

KAMER VAN BEROEP
BESLISSING d.d. 20/02/2024
Algemeen rolnummer: NB-004-23
2021-00001-G-XX-XXX-00001
A.R.: 01/24

Betreft:

De heer **A...**, arts, wonende te XXXX, XXXX, met Riziv-nummer: 1XXXXXXXX
XXX

Appellant, met als raadsman Meester B..., advocaat, met kantoor te XXXX,
XXXX.

tegen

Riziv- Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (verder afgekort: DGEC), openbare instelling van sociale zekerheid met zetel te 1210 Brussel, Galileelaan 5/01, met KBO-nummer: 0206.653.946

Geïntimeerde, voor wie zijn verschenen, dokter C..., arts-inspecteur en de heer D..., jurist, ambtenaren bij geïntimeerde.

Op de openbare terechtzitting van 14 november 2023 heeft geen enkele partij de toepassing gevraagd van artikel 18, § 2, tweede lid van het koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riziv.

1. RETROACTEN

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- de beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 13 februari 2023, ter kennis gegeven aan partijen op 15 februari 2023;
- de beroepsakte van appellant van 15 maart 2023, ontvangen op de griffie van de Kamer van beroep op 20 maart 2023;
- de conclusie van geïntimeerde van 12 april 2023, neergelegd op de griffie van de Kamer van beroep op 12 april 2023;

- de conclusie van appellant van 15 september 2023, ontvangen op de griffie van de Kamer van beroep op 15 september 2023;
- de vaststelling van rechtsdag op 14 november 2023.

Gehoord op de zitting van 14 november 2023:

- de heer D... en dokter C... namens geïntimeerde.
- meester B... en appellant.

De debatten werden gesloten, de zaak werd in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op 20 februari 2024, eerste nuttige zitting van de Kamer van beroep.

2. FEITEN EN TENLASTELEGGINGEN

1 Appellant is zelfstandig huisarts sedert 1983. Hij is geaccrediteerd en geconventioneerd. Hij werkt alleen en doet zelf zijn administratie. Zijn praktijk is niet geïnformatiseerd. Hij heeft geen afsprakenboek.

Appellant heeft een praktijk met minder dan 250 patiënten met een globaal medisch dossier (verder afgekort: GMD). Zijn inkomen haalt hij vooral uit contacten met ongeveer 30 patiënten die hij wekelijks of om de 2 weken ziet, voornamelijk op huisbezoek na 21u of tijdens het weekend. In 2019 vinden bijna de helft van zijn contacten ofwel 's nachts (na 21 u) ofwel tijdens het weekend plaats. Deze contacten vertegenwoordigen bijna 60% van zijn inkomsten. Daarmee scoort hij boven percentiel 99 voor de nomenclatuur-nummers 104230 (= huisbezoek nacht 21/8) en 104252 (= huisbezoek weekend 8/8).

Uit de analyse van de door hem aangerekende verstrekkingen blijkt dat hij in de periode van 1 juni 2018 tot en met 31 mei 2020:

- op 13 dagen na, alle dagen heeft gewerkt en dat hij gemiddeld 9 patiënten per dag heeft gezien;
- alle weekends heeft gewerkt en dat hij gemiddeld 8,8 patiënten per dag heeft gezien (9,6 op zaterdag en 8 op zondag);
- 1.265 nachtbezoeken heeft aangerekend (1.008 tijdens de week en 257 tijdens het weekend); per gewerkte nacht komt dit neer op 2,36 patiënten per weeknacht en 1,9 patiënten per weekendnacht.

Appellant maakt sinds 2015 in toenemende mate gebruik van de “manuele derdebetalersregeling”. Hiervoor vraagt hij aan zijn patiënten klevertjes van hun ziekenfonds. Hij brengt de eigenhandig geschreven getuigschriften gegroepeerd per landsbond naar de verzekeringsinstelling waarbij de patiënt is aangesloten. De patiënten ontvangen van appellant geen betalingsbewijs, hoewel dit sedert 1 juli 2015 meestal verplicht is.

