgens haar weinig geloofwaardig dat zorgbehoevenden deze delicate zaken zo open en gemakkelijk met een vreemde gaan bespreken. De mogelijkheid bestaat immers dat zij zich schamen over hun gezondheidstoestand en de waarheid bijgevolg verbloemen. Deze redenering werd ook recent door de Kamer van Beroep bevestigd.

Ten derde bezit de adviserend arts van het ziekenfonds de eindverantwoordelijkheid met betrekking tot de beslissing over de afhankelijkheids categorie die overeenstemt met de toestand van een verzekerde. Mevrouw A... stelt dat ze op geen enkel ogenblik van de adviserend arts heeft vernomen dat de door haar bepaalde afhankelijkheidsgraad niet correct zou zijn.

- Betreffende het gedrag van verweersters stelt mevrouw A... dat ze haar gedrag wel heeft aangepast aangezien in 2018 talrijke terugscoringen hebben plaatsgevonden, de verpleegdossiers in orde zijn enz. Ze gedraagt zich dus volledig conform de wetgeving. De stijging in de flux van het aantal prestaties is

volgens mevrouw A... te wijten aan het feit dat ze praktisch dagelijks nieuwe patiënten verkrijgen. Sinds oktober 2018 tot op heden worden er immers, naast de bestaande patiënten, 68 nieuwe patiënten verzorgd.

Naast de stijging van de flux voor de maanden oktober en december 2018 wat betreft het aantal prestaties, is er een daling van het totaalbedrag. Dit toont volgens mevrouw A... duidelijk aan dat er veel terugscoringen hebben plaatsgevonden.

- Mevrouw A... stelt dat zij haar afbetalingsplan naar aanleiding van de voorgaande procedure tijdelijk heeft moeten opschorten omdat ze wegens aanpassingen aan de Katz schalen voor 2017 een bedrag van 34.724,96 euro moest terugbetalen aan de Christelijke Mutualiteit en de Voorzorg. Ze benadrukt dat ze haar afbetaling zo spoedig mogelijk zal hervatten.

Ondergeschikt

- Mevrouw A... verzoekt dat de schorsing van de uitbetaling slechts gedeeltelijk wordt opgelegd en voor een zo kort mogelijke periode en deze periode pas te laten ingaan op 01/09/2019. Verweersters betalen immers maandelijks enorme sommen geld af en het verlies van inkomen gedurende een volledig jaar zou de terugbetaling van de sommen die zij ingevolge het onderzoek E/XXXX dienen te betalen niet ten goede komen. Mevrouw A... is door voorgaande procedures bovendien zowel emotioneel als financieel geruïneerd en zij heeft twee kinderen die financieel een extra zware last vormen.
- Mevrouw A... verzoekt daarnaast dat indien de schorsing zou worden opgelegd, die pas zou ingaan vanaf 01/09/2019 aangezien haar collega op heden tot eind augustus in zwangerschapsverlof is. Het opleggen van de schorsing in de periode dat de collega nog in zwangerschapsverlof is, schaadt niet alleen de praktijk maar ook de patiënten en de zorg waar zij recht op hebben. De schorsing zou daarenboven de continuïteit van de zorg van de patiënten in gevaar kunnen brengen. De Leidend Ambtenaar dwingt mevrouw A... mogelijks tot het plegen van een misdrijf.

3. BEOORDELING

1. Betreffende de ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog

Conform artikel 77sexies GVVU-wet kunnen de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen in het kader van de regeling derdebetaler, geheel of gedeeltelijk worden geschorst voor een periode van maximaal 12 maanden indien er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog voorhanden zijn in hoofde van een zorgverlener in de zin van artikel 2, n GVVU-wet.

In de verweermiddelen van verweersters (*d.d.* 17/05/2019) werd gesteld dat de aangehaalde aanwijzingen waarop de gevraagde "sanctie" gebaseerd is, niet voldoen aan de criteria ernstig, bedrog (wat overigens geen criterium is, zie *infra*) en overeenstemmend. Bijgevolg kan volgens verweersters de "sanctie" niet worden opgelegd.

