

BESLISSING VAN DE LEIDEND AMBTENAAR
(Artikel 143, § 1, 2 en 3 van de Gvu-wet¹)

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

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;
- de resultaten van dat onderzoek die zijn gebundeld in het dossier 2023-XXXXXX-C-XX-XXX-00002 en dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle werd neergelegd;
- het proces-verbaal van vaststelling van 01/07/2024, opgesteld lastens dokter A..., waarvan een afschrift ter kennisgeving werd aangeboden aan hem met een aangetekende brief opgestuurd op 02/07/2024;
- de ter post aangetekende brief van 30/01/2025 waarin de synthesesnota (met gevalsbespreking) aan dokter A... ter kennisgeving werd aangeboden, waarin hij werd verzocht zich schriftelijk te verantwoorden;
- de afwezigheid van schriftelijke verweermiddelen opgevraagd overeenkomstig 143, § 2, derde lid van de Gvu-wet;
- de artikelen 73bis, 142, 143, 156 en 157 van de Gvu-wet.

¹ Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

1. GEFORMULEERDE TENLASTELEGGINGEN

1.1 Algemeen

In de periode van 29/06/2021 tot en met 31/10/2023 (ontvangstdatum verzekeringsinstellingen van 05/07/2021 tot en met 31/10/2023) werden aan de heer A... volgende inbreuken op de wetgeving betreffende de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering ten laste gelegd:

Tenlastelegging 1 (niet-uitgevoerde verstrekkingen):

De aanrekening van niet-uitgevoerde verstrekkingen bij één verzekerde.

Codenummer (CNK,...) van de verstrekking	Rubriek	Korte omschrijving van de verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Inwerkingtreding code-omschrijving-sleutelletter-coëfficiënt	Aantal ten laste gelegde verstrekkingen	Aantal effectief ten laste gelegde verstrekkingen
101032	N01	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts	N 8	01/02/2022	129	129
101032	N01	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts	N 8	01/05/2013	43	43
103132	N01	Bezoek door de huisarts	D 4 / E 1 / N 5,6	01/05/2013	75	75
103132	N01	Bezoek door de huisarts	D 4 / E 1 / N 5,6	01/02/2022	167	167
104215	N01	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	D 11,99 / E 1 / N 5,6	01/05/2013	56	56
104215	N01	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	D 11,99 / E 1 / N 5,6	01/02/2022	163	163
104252	N01	Bezoek afgelegd zaterdags, zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts	D 13,99 / E 1 / N 5,6	01/05/2013	20	20
104252	N01	Bezoek afgelegd op een zaterdag, een zondag of een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts	D 13,99 / E 1 / N 5,6	01/02/2022	22	22
Totaal					675	675

Tenlastelegging 2 (niet-conforme verstrekkingen):

Het betreft de aanrekening van huisbezoeken of dringende avondhuisbezoeken terwijl deze prestaties geen huisbezoeken inhielden.

Codenummer (CNK,...) van de verstrekking	Rubriek	Korte omschrijving van de verstrekking	Sleutelletter en coëfficiënt	Inwerkingtreding code-omschrijving-sleutelletter-coëfficiënt	Aantal ten laste gelegde verstrekkingen	Aantal effectief ten laste gelegde verstrekkingen
103132	N01	Bezoek door de huisarts	D 4 / E 1 / N 5,6	01/05/2013	57	57
103132	N01	Bezoek door de huisarts	D 4 / E 1 / N 5,6	01/02/2022	231	231
104215	N01	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	D 11,99 / E 1 / N 5,6	01/05/2013	43	43
104215	N01	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	D 11,99 / E 1 / N 5,6	01/02/2022	121	121
Totaal					452	452

Synoptische tabel voor de twee tenlasteleggingen samen:

Tenlaste- leggingen	Referenties	NGV-codes	Aantal verstrekkingen		Aantal verzekerden	Onverschuldigd bedrag
TLL1: niet-verleende verstrekkingen	Art. 2 NVG	101032	172	675	1	27.984,89 € (totaal)
		103132	242			
		104215	219			
		104252	42			
TLL2: niet conforme (avond)huisbe- zoeken	Art. 2 NVG	103132	288	452	22	8.122,16 € (totaal)
		104215	164			
Periode van prestatie: van 29.06.2021 tot 31.10.2023*	Periode van ontvangst V.l.: van 5.7.2021 tot 31..2023 ²	TOTAAL	1127		23	36.107,05 €
					Terugbetaling	20.000,00 €
					Resterend onverschuldigd bedrag	16.107,05 €

Wettelijke basis:

Tenlastelegging 1 (niet-uitgevoerde verstrekkingen):

Art. 73bis, 1° GVU-wet:

“Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1 :

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 of wanneer zij werden verleend of afgeleverd gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep;

² In de synthesesnota werd verkeerdelijk geen rekening gehouden met de ten laste gelegde periode van de tweede tenlastelegging (zowel bij prestatiedata als bij ontvangstdata van de verzekeringsinstellingen). Dit is in bovenstaande synoptische tabel rechtgezet.

(...) “

Tenlastelegging 2 (niet-conforme verstrekkingen):

Art. 73bis, 2° GVV-wet:

“Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1 :

(...)

2° hogervermelde 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 deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet en/of verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven gedurende een tijdelijke of definitieve periode van verbod tot uitoefening van het beroep;

(...)”

Reglementaire basis:

Tenlastelegging 1 (niet-uitgevoerde verstrekkingen):

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

HOOFDSTUK I. - ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1. "§ 8.

"K.B. 31.8.1998" (in werking 1.11.1998) + "K.B. 20.1.2020" (in werking 1.3.2020)

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

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

Art. 2.

B. Raadplegingen in de spreekkamer

1. Huisartsen

101032 Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts

N 8

C. Bezoeken

103132 Bezoek door de huisarts

N 5,6 +D 4 +E 1

104215 Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts

N 5,6 +D 11,99 +E 1

104230 Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts

N 5,6 +D 33,99 +E 1

104252 Bezoek afgelegd op een zaterdag, een zondag of een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts N 5,6 +D 13,99 +E 1

Tenlastelegging 2 (niet-conforme verstrekkingen):

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

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

Art. 2.

B. Raadplegingen in de spreekkamer

1. Huisartsen

101032 Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts N 8

C. Bezoeken

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

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

104230 Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts N 5,6 +D 33,99 +E 1

104252 Bezoek afgelegd op een zaterdag, een zondag of een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts N 5,6 +D 13,99 +E 1

F. Algemene bepalingen

2. De verstrekkingen 102410, 102432, 102454, 102476, 102491, 102513, 103854, 103876, 103891, 104215, 104230, 104252, 104296, 104311, 104333, 104510, 104532, 104554, 104591, 104613, 104635, 104812, 104834, 104856 en 104871 mogen alleen maar worden aangerekend voor de raadplegingen en bezoeken die worden aangevraagd en afgelegd op de opgegeven dagen en uren en wanneer de toestand van de patiënt op die dagen en uren dringende verzorging vergt, die niet kan worden uitgesteld. Die verstrekkingen mogen niet worden aangerekend wanneer de arts om persoonlijke redenen een voor het publiek

1.2 Ten gronde

Tenlastelegging 1 (niet-uitgevoerde verstrekkingen):

Verzekerde B... werd verhoord omwille van een extreem aantal prestaties die op zijn naam werden aangerekend door dokter A.... Volgens de opgevraagde digitale databestanden bij het IMA (Intermutualistisch agentschap) ging het hoofdzakelijk om nachthuisbezoeken en dit op dagelijkse basis. Er werden ook enkelvoudige huisbezoeken, dringende avondhuisbezoeken en weekendhuisbezoeken aangerekend:

prestatiedatum	103132 – HBZ.004	104215 – HUISB. 18/21	104230 – HUISB. NACHT	104252 – HUISB.004. WE 8/8	Eindtotaal
2021(29/6-31/12)	8	34	164	21	227
2022			422	1	423
2023 (1/1-4/8)	1		231		232
Eind totaal	9	34	817	22	882

Uit het verhoor van de verzekerde kwam naar voor dat er sprake was van de aanrekening van niet-uitgevoerde verstrekkingen. In nagenoeg alle gevallen werden de oorspronkelijk aangerekende prestaties veranderd in de prestatie nachthuisbezoek met nomenclatuurnummer 104230.