2 Op basis van deze vaststellingen voerde geïntimeerde een onderzoek uit naar de realiteit en de conformiteit van de verstrekkingen die appellant aanrekende aan de verplichte ziekteverzekering.

Aan alle verzekeringsinstellingen werden gewaarmerkte digitale databestanden opgevraagd van de prestaties die appellant uitvoerde in de periode van 1 januari 2015

tot 31 oktober 2020. Hieruit is gebleken dat appellant vooral frequente contacten aanreken bij een kleine groep verzekerden.

Vervolgens werden voor een 35-tal verzekerden gegevens opgevraagd van alle verstrekkingen die voor hen werden aangerekend in de periode van 1 januari 2015 tot 30 september 2020, ongeacht de verstrekker en inclusief de aangerekende medicatie. Tenslotte werden ook originele getuigschriften voor verstrekte hulp (verder afgekort: GVVH) opgevraagd bij de verzekeringsinstellingen.

Gelet op de Covid-19 pandemie werd ervoor geopteerd om een onderzoek uit te voeren met vragenlijsten. Daartoe werden eerst 10 en vervolgens 15 verzekerden aangeschreven. Zij ontvingen een individuele vragenlijst die werd opgesteld aan de hand van het aanrekenprofiel van appellant. Er werden 17 antwoorden ontvangen.

Er werden vervolgens 5 verzekerden verhoord ter aanvulling of verduidelijking van hun schriftelijke antwoorden op de enquête.

Appellant werd verhoord op 9 en 11 juni 2021, met bijstand van zijn advocaat.

Er werd Pro Justitia opgesteld op 4 juni 2021. Een afschrift hiervan werd aan appelland ter kennis gebracht bij aangetekend schrijven van 14 juni 2021.

3 Aan appelland werden volgende inbreuken ten laste gelegd:

Tenlastelegging 1:

In de periode van 4 juni 2018 tot en met 15 september 2020 (= datum van ontvangst door de verzekeringsinstelling), betreffende prestaties verricht in de periode van 18 maart 2018 tot en met 4 september 2020: 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.

In totaal zouden 994 verstrekkingen ten onrechte aangerekend zijn voor een totaalbedrag van 52.920,89 euro.

Tenlastelegging 2:

In de periode van 19 juni 2018 tot en met 2 september 2020 (= datum van ontvangst door de verzekeringsinstelling), betreffende prestaties verricht in de periode van 31 maart 2018 tot en met 22 augustus 2020, werden volgende inbreuken begaan op de wetgeving i.v.m. de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen: 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 voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet.

*Prestatiecode 104215: bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts,
prestatiecode 104230: Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts, en
prestatiecode 104252: bezoek afgelegd zaterdags, zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts,
werd aangerekend terwijl voor de patiënt op die dagen en uren geen dringende verzorging (die niet kon worden uitgesteld) vereist was.*

In totaal zouden 149 verstrekkingen ten onrechte aangerekend zijn voor een bedrag van 4.058,18 euro. In alle gevallen werd het verschil bepaald tussen de aangerekende verstrekking en verstrekking 103132 (= gewoon bezoek door de huisarts) of met verstrekking 101076 (= raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts).

Voor de 2 tenlasteleggingen samen bedraagt de terugvordering 56.979,07 euro.

4 Appellant betaalde dit bedrag niet vrijwillig terug, waarop geïntimeerde (= oorspronkelijke eisende partij) voorliggend geschil aanhangig maakte bij de Kamer van eerste aanleg.

3. DE BESTREDEN BESLISSING VAN DE KAMER VAN EERSTE AANLEG VAN 13 FEBRUARI 2023

5 Bij beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 13 februari 2023 werd(en):

- appellant veroordeeld tot terugbetaling aan het RIZIV van het bedrag van 56.979,07 euro;
- appellant veroordeeld tot een administratieve geldboete van 83.439,51 euro, namelijk:
 - voor tenlastelegging 1: een administratieve geldboete van 150 % waarvan 2/3 (of 52.920,89 euro) effectief en 1/3 (of 26.460,44 euro) met uitstel gedurende 3 jaar;
 - voor tenlastelegging 2: een administratieve geldboete van 100 %, hetzij 4.058,18 euro.