Hierbij dient eerst en vooral opgemerkt te worden dat de schorsing van de regeling derdebetaler, voorzien in art. 77sexies GVVU-wet, geen sanctie is maar een voorlopige maatregel die niet definitief ingrijpt op de rechten van verweersters.

De arbeidsrechtbank van Brussel oordeelde op 17 juli 2018 immers als volgt:²

“Overigens houdt de bestreden beslissing slechts een voorlopige maatregel in, die niet definitief ingrijpt op de rechten van X.

...

Er werd aan de eisende partijen immers geen (straf)sanctie opgelegd met de bestreden beslissing, doch slechts een tijdelijke voorlopige maatregel die in deze fase nog geen afbreuk doet aan het recht op vergoeding van de eisende partijen van de door x geleverde prestaties. De betalingen aan de eisende partijen worden enkel bevroren als bewarende maatregel van preventieve aard.

Een sanctie zal eventueel aan de eisende partijen opgelegd worden in een later stadium, in zoverre er inbreuken op de ziekteverzekeringswet worden vastgesteld in een proces-verbaal, en dit in overeenstemming met artikel 142, §1 van de Ziekteverzekeringswet.”

Ten tweede vormen de antecedenten/nog lopende onderzoeken, de hoegrootheid van alle voormelde bedragen en het aantal prestaties en de analyse van de fluxgegevens wel degelijk ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog. Dit wordt hieronder nogmaals uiteengezet.

Ernstige

Conform de Richtlijnen van 19 april 2017 houdt het begrip 'ernstige' het volgende in:

“Het moet gaan om zwaarwichtige feiten, zoals een reeks van niet verrichte prestaties. Het moet telkens gaan om een geloofwaardig, concreet en verifieerbaar element. Concrete gegevens over een omvangrijke onterechte facturatie versterken de ernst; dit kan ook het geval zijn bij reeksen van inbreuken op de conformiteit. De aanwijzingen moeten geen bewezen feiten zijn, maar mogen ook niet berusten op wilde of vage veronderstellingen. Ze moeten voldoende geloofwaardigheid bezitten. Het moet telkens gaan om een geloofwaardig, concreet en verifieerbaar element, maar het materieel en het intentioneel element van de fraude dient niet bewezen te worden.”³ (eigen onderlijning)

In casu gaat het eerst en vooral om zwaarwichtige feiten. In antecedent E/XXXX ging het maar liefst over niet-uitgevoerde prestaties voor een totaalbedrag van 43.648,65 euro. Ook de twee meest recente onderzoeken door de DGEC (E/XXXX en E/XXXX) betreffen beiden weer niet-verrichte prestaties. In dossier E/XXXX wordt er in totaal voor maar liefst 38.488,53 euro aan niet-uitgevoerde prestaties ten laste gelegd. In onderzoek E/XXXX worden niet-uitgevoerde verstrekkingen voor een bedrag van 20.539,16 euro ten laste gelegd.

Er waren ook een reeks inbreuken op de conformiteit. Antecedent E/XXXX betrof een bewezen onderzoek i.v.m. niet-conforme prestaties. Ook in antecedent E/XXXX waren er niet-conforme prestaties voor een bedrag van 79.477,13 euro. Ook in het laatste onderzoek van de DGEC, E/XXXX, worden niet-conforme verstrekkingen ten aanzien van 11 verzekerden voor een bedrag van 145.538,50 euro ten laste gelegd.

Ook de hoge profielen voor de jaren 2013-2017 met bijhorende torenhoge percentielen tussen 99,54 en 100,00 voor bepaalde prestaties, duiden op de zwaarwichtigheid van de feiten. Ook de analyse van de fluxgegevens van oktober/november/december 2018

² Arb. Rb. Brussel 17 juli 2018, rolnummer 17/2033/A.

³ Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van artikel 13bis, § 2, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 15 september 2017.

toonde aan dat er geen aanpassing is van het gedrag na het proces-verbaal van vaststelling d.d. 28/09/2018 en er een stijging van het aantal prestaties is.