Hieronder een uittreksel uit het verhoor van verzekerde B... van 29 september 2023 waarin de aanrekening van niet-uitgevoerde prestaties blijkt:

“...Ik moest iedere week bij hem langs komen. Ik moest daar iedere week 180 € cash betalen. Ik kreeg dan 9 getuigschriften met nummertjes op. Ik wist niet welke nummers dat waren. (...) Ik zag er geen kwaad in dat ik iedere week moest langs gaan. Voor mij was dat een routine. Hij onderzocht mij ook nooit. Hij is nooit bij mij thuis geweest.

(...)

C...: U heeft mij gezegd dat u 1 keer per week naar uw vroegere huisarts ging. Was dat op een vaste dag?

B...: Dat was altijd op een maandag. Als hij er de maandag niet was, dan zei hij dat ik al de vrijdag moest komen. Dan schreef hij al de getuigschriften voor de volgend week en moest ik al 180 € betalen.

C...: Als Dr. A... de getuigschriften schreef, kreeg jij die dan mee?

SK: Ik moest eerst betalen en dan kreeg ik altijd een stapeltje van 9 getuigschriften.

(...)

B...: Ik heb hem zaken zien veranderen op mijn getuigschriften nadat hij ze al uit het boekje had gescheurd. Hij veranderde nummers op die getuigschriften. Ik geef het toe dat ik dat ook gedaan heb. Ik heb ook nummers veranderd. Ik ben dat blijven doen. Het was voor mij een routine geworden. Het waren moeilijke tijden in Corona. Ik zag hem iets veranderen en toen ik het getuigschrift binnen bracht, werd het uitbetaald. Ik geef toe dat ik het dan ook ben beginnen doen en dat het ook uitbetaald werd.

C...: Weet je ook in welke nummertje je het veranderde?

B...: Ja, dat was altijd één, nul, vier, twee, drie, nul. Dr. A... overschreef de nummers en ik deed dat ook op dezelfde manier. Dit was altijd dezelfde manier. Ik wil ook nog vertellen dat er aan de getuigschriften onderaan ook een klein blaadje hangt. Ik heb aan Dr. A... eens gevraagd wat dat was. Hij schreef daar iets onleesbaar op. Hij zei mij dat ik dat moest afscheuren voor ik het naar de mutualiteit bracht. Als hij er iets op schreef, scheurde hij het zelf af. Als er niets op stond dan moest ik het zelf afscheuren.

(...)

C... : Gaat u op raadpleging bij uw huisarts of komt uw huisarts op huisbezoek?

B... : Ik ging altijd zelf op raadpleging bij Dr. A.... Hij is nooit bij mij thuis geweest.

C... : Hoe vaak gaat u op raadpleging bij uw huisarts? Hoe vaak komt uw huisarts bij u op huisbezoek?

B... : Dit was altijd 1 keer per week. Ik dacht toen dat dat zo moest.

C... : Gaat u op afspraak bij de huisarts of op vrije raadpleging? Is dat op geregelde tijdstippen of enkel als het nodig is?

B... : Dat was een vrije raadpleging. Ik stond daar altijd een kwartier op voorhand voor dat zijn deur open ging. Zijn deur ging open om 8 u.

C... : Op welk tijdstip van de dag gaat u naar de huisarts? Is dat 's morgens of 's avonds of op een ander tijdstip van de dag?

B... : De maandag ging ik altijd om 8 u. Als ik van hem de vrijdag moest komen dan zei hij dat ik om vijf uur 's avonds moest komen, omdat het dan heel druk kon zijn. Ik moest dan van hem komen voor de andere patiënten. Zijn consultatie begon dan om half zes. 's Morgens was dat om half negen. Ik moest altijd een half uur vroeger komen.

C... : Hoe vaak kwam de voorbije jaren uw huisarts op huisbezoek na 22 u 's avonds?

B... : Nooit, hij is ook nooit op huisbezoek geweest. Ik weet nu dat die ene code een huisbezoek is, maar hij is nooit bij mij thuis geweest.

C... : Hoe vaak is het gebeurd sinds 1-1-2020 dat u de huisarts meer dan 1 keer per dag nodig hebt?

B... : Nee, want ik ging maar 1 keer per week bij hem. Ook niet als ik in de week bijvoorbeeld ziek werd. Ik dacht dan, ik ben al geweest, dus ik kan niet meer gaan.

(...)

C...: Weet je nog het originele dat er op het getuigschrift stond voor je het veranderde?

B... Ja, dat was één, nul, drie, één, drie, twee en één, nul, vier, twee, één, vijf en één, nul vier, twee, vijf, twee en zelden was het één, nul, één, nul, drie, twee. Ik weet deze cijfertjes omwille van mijn autisme.

C...: Veranderde je soms ook de datum op het getuigschrift?

B...: Ja, omdat hij dat ook deed. Hij zei dat er op één datum soms geen 2 nummertjes mochten staan."

De verzekerde gaf toe dat hij de getuigschriften aanpaste. De schade die de verzekerde op deze manier heeft veroorzaakt aan de ziekteverzekering werd berekend en zijn dossier werd overgemaakt aan de Dienst administratieve controle voor verder gevolg.

De verklaring van de verzekerde is duidelijk. Hij had geen dagelijks contact met de huisarts en ontving tijdens een wekelijks contact meerdere getuigschriften voor verstrekte hulp voor prestaties die niet werden uitgevoerd.

- Dokter A... heeft in zijn verhoor van 12/10/2023 van de zorgverlener het volgende verklaard:

“C... : Komt deze patiënt sinds 2020 bij u op raadpleging of gaat u langs bij hem op huisbezoek?”

A... : Hij komt veel op consultatie. Hij staat als eerste aan de deur. Gedurende een bepaalde periode stond hij bijna dagelijks aan de deur. Hij wil de eerste zijn. Hij staat soms al om 7.20 u aan de deur. Hij is hier dwangmatig in. Ik doe de deur om 8 u open. Hij maakt soms ruzie met de mensen die daar ook staan. Ik ga ook op huisbezoek. Hij belt dan dat het totaal niet gaat. Ik spring dan binnen, maar ik kan daar niet veel doen.

(...)

C... : Hoe vaak ziet u deze patiënt op raadpleging? Hoe vaak op huisbezoek?

A... : Minimum 3 à 4 keer per week op raadpleging. Soms ga ik ook een 3-tal keer per week op huisbezoek.

C... : Wat zijn de redenen van het consulteren van deze patiënt?

A... : Het zijn geen zware redenen, maar het is door zijn dwangmatig karakter. Ik ga op huisbezoek, anders komt hij 's avonds aan de deur bellen waarom ik niet geweest ben.

C... : Welke onderzoeken doet u bij deze patiënt tijdens een raadpleging of huisbezoek?

A... : Niet zoveel, bloeddruk nemen en iets voorschrijven als het nodig is.

(...)

C... : Hoe verloopt de facturatie bij deze patiënt?

A... : Hij betaalt meestal cash. Er wordt soms opgeschreven hoeveel hij moet betalen en dan betaalt hij cash voor 3 à 4 consulten. Soms heeft hij geen geld bij en dan betaalt hij later een paar consulten samen.

C... : Volgens de patiënt komt hij 1 keer per week bij u langs op consultatie. Hij betaalt telkens 180 € cash en krijgt dan 9 getuigschriften voor verstrekte hulp. Wat is uw reactie hierop?

A... : Dat klopt niet. Hij gaat de getuigschriften inwisselen en dan betaalt hij de volgende keer dat hij daar staat.

C...: Waarom pas je geen derdebetalersregeling toe?

A...: Hij weigert dit. Ik heb het al verschillende keren voorgesteld. Ik heb geen idee waarom hij dit weigert.

C... : De getuigschriften voor verstrekte hulp zijn zeer vaak opeenvolgende nummers uit eenzelfde boekje met andere datums, steeds gegroepeerd in blokken van 6 tot 10 getuigschriften . Kunt u dit toelichten?

A... : Ik schrijf ze voor hem na mekaar en dit is dan na een aantal consulten of visites.

C... : Hoe verklaart u dat deze patiënt in 2020 540 getuigschriften voor verstrekte hulp heeft ontvangen van u, in 2021 waren er 450, in 2022 waren er 420, in 2023 zien we ook minstens dagelijks 1 getuigschrift.

A... : Ik weet dat dat heel veel is. Ik zie hem vaak 2 keer per dag.”

De werkwijze en manier van aanrekenen zoals beschreven in de verklaring van de zorgverlener roept toch heel wat vragen op. De verzekerde voldeed aan de voorwaarden om de derde-betalersregeling toe te passen (verhoogde tegemoetkoming). Dit is een verplichting sinds 1 oktober 2015 en geldt voor alle geneeskundige verstrekkingen die worden verleend ten aanzien van patiënten met verhoogde tegemoetkoming, met uitzondering van de bezoeken (met nomenclatuurcodes 103110, 104510, 104532, 104554, 103213, 103235, 104635, 104613, 104591, 103132, 104215, 104230, 104252, 103412, 103434, 104333, 104311 en 104296) alsook de geneeskundige verstrekkingen verleend tijdens een voormeld bezoek.

Artikel 53, § 1, 14e lid van de GvU-wet verplicht de huisartsen tot toepassing van de derde-betaler voor raadplegingen en tijdens raadplegingen verrichte verstrekkingen aan rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming. Conventionele afspraken tussen een huisarts en zijn patiënt die afbreuk doen aan deze wettelijke verplichting zijn, gelet op het openbare orde-karakter van de regelgeving, niet mogelijk.

Alle prestaties voor B... werden echter door dokter A... aangerekend door middel van contante betaling.

Daarnaast blijkt dat het aantal contacten en het type contacten (raadpleging/huisbezoek) door de zorgverlener vermeld, sterk verschilt van de verklaring van de verzekerde. Volgens de zorgverlener waren er dagelijks contacten (3 à 4 keer per week raadpleging, bepaalde periodes dagelijks) en soms meermaals per dag, zowel raadplegingen als huisbezoeken, volgens de verzekerde slechts wekelijks 1 of 2 keer en steeds op raadpleging. Over de inhoud van de contacten waren beiden duidelijk, er gebeurde niet veel, enkel iets voorschrijven, nauwelijks onderzoek.

- Door een (visuele) vergelijking te maken tussen de via de verzekeringsinstelling van dhr. B... ontvangen originele getuigschriften voor verstrekte hulp (gvvh's) (voor 856 van de 882 aangerekende prestaties werd een origineel gvvh ontvangen) en de via dr. A... ontvangen dubbels (doorprints) van de gvvh's was

het mogelijk om na te gaan wat de oorspronkelijk aanrekening was door dr. A... alvorens de gegevens werden veranderd door de verzekerde. Elk gvvh heeft een uniek nummer met een overeenkomstige doorprint.

Dit gaf het volgende resultaat (oorspronkelijke attestering prestaties door huisarts :

	101032 raadpleging	103132 huisbezoek	104215 avondhb	104252 weekendhb	Eindtotaal
2021 (29/6-31/12)	75	75	56	19	225
2022	148	135	118	17	418
2023 (1/1- 4/8)	74	67	66	6	213
Eindtotaal	297	277	240	42	856

Opvallend hierbij is dat in de onderzochte periode van 108 weken :

Slechts 1/3e van de prestaties worden geattesteerd als raadpleging, de overige 2/3e worden aangerekend als huisbezoeken, zowel gewone huisbezoeken, avondhuisbezoeken en weekendhuisbezoeken. Dit komt helemaal niet overeen met de verklaring van de verzekerde (*hij is nooit op huisbezoek geweest*) en ook niet met de verklaring van de zorgverlener (*Min 3 à 4 keer per week op raadpleging ,Soms ga ik ook een 3-tal keer per week op huisbezoek, bepaalde periode dagelijks aan de deur*).

De frequentie van de geattesteerde contacten staat in fel contrast met de pathologie en de reden van contact. De arts verklaart zelf dat er geen zware redenen zijn om op raadpleging te komen en dat hij niet veel doet, namelijk de bloeddruk nemen en iets voorschrijven. Toch zijn er dagelijks contacten aangerekend en meerdere dagen 2 contacten per dag. De verzekerde zelf verklaart slechts 1 à 2 keer per week langs te gaan en dat hij nooit onderzocht wordt. Hij ontkent de huisarts meer dan één keer per dag te hebben nodig gehad.

De verklaring van de behandelende psychiater dr. D...toont niet aan dat in de voorbije jaren (sinds 2021) de psychiatrische toestand van dhr. B... in die mate ernstig zou zijn verstoord dat hiervoor een dagelijkse opvolging bij de huisarts noodzakelijk zou zijn. Uit de verklaring van dr. D... blijkt dat dhr. B... goed omkaderd is, driemaandelijks wordt opgevolgd door de psychiater, beperkt medicatie neemt (Sertraline en Risperdal), ambulante psychologische ondersteuning krijgt en als daginvulling vrijwilligerswerk verricht.

Het medisch dossier/journaal van dhr. B... werd door de DGEC geanalyseerd. In de onderzochte periode van 28/6/2021 tot en met 04/08/2023 zijn er slechts op 180 dagen registraties in het medisch dossier. Dit komt overeen met 1 op 5 van alle aangerekende prestaties op naam van deze verzekerde. Van de overige aangerekende prestaties is er geen spoor in het journaal terug te vinden. De informatie terug te vinden in het dossier over de medische toestand van de verzekerde is uiterst summier tot onbestaande. Artikel 1, § 8 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen bepaalt dat wanneer de verstrekkingen waarvoor in de omschrijving niet duidelijk een verslag, een document, een tracé, een grafiek gevraagd wordt, in het dossier moet worden aangetoond dat de verstrekking is uitgevoerd. Artikel 2, B, laatste lid van de nomenclatuur verstaat onder een raadpleging: *'het onderzoek van de zieke in de spreekkamer van de arts met het oog op diagnose of behandeling van een aandoening; in het voor de raadpleging vastgestelde honorarium is de vergoeding begrepen voor opmaken en ondertekenen van de bescheiden in verband met dat onderzoek of waarom de zieke naar aanleiding van die raadpleging vraagt'*.

Dokter A... verklaarde hierover:

“C... : Ik toon u enkele bladzijden uit een uitprint daterende van 14/9/2023 van het journaal van het dossier van B... uit het software programma dat u mij via tresorit bezorgde . (bijlage 1; 5 blz) In de kolommen Reden/subjectief is slechts op enkele data iets ingevuld, in de kolom Objectief /Parameters en Evaluatie/ zorgelement is nagenoeg nooit iets ingevuld. Kunt u dit toelichten?”

A... : Het is omdat ik hem zo vaak zie. Ik zie het niet zitten om altijd redenen in te schrijven.”

Bij nagenoeg elke registratie (180) worden er voorschriften voor medicatie opgemaakt. De dosissen en frequentie van de voorgeschreven medicatie zoals weergegeven in het journaal stroken echter niet met een realistisch voorschrijfprofiel.

“C... : In de kolom Handeling/medicatie/vaccinatie is telkens ingevuld welke medicatie werd voorgeschreven. Is dit elektronisch voorgeschreven medicatie?”

A... : Ja, dat is bij mij thuis en elektronisch voorgeschreven.”