Kunnen volgens de richtlijnen een « ernstige en nauwkeurige aanwijzing van bedrog » vormen:

“Het herhaaldelijk plegen van dezelfde of gelijkaardige inbreuken, zoals bijvoorbeeld de facturatie van niet verrichte prestaties, a fortiori wanneer een zorgverlener reeds definitief werd veroordeeld door de Leidend ambtenaar van de DGEC, de Kamer van eerste aanleg, de Kamer van beroep, een disciplinaire instantie of ieder ander rechtscollege”;

Of

“De zorgverlener heeft zijn handelswijze niet aangepast, ondanks eerdere vaststellingen in verband met hetzelfde type van prestaties.”⁴

De elementen... zijn daarenboven geloofwaardig, concreet en verifieerbaar nu ze gestoeld zijn op reeds bewezen feiten, de aanrekengegevens en jaarlijkse profielen van mevrouw A....

De aanwijzingen berusten dus niet op wilde of vage veronderstellingen.

Verweersters stellen ten onrechte dat dit het geval is voor het onderzoek E/XXXX door de zinsnede in de fiche van DGEC: *“We willen er op wijzen dat slechts een deel van de praktijk onderzocht is. Het is een praktijk van 512 verzekerden aangerekend op het Riziv-nr. van mevrouw A.... Uit deze praktijk werd een at random selectie verricht betreffende de prestaties van een forfait B. Hieruit zijn 30 verzekerden geselecteerd, waarvan na onderzoek 15 verzekerden werden ten laste gelegd. De helft was positief. Er werd maar 5,86 procent van het totaal aantal verzekerden effectief onderzocht.”*

Van wilde of vage veronderstellingen is hier echter geen sprake. De aanwijzingen berusten immers op de aanrekengegevens van de praktijk die werden opgevraagd bij de verzekeringsinstellingen. Er werd inderdaad slechts een deel van de praktijk onderzocht, meer bepaald 6%. Niettemin werd in dat klein percentage reeds een omvangrijke fraude vastgesteld. Dat bevestigt nu net de thesis dat de maatregel gegrond voorkomt.

Het zou verder in strijd zijn met de wil van de wetgever om de DGEC op voorhand te dwingen te bewijzen wat ze juist op grond van een bijkomend onderzoek wil bewijzen. Op die wijze zou immers ieder nut aan de door de wetgever bedoelde schorsingsregeling worden ontnomen.

Er is bijgevolg zonder twijfel voldaan aan het criterium ‘ernstige’.

⁴ Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van artikel 13bis, § 2, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 15 september 2017.

Bedrog

Bedrog houdt kwaadwilligheid, opzettelijke misleiding en oneerlijkheid in met de bedoeling te schaden of een financieel voordeel te behalen voor zichzelf of voor een derde⁵, in het nadeel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.⁶

In de verweermiddelen wordt aangehaald dat de DGEC niet kan aantonen dat er kwaadwilligheid, opzettelijke misleiding en oneerlijkheid in hoofde van verweersters bestaat, noch dat verweersters de bedoeling hadden te schaden dan wel een financieel voordeel te behalen voor zichzelf of een derde. De redenering dat bedrog effectief moet bewezen zijn om te kunnen overgaan tot de schorsing voorzien in artikel 77sexies GVVU-wet, is echter een volledig foute lezing van het artikel, nu het enkel moet gaan over aanwijzingen van bedrog.

De opschorting van de uitbetalingen in het kader van de derdebetalersregeling via de procedure van artikel 77sexies GVVU-wet vereist immers niet dat er bewijzen voorhanden moeten zijn van bedrog, maar wel dat er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog in hoofde van een zorgverlener moeten voorhanden zijn.

In dit stadium moet de DGEC het bedrog dus nog niet bewijzen. Het volstaat dat de DGEC de gekwalificeerde aanwijzingen van bedrog bewijst.⁷

De richtlijnen stellen daarover ook nog het volgende:

De notie "aanwijzing":

*"Een aanwijzing van bedrog is een materieel, concreet en verifieerbaar element dat het voor de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riziv mogelijk maakt een gegronde vermoeden van bedrog te hebben, wat niet hetzelfde is als een bewijs. Het zou immers in strijd zijn met de wil van de wetgever om de DGEC op voorhand te dwingen te bewijzen wat ze juist op grond van een bijkomend onderzoek wil bewijzen. Uit de tekst van artikel 77sexies GVVU-wet volgt niet dat de DGEC zou moeten beschikken over bekende feiten of vaststellingen die de fraude bewijzen."*⁸

In casu zijn er verschillende aanwijzingen van bedrog in hoofde van de zorgverlener aanwezig waardoor ook aan dit criterium wordt voldaan.

Overeenstemmend

Conform de Richtlijnen van 19 april 2017 houdt het begrip 'overeenstemmend' het volgende in: *"Er dienen verschillende aanwijzingen aanwezig te zijn, die overeenstemmend met elkaar dienen te zijn."*⁹

Eerst en vooral zijn er verschillende aanwijzingen van bedrog. Naast de twee antecedenten en de twee lopende onderzoeken die opnieuw dezelfde vaststellingen

⁵ Cass. 3 oktober 1997, Arr.Cass. 1997,918, Pas. 1997, I, 962.

⁶ Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van artikel 13bis, § 2, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 15 september 2017.

⁷ Arb. Rb. Brussel 17 juli 2018, rolnummer 17/2033/A.

⁸ Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van artikel 13bis, § 2, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 15 september 2017.

⁹ Richtlijnen van 19 april 2017 tot uitvoering van artikel 13bis, § 2, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, BS 15 september 2017.

behelzen, zijn er ook de analyse van de profielen 2013-2017 en de analyse van de meest recente fluxgegevens (oktober/november/december 2018). Het is niet omdat de twee meest recente onderzoeken niet als antecedent beschouwd kunnen worden, dat ze geen aanwijzing van bedrog kunnen vormen. In dit stadium gaat het immers nog niet over bewijzen maar enkel over aanwijzingen.

Daarnaast zijn deze aanwijzingen overeenstemmend met elkaar daar de twee antecedenten en de lopende onderzoeken steeds over hetzelfde type inbreuken gaan (niet-uitgevoerd en niet-conform). Ook de analyse van de profielen en de meest recente fluxgegevens vertonen een duidelijk coherente lijn in het aanrekgedrag van mevrouw A.... Er kan dus gesteld worden dat het *in casu* samenhangende aanwijzingen betreft.

Er is bijgevolg voldaan aan het criterium 'overeenstemmend'.

Gezien er aan de cumulatieve voorwaarden uit artikel 77 *sexies*, eerste lid GVO-wet is voldaan, kan de voorlopige maatregel, het schorsen van de uitbetaling, worden opgelegd in hoofde van verweersters.

2. Betreffende de nomenclatuur, de Katz schalen en de richtlijnen bij de Katz schalen

De schorsing van de uitbetalingen voorzien in art. 77 *sexies* GVO-wet laat toe om via verdere onderzoeksdaden na te gaan of de prestaties in werkelijkheid al dan niet terecht worden gefactureerd. Het gaat dus enkel om een voorlopige maatregel op basis van aanwijzingen van bedrog in afwachting van een verder onderzoek ten gronde. De grond van de zaak wordt in dit stadium nog niet onderzocht, er hoeft dus nog niet geantwoord te worden op de door verweersters algemeen geformuleerde stellingen betreffende de nomenclatuur, de Katz schalen en de richtlijnen bij de Katz schalen.