Onderstaande tabel toont een overzicht van de door B... afgehaalde medicatie in een publieke officina:

Geneesmiddel		Totaal 01/2020 tem 02/2023	Tot_23	Tot_22	Tot_21	Tot_20
PANTOMED 40 MG	56 tab 40 mg	149		35	68	46
NEWGENE COVID-19 ANTIGEEN TEST 1 FSA		92	12	80		
TETRALYSAL 300 mg	56 caps 300 mg	82			46	36
VENTOLIN 100	200 doses	59		28	16	15
LOCOID LIPOCRÈME 1 mg	1 tube 30 g	53		18	5	30
APRANAX 550	30 tab 550 mg	38		9	11	18
TRADONAL ODIS 50 MG	30 tab 50 mg	21	1	5	15	
SYMBICORT TURBOHALER 160/4,5 µg/DOSE	120 doses	15		4	2	9
NEWGENE COVID-19 ANTIGEEN TEST 1 EUREKA		10		10		
TETRALYSAL 300 mg	28 caps 300 mg	8			8	
BRUFEN FORTE 600 MG	60 tab 600 mg	4	4			
AZITHROMYCINE EG 500 MG	6 tab 500 mg	4		3		1
INFLUVAC TETRA (vaccin 2022 - 2023)		3		3		
INFLUVAC TETRA (vaccin 2020 - 2021)	1 spuit	2				2
INFLUVAC TETRA (vaccin 2021 - 2022)	1 seringue	2			2	
Honorarium "Huisapotheker"	NA	2	1	1		
INUVAIR NEXTHALER 100 µg + 6 µg/DOSE	360 doses	2			2	
BICLAR UNO 500	10 tabletten 500 mg	1				1
EUSAPRIM FORTE 800 mg/160 mg	10 tab 800 mg / 160 mg	1				1
AMOCLANEEG 875 MG/125 MG	20 tab 875 mg / 125 mg	1	1			
AMOXICILLINE EG 1000 MG	8 tab 1000 mg	1	1			
IBUPROFENE EG 600 MG	50 tab 600 mg	1	1			
IBUPROFENE EG 600 MG	30 tab 600 mg	1	1			
		552	22	196	175	159

Als voorbeeld nemen we pantomed. Dit is medicatie die wordt voorgeschreven als behandeling van slokdarm of maagproblemen. De gebruikelijke dosis is 1 of 2 tabletten van 40 mg per dag wat overeenkomt met 1 verpakking per maand of 12 verpakkingen van 56 tabletten per jaar. Als we ons baseren op de gegevens voor 2021, zou het hier gaan om 5 à 6 x de gebruikelijke dosis die werd voorgeschreven en afgehaald door de verzekerde. In 2022 zou het gaan om 3x de gebruikelijke dosis. Dit voor een verzekerde die weinig tot geen problemen vermeldt.

Verder zien we in het journaal van het medisch dossier dat de tijdstippen waarop de contacten worden geregistreerd steeds rond 8 u 's morgens of 17 u 's avonds zijn, wat overeenkomt met de verklaring van de arts en de verzekerde.

“B... : De maandag ging ik altijd om 8 u. Als ik van hem de vrijdag moest komen dan zei hij dat ik om vijf uur 's avonds moest komen, omdat het dan heel druk kon zijn. Ik moest dan van hem komen voor de andere patiënten. Zijn consultatie begon dan om half zes. 's Morgens was dat om half negen. Ik moest altijd een half uur vroeger komen.

A... : Hij komt veel op consultatie. Hij staat als eerste aan de deur. Gedurende een bepaalde periode stond hij bijna dagelijks aan de deur. Hij wil de eerste zijn. Hij staat soms al om 7.20 u aan de deur.”

- De facturatie met papieren getuigschriften voor verstrekte hulp toont een duidelijk patroon en een zekere systematiek. We zien telkens bundels van 3 - 6 of 9 getuigschriften voor verstrekte hulp met opeenvolgende nummers. Uit de analyse van de doorprints van de gvvh's is het opvallend dat de prestatiedatum op het getuigschrift volgend op (voor een andere verzekerde dan B...) de reeks getuigschriften op naam van B..., een prestatiedatum vermeldt die overeenkomt met of voorafgaat aan de prestatiedatum waarop het eerste getuigschrift uit de reeks op naam van B... werd opgemaakt. Dit toont aan dat de getuigschriftenreeks werd opgemaakt voorafgaand aan de (niet uitgevoerde) prestaties en niet op een later tijdstip zoals de zorgverlener verklaarde.

“C... : Hoe verloopt de facturatie bij deze patiënt?

A... : Hij betaalt meestal cash. Er wordt soms opgeschreven hoeveel hij moet betalen en dan betaalt hij cash voor 3 à 4 consulten. Soms heeft hij geen geld bij en dan betaalt hij later een paar consulten samen.”

De bundel gvvh's werd op het ogenblik van één raadpleging opgemaakt waarbij gvvh's werden uitgeschreven voor prestaties in de toekomst zonder dat deze werden uitgevoerd.

Onderstaand voorbeeld toont dit aan :

prestatiedatum op GVVH origineel	nr gvvh	code (vals)	prestatiedatum doorprint	code doorprint	nr boekje	prestatiedatum voorafgaand	nr boekje	prestatiedatum volgend
dinsdag 13 juli 2021	21*0027/33	104230	dinsdag 13 juli 2021	101032	21*0027/32	zaterdag 10 juli 2021		
maandag 12 juli 2021	21*0027/34	104230	woensdag 14 juli 2021	103132				
donderdag 15 juli 2021	21*0027/35	104215	donderdag 15 juli 2021	104215				
woensdag 14 juli 2021	21*0027/36	104230	woensdag 14 juli 2021	101032				
donderdag 15 juli 2021	21*0027/37	103132	donderdag 15 juli 2021	103132				
vrijdag 16 juli 2021	21*0027/38	104215	vrijdag 16 juli 2021	104215			21*0027/39	maandag 12 juli 2021
vrijdag 16 juli 2021	21*0028/40	104230	vrijdag 16 juli 2021	101032	21*0028/39	donderdag 15 juli 2021		
zaterdag 17 juli 2021	21*0028/41	104252	zaterdag 17 juli 2021	104252				
zondag 18 juli 2021	21*0028/42	104230	zondag 18 juli 2021	103132			21*0028/43	donderdag 15 juli 2021

Toelichting:

De getuigschriften 21*0027/33 tot en met 21*0027/38 werden opgemaakt op éénzelfde dag (opeenvolgende nummers) . De prestatie voorafgaand aan de reeks gvvh's (21*0027/32) werd uitgevoerd op zaterdag 10 juli 2021 en de prestatie volgend op de reeks gvvh's (21*0027/39) werd uitgevoerd op 12 juli 2021. Hieruit kan worden afgeleid dat de reeks gvvh's op 12 juli 2021 werd opgemaakt (of vroeger), voorafgaand aan de prestatiedata. Volgens de attestering (prestatiedatum doorprint) werden de prestaties van de reeks gvvh's uitgevoerd in de periode van 13 juli 2021 tot en met 16 juli. De prestaties 21*0028/40 tot en met 21*0028/42 werden reeds op 15 juli 2021 geattesteerd, nog voor ze zouden zijn uitgevoerd. De arts zou dus reeds op maandag 12 juli weten welke prestaties nog zouden nodig zijn in de volgende dagen. Zelfde redenering voor donderdag 15 juli.

Daarnaast zien we dat een systematiek (combinatie van twee prestaties op dezelfde dag) terug te vinden is in het gebruik van de nomenclatuurnummers die werden gebruikt op de opeenvolgende gvvh's.

Op dag 1 (13/7) zien we een raadpleging 101032

Op dag 2 (14/7) zien we een raadpleging 101032 en een huisbezoek 103132 op dezelfde dag

Op dag 3 (15/7) zien we een huisbezoek 103132 en een avondhuisbezoek 104215

Op dag 4 (16/7) zien we een avondhuisbezoek 104215

Op maandag 12 juli zien we in het medisch dossier om 8u08 een registratie terwijl op 13 juli, 14 juli en 16 juli, 17 juli en 18 juli niets vermeld is in het medisch dossier.

19/07/2021 07:59:38 (HLS) Consultatie				 Inmvair 100/6 inhalatiepdr. Nexthaler 3x120dos.  Symbicort 160/4,5 inhalatiepdr.	
---	--	--	--	---	--

14/09/2023 Auteur: [REDACTED]

Datum	Reden / Subjectief	Objectief / Parameters	Evaluatie / Zorgelement	Handeling / Medicatie / Vaccinatie	Planning / Documenten
				(voorverdeeld) Turbohaler 1x120dos.  Ventolin dosisaerosol susp. [inhalator] 200dos. 100µg/1dos.	
15/07/2021 07:36:31 (HLS) Consultatie				 Pantomed (PIP) maagsapresist. tabl. 56x 40mg	
12/07/2021 08:08:04 (HLS) Consultatie				 acne	

In voorbeeld 2 is hetzelfde patroon en dezelfde systematiek te zien (twee prestaties op dezelfde dag)

prestatiedatum op GVVH origineel	nr gvvh	code (vals)	prestatiedatum doorprint	code doorprint	nr boekje	prestatiedatum voorafgaand	nr boekje2	prestatiedatum volgend
zaterdag 16 oktober 2021	21*0053/43	104230	dinsdag 26 oktober 2021	101032	21*0053/42	maandag 25 oktober 2021		
woensdag 27 oktober 2021	21*0053/44	104230	woensdag 27 oktober 2021	103132				
donderdag 28 oktober 2021	21*0053/45	104230	dinsdag 26 oktober 2021	104215				
vrijdag 29 oktober 2021	21*0053/46	104230	woensdag 27 oktober 2021	101032				
zaterdag 23 oktober 2021	21*0053/47	104230	woensdag 27 oktober 2021	103132				
vrijdag 29 oktober 2021	21*0053/48	104215	vrijdag 29 oktober 2021	104215			21*0053/49	dinsdag 26 oktober 2021
zondag 31 oktober 2021	21*0054/42	104230	vrijdag 29 oktober 2021	101032	21*0054/41	donderdag 28 oktober 2021		
zaterdag 30 oktober 2021	21*0054/43	104252	zaterdag 30 oktober 2021	104252				
maandag 1 november 2021	21*0054/44	104230	dinsdag 2 november 2021	103132			21*0054/45	vrijdag 29 oktober 2021

De prestaties 21*0053/43 tot en met 21*0053/48 werden opgemaakt op éénzelfde dag (opeenvolgende nummers). De prestatie voorafgaand aan de reeks gvvh's (21*0053/42) werd opgemaakt op 25 oktober 2021 en de prestatie volgend op de reeks gvvh's (21*0053/49) werd uitgevoerd op 26 oktober 2021 (of vroeger). Hieruit kan je afleiden dat de reeks gvvh's op 26 oktober 2021 werd opgemaakt, voorafgaand aan de fictieve prestatiedata. Volgens de attestering (prestatiedatum doorprint) werden de prestaties van de reeks gvvh's uitgevoerd in de periode van 26 oktober 2021 tot en met 29 oktober 2021. De prestaties 21*0054/42 tot en met 21*0054/44 werden reeds op 29 oktober 2021 geattesteerd, nog voor ze zouden zijn uitgevoerd. De arts zou dus reeds op maandag 25 oktober weten welke prestaties nog zouden nodig zijn in de volgende dagen. Zelfde redenering voor vrijdag 29 oktober 2021.

Ook de systematiek (combinatie van 2 prestaties op dezelfde dag) keert terug

Op dag 1 (26/10) zien we een raadpleging 101032 en een avondhuisbezoek 104215.

Op dag 2 (27/10) zien we een raadpleging 101032, een huisbezoek 103132 en een avondhuisbezoek 104215.

Op dag 3 (29/10) zien we een avondhuisbezoek 104215.

Op dinsdag 26 oktober zien we in het medisch dossier om 8u 02 een registratie terwijl op 27 oktober, 28 oktober en 30 oktober niets vermeld is in het medisch dossier.

29/10/2021 08:07:47 (HLS) Consultatie				 	
26/10/2021 08:02:32 (HLS) Consultatie				 	

14/09/2023

Datum	Reden / Subjectief	Objectief / Parameters	Evaluatie / Zorgelement	Handeling / Medicatie / Vaccinatie	Planning / Documenten
22/10/2021 17:01:42 (HLS) Consultatie				 	

De volledige lijst van opeenvolgende contacten is terug te vinden als PDF bestand "bijlage synthesesnota opeenvolgende gvvh's".

De geattesteerde prestaties, waarvan geen spoor in het medisch dossier terug te vinden is, worden beschouwd als niet uitgevoerd. Enkel de dagen waarop geregistreerde contacten in het medisch dossier terug te vinden zijn, kunnen gezien worden als werkelijk uitgevoerde prestaties met een contact waarbij de verzekerde bij de arts langskwam. Bijgevolg worden de geattesteerde raadplegingen (101032) met een registratie in het medisch dossier (125) aanvaard door de DGEK.

De verstrekkingen waarvoor geen registratie in het medisch dossier werd teruggevonden en

- die werden aangerekend als raadpleging (101032) op dagen dat er geen contact (geen registratie in het dossier) was met de zorgverlener (172)

of

- die werden aangerekend als huisbezoek (242), avondhuisbezoek (219) of weekendbezoek (42) terwijl de verzekerde verklaarde dat er geen huisbezoeken waren

worden ten laste gelegd. Deze tenlastelegging heeft betrekking op 675 verstrekkingen bij één verzekerde met prestatiedatum in de periode van 29/6/2021 tot en met 4/8/2023 (ontvangstdatum verzekeringsinstelling van

5/7/2021 tot en met 28/07/2023) voor een onverschuldigd bedrag van 27.984,89 euro.

Prestaties voor deze verzekerde die als huisbezoek (onafhankelijk van het type huisbezoek) werden aangerekend op de dagen dat er wel een registratie in het medisch dossier werd teruggevonden, werden ten laste gelegd in tenlastelegging 2 en worden hieronder verder besproken.

Tenlastelegging 2 (niet-conforme verstrekkingen):

Deze tenlastelegging is gebaseerd op duidelijke verklaringen van de verzekerden, informatie uit het medisch dossier van de verzekerden en verklaringen door de zorgverlener.

De verzekerden verklaarden dat zij op raadpleging gingen bij dr. A... en dat dr. A... geen (avond)huisbezoeken heeft afgelegd bij hen thuis.

Zo verklaarde verzekerde E... bijvoorbeeld:

“C... : Gaat u zelf bij de huisarts langs of komt de huisarts op huisbezoek bij u thuis. Belt u zelf de huisarts of komt de huisarts op volgens een vast schema (vb wekelijks, maandelijks,..)

E...: Ik ging zelf bij Dr A... langs. Hij kwam niet op de camping langs waar we woonden. Hij is nooit op huisbezoek gekomen.”

Toch werden de prestaties als huisbezoek of dringend avondhuisbezoek via derde-betalersregeling aangerekend. Eveneens waren er geregistreerde contacten tijdens de avondraadpleging die aangerekend werden als een dringend avondhuisbezoek. De dossierregistraties bevestigden de verklaring van de verzekerde.

Een meer gedetailleerde bespreking voor deze verzekerde is terug te vinden in de gevalsbespreking, waar ook de andere ten laste gelegde gevallen gedetailleerd worden besproken.

Wat de dringende avondhuisbezoeken betreft werd dr. A... eind 2021 op de hoogte gebracht via een aangetekend schrijven dat hij aanzien werd als outlier voor het gebruik van de hoogdringendheidshonoraria (stuk 0056). Ondanks dit schrijven werd een dringend avondhuisbezoek er in de periode 1-1-2022 tot en met 30-10-2023 nog 701 keer wordt aangerekend. Hiermee blijft dr. A... een outlier voor het gebruik van het dringend avondhuisbezoek. Opvallend hierbij is dat slechts 38 van de 701 (5,5%) van deze prestaties door dr. A... cash worden aangerekend. De overgrote meerderheid van deze huisbezoeken wordt via derde-betalersregeling aangerekend.

- Dr. A... zegt hierover in het proces-verbaal van verhoor van 12/10/2023:

C... : Welk nomenclatuurnummer gebruikt u voor een avondhuisbezoek na 18 u?

A... : 104215

C...: Kent u de voorwaarden voor het gebruik van het dringend avondhuisbezoek?

A... : Als er iets dringend gebeld wordt 's avonds of in de late namiddag.

C... : U ontving in december 2021 van onze dienst een brief in verband met de correcte aanrekening van hoogdringendheidshonoraria door huisartsen. Bent u na het ontvangen van deze informatie deze prestaties zoals avondhuisbezoeken anders gaan factureren dan u deed in 2019? Ik toon u een kopie van de brief. Dit is bijlage 3.

A... : Kan zijn, maar ik herinner het mij niet goed.

C...: De voorwaarden zijn dat het dringend moet zijn en de oproep moet na 18 u zijn.

A...: Ik werk ook dikwijls in revalidatie instelling F..., nu G... en ik krijg regelmatig oproepen na 18 u van de verpleging. Ook vaak van het H... in XXXX. De verpleging belde dan ook na 18 u omdat de kinderen overdag op school waren. En dan ging ik na 18 u op huisbezoek.