3. Betreffende het gedrag van verweersters

In de verweermiddelen wordt gesteld dat verweersters hun gedrag wel zouden aangepast hebben aangezien er in 2018 talrijke terugscoringen zouden hebben plaatsgevonden. Hun bewijsstuk 1 geeft terugscoringen aan voor 9 patiënten. Alle terugscoringen, behalve die van XC..., behelzen een periode in 2018 vóór het proces-verbaal van vaststelling d.d. 28/09/18. De terugscoring van mevrouw XC... situeert zich in 2017, hiermee werd uiteraard rekening gehouden in onderzoek E/XXXX. Belangrijk hierbij te vermelden is het feit dat niet alle terugscoringen voortspruiten uit goeie wil van verweersters. De terugscoringen voor XC..., XG... en XB... vonden plaats door de verzekeringsinstellingen. Verweersters werden verplicht hun gedrag aan te passen door de verzekeringsinstellingen. Ook bij de 6 andere verzekerden kan moeilijk gesproken worden van een correcte aanpassing van het gedrag aangezien er in die gevallen een terugscoring heeft plaatsgevonden van een Forfait B naar een Forfait A, waar de DGEC terugscordeerde naar 7 toiletten per week.

Verweersters halen ook aan dat in de fluxgegevens voor de maanden oktober en december 2018 een stijging van de prestaties heeft plaatsgevonden ten opzichte van dezelfde maanden in 2017, maar dat er een daling van het totaalbedrag kan worden waargenomen. Dit toont volgens verweersters duidelijk aan dat er veel terugscoringen van de patiënten hebben plaatsgevonden. Met deze terugscoringen de daling in het bedrag verantwoorden, is echter wat kort door de bocht. Eerst en vooral betroffen de fluxgegevens in de fiche nog niet de gegevens van alle VI's. Het totaal aantal prestaties en het totaal bedrag voor de drie onderzochte maanden waren dus nog niet bekend.

Daarnaast is het ook belangrijk dat het totaalbedrag enkel daalde in de maanden oktober en december, in november 2018 was er daarentegen een duidelijke stijging merkbaar.

In de maanden oktober, november en december 2018 was er een stijging te zien in het aantal prestaties in vergelijking met oktober, november en december 2017. Deze stijging in prestaties kan volgens verweersters verklaard worden door het feit dat er sinds oktober 2018 tot heden (*d.d.* 17 mei 2019 – datum van de verweermiddelen) 68 nieuwe patiënten zijn bijgekomen. Die 68 nieuwe patiënten slaan dus niet enkel op de onderzochte gegevens van oktober, november en december 2018 maar omhelzen de periode oktober 2018 tot 17 mei 2019 (gaat over een tijdspanne van ongeveer 8 maanden). Het is voor hun verweer dus eerst en vooral enkel relevant om te kijken naar het aantal nieuwe patiënten in de 3 maanden oktober, november en december 2018 voor het mogelijks verantwoord van de stijging in prestaties.

Wanneer we echter de twee volledige patiënten-databases van de periodes 01/09/2015 tot en met 31/12/2017 en midden 2016 tot en met eind 2018 met elkaar vergelijken zien we maar een globale stijging van 2 extra patiënten. De eerste database bevatte immers 512 patiënten aangerekend op het Riziv-nr. van mevrouw A... en de laatste database 514 patiënten.

Globaal genomen zijn er dus maar 2 nieuwe patiënten bijgekomen. De stijging van het aantal prestaties naar rato er maar 2 patiënten zijn bijgekomen is bijgevolg onmogelijk. Een stijging van het aantal prestaties kan dus even goed bekomen zijn door een andere factor zoals een stijging in het aantal niet-uitgevoerde prestaties aangezien het totaal aantal patiënten de afgelopen jaren zo goed als stabiel bleef.

Ook hierbij moet nog steeds in het achterhoofd gehouden worden dat de fluxgegevens in de fiche nog niet de gegevens van alle VI's betroffen. Het totaal aantal prestaties en het totaalbedrag voor de drie onderzochte maanden waren dus nog niet bekend.

4. Beperking en gevolgen van het opleggen van de schorsing

Zoals hiervoor reeds aangehaald, laat de tijdelijke schorsing van de uitbetalingen toe om via verdere onderzoeksdaden na te gaan of de prestaties in werkelijkheid al dan niet terecht worden gefactureerd. Het tarificatieproces zelf wordt daarbij niet stilgelegd, enkel de uitbetalingen worden voorlopig geschorst. (Eigen onderlijning)

De schorsing bedoeld in artikel 77sexies GVI-wet is dus slechts een bewarende maatregel. Dit volgt ook uit de parlementaire voorbereiding van artikel 77sexies GVI-wet. De memorie van toelichting kon niet duidelijker zijn en herhaalt verschillende keren dat het om een tijdelijke en voorlopige bevroering van de uitbetaling gaat. Het tarificatieproces zelf wordt uitdrukkelijk niet stilgelegd.¹⁰

De arbeidsrechtbank van Brussel oordeelde op 17 juli 2018 ook als volgt:¹¹

“Overigens houdt de bestreden beslissing slechts een voorlopige maatregel in, die niet definitief ingrijpt op de rechten van X.

...

Er werd aan de eisende partijen immers geen (straf)sanctie opgelegd met de bestreden beslissing, doch slechts een tijdelijke voorlopige maatregel die in deze fase nog geen afbreuk doet aan het recht op vergoeding van de eisende partijen van de door x geleverde prestaties. De betalingen aan de eisende partijen worden enkel bevroren als bewarende maatregel van preventieve aard.”

¹⁰ Wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Parl.St.* Kamer 2013-14, nr. 53, 3349/001,65.

¹¹ Arb. Rb. Brussel 17 juli 2018, rolnummer 17/2033/A.

Het gaat dus in geen geval om een beroepsverbod. Verweerster haalt aan dat zij maandelijks enorme sommen afbetaald, zij door voorgaande procedures financieel geruïneerd is en haar kinderen financieel een grote extra last vormen. De DGEC wil nogmaals benadrukken dat het gaat om een tijdelijke en voorlopige maatregel die in deze fase nog geen afbreuk doet aan het recht op vergoeding van de eisende partij van de door mevrouw A... geleverde prestaties. Mevrouw A... kan nog steeds blijven werken. Enkel de uitbetalingen in het systeem van derdebetaler worden voorlopig geschorst, de andere geleverde prestaties die niet aangerekend werden via derdebetaler, worden niet door deze maatregel getroffen. Gezien de ernst van de aanwijzingen *in casu* is het volgens de DGEC dan ook aangewezen om de uitbetalingen volledig te schorsen gedurende een jaar.

Het argument dat de collega van verweerster tot eind augustus in zwangerschapsverlof is en de patiënten niet verzorgd zouden kunnen worden indien de opschorting eerstdaags zou worden opgelegd aan mevrouw A... houdt geen steek. Mevrouw A... kan de patiënten immers blijven verzorgen gedurende de periode van eventuele schorsing. De praktijk en de patiënten worden hierdoor dus niet geschaad. A... doet de waarheid dus geweld aan waar zij voorhoudt dat de beslissing tot gevolg heeft dat haar patiënten niet meer verder medisch kunnen worden verzorgd door haar, zodat de continuïteit van hun verzorging in het gedrang komt. De maatregel heeft immers geen enkele impact op de patiënten die wel verder van de derdebetalersregeling kunnen genieten wanneer zij mevrouw A... raadplegen. Het is enkel mevrouw A... die daar een (vooralsnog voorlopig) financieel nadeel van ondervindt.¹²

OM DIE REDENEN,

De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle:

- Stelt vast dat er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog voorhanden zijn in hoofde van mevrouw A... en B...;
- Beveelt, overeenkomstig artikel 77 *sexies* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 *betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen*, de volledige opschorting van de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen in het kader van de derdebetalersregeling ten aanzien van mevrouw A... en B... voor een periode van 12 maanden (derdebetalersnummer: XXXX).

-

¹² Arb. Rb. Brussel 17 juli 2018, rolnummer 17/2033/A.

Aldus beslist te Brussel op 24/06/2019

De wnd. Leidend ambtenaar,

Dr. Philip Tavernier