C... : In de periode 2021 zien we dat u minstens 510 keer de code 104215 aanrekent. Dit is ongeveer 9- 10 x per week. Vanaf 1-1-2022 (na het sturen van de brief door DGE) zien we in de periode 1-1-2022 tot 31-12-2022 minstens 420 aanrekeningen, ongeveer 8 x per week en van 1-1-2023 tot en met 30-10-2023 minstens 281 aanrekeningen, dit is ongeveer gemiddeld 7 maal per week. Hebt u hiervoor een verklaring?

A... : Dit zijn allemaal dringende huisbezoeken. Voor de instellingen. Ik zit ook vrij alleen en voor de oudere mensen moet ik 's avonds ook dikwijls op pad.

C...: Gebeuren de oproepen na 18 u?

A...: Die komen binnen tijdens de avondconsultatie.

(...)

C...: Deze contacten, die geregistreerd zijn tijdens de raadplegingsmomenten en aangerekend zijn als huisbezoek of dringend avondhuisbezoek, worden via de derdebetalersregeling aangerekend terwijl de contacten aangerekend als raadpleging vaak cash geïnd worden. Kunt u dit verklaren?

A... : Nee, ik weet dat niet direct.

C...: Wanneer past u de derdebetalersregeling toe en wanneer cash betaling? Vb mevrouw I..., geen voorkeursregeling, een raadpleging wordt cash betaald en een huisbezoek wordt aangerekend via derdebetalersregeling.

A... : Het enigste is als ze toevallig geen cash in huis hebben, dat we het dan via derdebetalen regelen.

De profielgegevens van dr. A... tonen verhoudingsgewijs meer huisbezoeken dan raadplegingen zowel in 2021, 2022 en 2023 (zie 1.2.3.2 van de synthesesnota). Nochtans verklaart dr. A... : "Ik zie er meer op raadpleging. Bijvoorbeeld 15 à 20 op raadpleging, dan heb 10 visites. Ik heb een wat oudere bevolking. Ik ga ook naar de rusthuizen in de omtrek."

Uit de opgevraagde medische dossiers blijkt dat op de data van contact (met attesteren van een huisbezoek of dringend avondhuisbezoek) een consultatie werd geregistreerd in het medisch dossier, dit tijdens de momenten waarop er raadplegingen waren georganiseerd in de praktijk. ('s morgens tussen 8 en 10u30 of 's avonds tussen 17u en 19 u.)

- Dr. A... geeft hiervoor tijdens het proces-verbaal van verhoor van 12/10/2023 en van 13/6/2024 meerdere, soms tegenstrijdige of onduidelijke verklaringen.

Huisbezoeken worden niet altijd ingevuld:

“C... : Noteert u bij elk contact met een patiënt, raadpleging of huisbezoek of technisch onderzoek, uw bevindingen in het medisch dossier? A... : Thuis in principe wel. Bij huisbezoeken is dat minder, soms als ik tijd over heb.”

Huisbezoeken zouden nadien zijn ingevuld:

“C... : In het medisch dossier van deze patiënt zien we wel dat op de dagen dat er huisbezoeken zijn aangerekend een contact werd geregistreerd in het medisch dossier op een tijdstip dat u raadplegingen had, tussen 17 u en 19 u. Kunt u dit toelichten? A... : Soms vullen we het contact niet direct in en doe ik dat later als er wat tijd was. C... : Ik begrijp dit niet goed. Er is een huisbezoek geweest op een andere dag en je vult dat dan in tijdens de raadpleging? A... : Dat kan gebeuren.”

Een consultatie in het medisch dossier kan een huisbezoek zijn:

“A... : Het is soms de avond voordien een avondbezoek geweest en dan vul ik dat later in. Een consultatie in het medisch dossier kan een huisbezoek zijn.”

Mogelijk zijn telefonische contacten als huisbezoek geattesteerd:

“A... : Ik ben daar veel geweest, maar er zitten misschien ook telefonische contacten tussen.

C... : Werden er huisbezoeken aangerekend voor een telefonisch contact waarbij de verzekerde een voorschrift vroeg ?

A... : Dat kan gebeurd zijn.”

Het kan per vergissing gebeurd zijn dat prestaties na 18 u als huisbezoek werden gefactureerd.

- Anderzijds is het duidelijk dat de arts zelf aanduidt in zijn softwarepakket welk type contact hij heeft gehad met de patiënt.

“C... : U verklaarde eerder dat u Care Connect gebruikt als softwareprogramma. Welke stappen dient u in uw softwareprogramma te doorlopen voor het aanmaken van een contact en het afronden van de betaling via derdebetalersregeling of via e-fact? Moet u keuzes maken om aan te duiden of een contact een raadpleging is, een advies of een huisbezoek?

A... : Identiteitskaart insteken en dan opent het dossier van de patiënt. Op dit moment kan je nog niet kiezen voor het type contact. Je noteert de gegevens. Je zegt voor wat de patiënt komt, bvb bloedonderzoek, medicatie... Dan moet je afsluiten en aanduiden welk contact er geweest. Dan moet je het type van de prestatie aanduiden.”

Opmerking : uitleg elektronisch facturatieproces Careconnect.

Bij het openen van het medisch dossier van een verzekerde krijgt de arts de keuze om het type contact aan te duiden. Er zijn tal van mogelijkheden zoals raadpleging, huisbezoek, voorschrift, telefonisch contact,... Na het afronden van het contact opent zich het facturatieprogramma. Dit neemt automatisch het type contact over dat oorspronkelijk werd gekozen door de arts met overeenkomstig nomenclatuurnummer. Indien de arts een ander type contact wenst te factureren dan de oorspronkelijke keuze, dient hij hiervoor zelf de aanpassing door te voeren + een herberekening te laten uitvoeren.

De verklaring van dr. A... dat (avond)huisbezoeken op een later tijdstip als raadpleging worden ingevoerd in het medisch programma en toch als huisbezoek in derde-betalersregeling worden aangerekend, strookt dan ook niet met de logische werkwijze binnen Careconnect. Het elektronisch aanrekenen van (avond)huisbezoeken is dan ook een bewuste keuze van de zorgverlener.

Standpunt en verantwoording van de zorgverlener

Voor een aantal verzekerden is dr. A... geheel of gedeeltelijk akkoord met de tenlastelegging, voor een aantal verzekerden gaat hij niet akkoord met de verklaring van de verzekerden.

Samen met het akkoord voor een gedeeltelijke vrijwillige terugbetaling, namelijk 20.000 euro, werden volgende opmerkingen geformuleerd door de zorgverlener op 21 september 2024:

‘Opmerkingen betreffende de zogezegde inbreuken op de nomenclatuur

- 1. Veel van de 104215 nomenclatuur zijn wel degelijk uitgevoerd; ik ben vast verbonden arts in revalidatiecentrum “G...” te XXXX en in H... te XXXX voor opvang sociale en minder valide kinderen.*
- 2. Als solo arts worden de huisbezoeken vaak ingebracht als er tijd vrij is, zelfs tijdens de consultatie uren.*
- 3. Consultaties worden ook geboekt voor mensen die geen tijd hebben om langs te komen maar wel bereid zijn om de consultatie te betalen.*
- 4. Er zijn ook huisbezoeken in het WE omdat er vaak oudere mensen zijn die zich niet kunnen verplaatsten naar de wachtpost in XXXX en een huisbezoek door de wachtpost vaak uren op zich laat wachten.*
- 5. Ik ben ook vaak van wacht voor zorgcentrum en revalidatiecentrum “G...” te XXXX*

...

Ik geef toe dat er fouten zijn gemaakt in de nomenclatuur maar de hoeveelheid die dr. C... aanhaalt zijn wel zeer sterk overdreven en een “tunnelvisie” voorzien zonder rekening te houden met externe factoren (solopraktijk+ heel veel telefonische interventies+ opvang die in de omgeving in geen enkele praktijk terecht kunnen!)

Conclusie

De DGEC merkt op dat

- er geen tenlasteleggingen waren voor verzekerden die verbleven in het revalidatiecentrum “G...” of in het H... in XXXX. Er werden evenmin weekendhuisbezoeken bij ouderen ten laste gelegd.

- het aanrekenen van raadplegingen of huisbezoeken omdat de verzekerde geen tijd heeft om langs te komen (ook al is de verzekerde bereid om de raadpleging te betalen) niet toegelaten is. Hiervoor bestaat afhankelijk van het type contact specifieke nomenclatuur (telefonisch consult, advies,...).

De geattesteerde huisbezoeken en avondhuisbezoeken bij de onderzochte verzekerden werden niet conform de geldende wetgeving aangerekend. Bijgevolg werden deze prestaties ten laste gelegd.

Deze tenlastelegging heeft betrekking op 452 verstrekkingen bij 22 verzekerden voor de prestatiedatum 2/7/2021 tot en met 31/10/2023 (ontvangstdatum verzekeringsinstelling van 08/07/2021 t.e.m. 31/10/2023), voor een onverschuldigd bedrag van 8.150,09 Euro (na toepassing van de verschilregel).

Dit bedrag werd verminderd met 27,93 euro na correctie omdat er ten onrechte twee supplementen ten laste werden gelegd (zie gevalsbespreking) alsook een rekenfout werd vastgesteld. Het aangepast ten laste gelegd bedrag bedraagt 8.122,16 euro.

2. VERWEER

De verweermiddelen werden opgevraagd aan dokter A... met een aangetekende brief van 30 januari 2025 overeenkomstig artikel 143, § 2, derde lid van de GVVU-wet. Er werden geen verweermiddelen ontvangen namens hem.

3. BEOORDELING

3.1 Algemeen

Overeenkomstig artikel 143, § 1, 1° van de GVVU-wet neemt de Leidend ambtenaar van de DGEK kennis van de betwistingen betreffende de inbreuken bedoeld in artikel 73bis, 1° en 2° van de wet wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 euro. Onder “waarde van de betwiste verstrekkingen” moet het verschuldigde bedrag begrepen worden dat overblijft na aanrekening van elke terugbetaling uitgevoerd tussen de kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling en het aanhangig maken van de zaak bij de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg.³ Het ten laste gelegd bedrag in dit dossier is 36.107,05 euro. Er gebeurde een gedeeltelijke vrijwillige terugbetaling ten belope van 20.000,00. De waarde van de betwiste verstrekkingen bedraagt 16.107,05 euro. Het dossier behoort dus tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar.

In casu werden de feiten ten laste gelegd aan dokter A... als zorgverlener in de zin van artikel 2, n) van de GVVU-wet.

De tenlasteleggingen, de wettelijke en reglementaire basis en de argumentatie van de Dienst zijn opgenomen in de synthesenota met daarin de gevalsbespreking die ter kennisgeving werd aangeboden aan dokter A... op 30 januari 2025. De synthesenota

³ Wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, *Parl.St.* Kamer DOC 53, 2600/001, 14;
https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/rechtspraak_kv_b_verpleegkundige_20171019_1.pdf

met daarin de gevalsbespreking maakt deel uit van het dossier, er wordt hier dan ook verwezen naar dat document.

3.2 Ten gronde

Dokter A... heeft zich schuldig gemaakt aan de aanrekening van niet-uitgevoerde verstrekkingen (tenlasteleggingen 1) en de aanrekening van niet-conforme prestaties (tenlastelegging 2).

De tenlasteleggingen komen op basis van het gevoerde administratief onderzoek bewezen voor.

De aanrekening van niet-uitgevoerde prestaties is de zwaarste inbreuk in de GVV-wet. In vergelijking met niet-conforme prestaties waarbij 'slechts' een geldboete van 150 procent van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen kan worden opgelegd, kan de geldboete bij niet-uitgevoerde prestaties oplopen tot 200 procent. Zo oordeelde de Kamer van beroep bijvoorbeeld terecht op 12 november 2020 in dossier NB 003-19⁴:

“(…)

De wetgeving is terecht streng zeker voor wat betreft de eerste tenlastelegging. Dit komt immers neer op oplichting van het RIZIV, gebruik van valse staten ... e.d.m.

Bovendien, en dit is het gevolg van de wil van de wetgever om de ten onrechte aangerekende prestaties zwaar te bestraffen en dus misbruiken ten nadele van de ziekteverzekering af te raden, wordt de eerste tenlastelegging gesanctioneerd met een geldboete die kan oplopen tot 200 % van de waarde van de ten onrechte aangerekende prestaties.

(…)”

De ernst van de inbreuk wordt bovendien nog eens bevestigd door de wetgever zelf die het niet mogelijk maakt om geen bijkomende administratieve geldboete op te leggen wanneer de tenlastelegging is bewezen.

Uit de verklaring van de verzekerde B... blijkt dat dokter A... verschillende kunstgrepen uitvoerde om tegemoetkomingen van de ziekteverzekering te ontvangen waar hij geen recht op had of om een hogere tegemoetkoming te ontvangen dan waar hij recht op had. Hij rekende bijvoorbeeld niet aan in de derde-betalersregeling op naam van verzekerde B... hoewel dat wettelijk verplicht is. Op die manier kon hij een reeks getuigschriften voor verstrekte hulp opmaken die fictief waren en die niet corresponderden met werkelijk uitgevoerde prestaties, noch qua aantal, noch qua nomenclatuurnummer. Dit blijkt uit de verklaring van de verzekerde en van dokter A..., uit de medische dossiers waaruit geen contactmoment bleek op bepaalde prestatiedata en de analyse van de getuigschriftenreeksen. Hij veranderde ook het nomenclatuurnummer op het getuigschrift op naam van de verzekerde waardoor hij een hogere tegemoetkoming kreeg hoewel hij een andere prestatie had uitgevoerd die recht gaf op een minder hoge tegemoetkoming. Bij andere verzekerden rekende hij ook huisbezoeken of dringende avondhuisbezoeken aan hoewel uit de verklaringen van de verzekerden duidelijk bleek dat ze op raadpleging gingen en dat dokter A... niet op huisbezoek kwam.

⁴ Zie ook bijvoorbeeld: [rechtspraak kvb arts 20240220 2.pdf \(fgov.be\)](#): “De Kamer van beroep is van oordeel dat het aanrekenen van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd een strenge bestraffing vereist.”

De vele tegenstrijdigheden in zijn verklaringen spreken boekdelen. Zo verklaarde hij dat hij meer op raadpleging ging dan op huisbezoek hoewel de aanrekengegevens het omgekeerde aantonen:

“Ik zie er meer op raadpleging. Bijvoorbeeld 15 à 20 op raadpleging, dan heb 10 visites. Ik heb een wat oudere bevolking. Ik ga ook naar de rusthuizen in de omtrek.”

Hij verklaart ook dat hij, na de uitvoering van de ten laste gelegde prestaties, de getuigschriften opmaakte maar dit blijkt niet uit de analyse van de volgnummers en de prestatiedata die vermeld staan op de getuigschriften. Zo werden er een reeks getuigschriften op naam van de heer B... opgemaakt waarvan de prestatiedatum van het volgende getuigschrift (dat niet op naam stond van verzekerde B...) voorafgaat of gelijk is aan de prestatiedatum op het eerste getuigschrift van de reeks getuigschriften op naam van verzekerde B.... Dokter A... maakte dus fictieve getuigschriften op met prestatiedata in de toekomst.

Bij raadplegingen int hij vaak cash, terwijl hij huisbezoeken aanrekent in de derde-betalersregeling. Dokter A... verklaart op 12 oktober 2023 dat hij dat verschil niet kan verklaren:

“(..)

C...: Deze contacten, die geregistreerd zijn tijdens de raadplegingsmomenten en aangerekend zijn als huisbezoek of dringend avondhuisbezoek, worden via de derdebetalersregeling aangerekend terwijl de contacten aangerekend als raadpleging vaak cash geïnd worden. Kunt u dit verklaren?

A... : Nee, ik weet dat niet direct.

“(..)”

De derde-betalersregeling is een fraudegevoeliger systeem aangezien de verzekerde niet betrokken wordt bij de financiële afhandeling van de tegemoetkoming door de ziekteverzekering. Dit systeem laat toe om zonder medeweten van de verzekerde⁵ op zijn of haar naam prestaties aan te rekenen aan de ziekteverzekering.

Hij gaf in zijn opmerkingen op het proces-verbaal van vaststelling toe dat hij fouten had gemaakt maar vindt de hoeveelheid daarvan sterk overdreven:

“Ik geef toe dat er fouten zijn gemaakt in de nomenclatuur maar de hoeveelheid die dr. C...aanhaalt zijn wel zeer sterk overdreven en een “tunnelvisie” voorzien zonder rekening te houden met externe factoren (solopraktijk+ heel veel telefonische interventies+ opvang die in de omgeving in geen enkele praktijk terecht kunnen!)”

Hij geeft dit zelf ook toe dat er bepaalde prestaties niet-conform werden aangerekend in zijn verhoor van 13 juni 2024:

“(..)

⁵ In principe moet er wel een bewijsstuk aan de patiënt worden uitgereikt voor de prestaties die worden aangerekend in de derde-betalersregeling (art. 53, § 1/2 GVVU-wet) maar dit is geen voorwaarde voor de uitbetaling van de gelden door de verzekeringsinstellingen.

A...: Het is soms de avond voordien een avondbezoek geweest en dan vul ik dat later in. Een consultatie in het medisch dossier kan een huisbezoek zijn.

C... : Werden er huisbezoeken aangerekend voor een telefonisch contact waarbij de verzekerde een voorschrift vroeg ?

A... : Dat kan gebeurd zijn.

(...)

“A... : Ik ben daar veel geweest, maar er zitten misschien ook telefonische contacten tussen.

(...)

C... : Zijn deze contacten die geregistreerd zijn tijdens de raadplegingsmomenten en aangerekend zijn als huisbezoek of dringend avondhuisbezoek correct aangerekend volgens u?

A...: Er zijn huisbezoeken bij geweest samen met gewone consultaties.

C... : Bestaat de mogelijkheid dat tijdens de facturatie met het software programma de foutieve code werd aangeduid waardoor een raadpleging na 18 werd gefactureerd als een huisbezoek na 18 u?

A... : Dat kan per vergissing gebeurd zijn.

(...).”

Het is niet omdat een solo-arts de huisbezoeken aanrekent als er tijd vrij is, er veel telefonische interventies zijn en hij veel opvang van patiënten doet, dat de aanrekening van de prestaties conform de nomenclatuur gebeuren of wel degelijk zijn uitgevoerd.

De verklaring van dr. A... dat (avond)huisbezoeken op een later tijdstip als raadpleging worden ingevoerd in het medisch programma en toch als huisbezoek in derde-betalersregeling worden aangerekend, strookt niet met de logische werkwijze binnen Careconnect. Het elektronisch aanrekenen van (avond)huisbezoeken is dan ook een bewuste keuze van de zorgverlener.

Uit het dossier blijkt ook dat dokter A... de bepalingen van de nomenclatuur niet correct toepast. Hij schrijft bijvoorbeeld in zijn opmerkingen op het proces-verbaal van vaststelling dat consultaties worden geboekt voor mensen die geen tijd hebben om langs te komen maar wel bereid zijn om de consultatie te betalen. De aanrekening van raadplegingen of huisbezoeken omdat de verzekerde geen tijd heeft om langs te komen (ook al is de verzekerde bereid om de raadpleging te betalen) is echter niet toegelaten. Hiervoor bestaat afhankelijk van het type contact specifieke nomenclatuur (telefonisch consult, advies,...).

Als hem wordt gevraagd naar de voorwaarden voor de aanrekening van hoogdringendheidshonoraria, antwoordt hij:

PC: Kent u de voorwaarden voor het gebruik van het dringend avondhuisbezoek?

HL : Als er iets dringend gebeld wordt 's avonds of in de late namiddag.

De voorwaarden voor de aanrekening van het dringendheidshonorarium zijn dat de prestatie moet plaatsvinden na 18 uur (dus niet in de late namiddag) en de patiënt

dringende verzorging moet krijgen die niet kan worden uitgesteld. Een bijzondere eis van de patiënt is niet voldoende.

Van iedere zorgverlener wordt nochtans verwacht dat hij of zij voldoende kennis heeft van de vigerende bepalingen, vooral dan van de nomenclatuurcodes die specifiek tot het beroepsdomein van die zorgverlener behoren. De zorgverlener treedt ter zake op als een medewerker van een openbare dienst⁶ en is steeds persoonlijk verantwoordelijk voor de correcte aanrekening van prestaties aan de verplichte ziekteverzekering.⁷

De nomenclatuur raakt de openbare orde.⁸ De bepalingen moeten 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.⁹

Dokter A... ontving op 6 december 2021 een aangetekend informatief schrijven betreffende de correcte aanrekening van hoogdringendheidshonoraria door huisartsen. Uit de kwantitatieve analyse van de facturatiegegevens van 2019 bleek dat dr. A... een outlier was in de groep van 12.163 huisartsen die de hoogdringendheidsnummers aanrekenen. Dokter A... rekende 712 keer hoogdringendheidshonoraria aan en bekleedt daarmee in 2019 plaats 191. De mediaan is 70. Dokter A... werd dus met andere woorden al herinnerd aan de wettelijke voorwaarden voor de aanrekening van dringendheidshonoraria en werd al aangespoord na te gaan of de hoogdringendheidshonoraria correct werden aangerekend en zo niet, dit recht te zetten bij de verzekeringsinstellingen. Hij heeft blijkbaar geen gehoor gegeven aan deze brief met onderhavig dossier tot gevolg.

Gelet onder andere op de intentionele aard van de foutieve aanrekeningen met de bedoeling om zich ongerechtvaardigd te verrijken op kosten van de ziekteverzekering, de flagrante foutieve aanrekeningen en de eerdere sensibilisering, dringt een strenge bestraffing zich op. Een maximale bestraffing overeenkomstig artikel 142, § 1, 1° en 2° GVV-wet voor de aanrekening van de niet-uitgevoerde prestaties en voor de aanrekening van niet-conforme prestaties is gepast, dit wil zeggen voor de aanrekening van niet-uitgevoerde prestaties een administratieve geldboete van 200 procent effectief van de waarde van de niet-uitgevoerde verstrekkingen en voor de aanrekening van niet-conforme prestaties een administratieve geldboete van 150 procent effectief van de waarde van de niet-conforme verstrekkingen.

⁶ 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 I. VANSWEEVELT (red.) *Recht en gezondheidszorg*, Gent, Myns en Breesch, 1999, 74; vgl. Arbitragehof 30 oktober 2001, nr. 133/2001, B.6.1.; Arbitragehof 30 januari 2002, nr. 26/2002, B.7.; Arbitragehof 12 juni 2002, nr. 98/2002, B.5.2. en B.5.3.; Arbitragehof 12 februari 2003, nr. 23/2003, B.13 en B.14.

⁷ [rechtspraak_kea_verpleegkundige_20230213_1.pdf \(fgov.be\)](#)

⁸ 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.

⁹ 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.

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 vastgesteld zijn in het proces-verbaal van vaststelling van 01/07/2024 bewezen zijn en houdt ze dus aan;

- stelt vast dat de ten laste gelegde feiten een inbreuk zijn op artikel 73bis, 1° en 2° van de Gvu-wet;

- veroordeelt dokter A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 1° en 2° van de Gvu-wet tot de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende prestaties, namelijk 36.107,05 euro; stelt vast dat er een gedeeltelijke terugbetaling is gebeurd van 20 000 euro;

- veroordeelt dokter A... overeenkomstig artikel 142, § 1, 1° en 2° van de Gvu-wet tot een administratieve geldboete:

- voor de aanrekening van niet-uitgevoerde prestaties: een administratieve geldboete

van 200 % effectief van de waarde van de niet-uitgevoerde, aangerekende prestaties (27.984,89 euro), ofwel 55.969,78 euro.

- voor de aanrekening van de niet-conforme prestaties: een administratieve geldboete van 150 % effectief van de waarde van de niet-conforme, aangerekende prestaties (8.122,16 euro), ofwel 12.183,24 euro.

Dokter A... moet het bedrag van € 84.260,07, waarvan 16.107,05 euro ten titel van terugbetaling en 68.153,02 euro ten titel van administratieve geldboete betalen door overschrijving op het rekeningnummer IBAN: BE56 6790 0197 7988 / BIC: C...HQBEBB 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, dokter P. Tavernier

Digitaal ondertekend door
Philip Tavernier (Signature)
Datum: 23/04/2025 15:52:44