4. BEROEPSGRIEVEN

6 Appellant tekende beroep aan tegen de voormelde beslissing van de Kamer van eerste aanleg.

De vordering van appellant, zoals laatst geformuleerd in zijn conclusie van 15 september 2023, strekt ertoe:

- zijn hoger beroep toelaatbaar, ontvankelijk en gegrond te verklaren;
- de beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 13 februari 2023 te hervormen en opnieuw recht te doen;
- in hoofdde:
 - ✓ de aanvankelijke vordering van geïntimeerde qua terugvordering en het opleggen van een administratieve boete, af te wijzen als ongegrond;
 - ✓ hem voorbehoud te verlenen tot het uitbreiden van zijn verweer en het bijbrengen van stavingsstukken;
 - ✓ geïntimeerde te veroordelen tot de gebeurlijke kosten, als naar recht;
- ondergeschikt:
 - ✓ minstens de vordering voor wat betreft de betichtingen 1 en 2 te herleiden, dan wel de vordering(en) voor wat betreft tenlastelegging 1 te herkwalficeren naar inbreuken onder tenlastelegging 2;
- de gebeurlijke administratieve boete af te wijzen, minstens deze te beperken tot het minimum en deze volledig met uitstel te verlenen.

7 Appellant betwist formeel de feiten van tenlastelegging 1. De aangerekende prestaties werden wel uitgevoerd.

Hij maakte gebruik van een combinatie van de derdebetalersregeling en contante betalingen, afhankelijk van het feit of de patiënt al dan niet over speciën beschikte om hem te betalen. Veelal was dit bij huisbezoeken niet het geval.

Hij betwist de inhoud van de aan zijn patiënten voorgelegde vragenlijsten. Hierin werden enkel meerkeuzevragen gesteld die aanvankelijk niet “gekaderd” werden, waardoor de vraagstelling “geleid” werd, patiënten de indruk konden krijgen dat zij zelf gecontroleerd werden waardoor zij niet altijd een betrouwbaar antwoord gaven en hun situatie minimaliseerden. De vragenlijsten vormen een onvoldoende bewijs voor de tenlasteleggingen, te meer niet alle verzekerden achteraf verhoord werden. Ook niet alle patiënten vulden de vragenlijsten in. Deze zijn niet representatief voor de weerhouden feiten. De verklaringen kunnen ook niet geëxtrapoleerd worden op alle “casussen”.

Waar bepaalde patiënten vervolgens per telefoon “verhoord” werden, is het voor hem niet mogelijk om kennis te krijgen van de inhoud van dit verhoor. Bepaalde verklaringen van patiënten worden door objectieve vaststellingen tegengesproken. Een aantal patiënten hebben te kampen met een psychiatrische problematiek.

Het feit dat hij niet met een agenda werkt en hierdoor zelf niet kan bewijzen dat hij de aangerekende prestaties heeft uitgevoerd, bewijst niet dat dit daadwerkelijk ook zo was. Hij wist niet dat hij, zelfs bij gebruik van het derde-betalerssysteem steeds een bewijsstuk van zijn prestatie moest afleveren. Na zijn verhoor heeft hij zijn werkwijze bijgesteld.

8 Met betrekking tot tenlastelegging 2 wijst appellant erop dat hij, in tegenstelling tot bepaalde andere artsen, steeds bereid is om huisbezoeken af te leggen. Op het ogenblik van de oproep is het voor hem vrijwel onmogelijk om in te schatten of het om dringende zorg gaat die niet uitgesteld kan worden. Hij houdt hier inmiddels rekening mee.

9 Appellant stelt dat hij geen opzettelijke fouten heeft gemaakt. Hij heeft zich op geen enkel moment wetens en willens proberen te verrijken ten nadele van de ziekteverzekering. Hij is steeds bereikbaar voor zijn patiënten.

Hij wijst op het feit dat zijn praktijk nog niet geïnfomatiseerd is, wat het moeilijk maakt om bepaalde beweringen te weerleggen maar dit bewijst nog niet dat dossiers gemanipuleerd of onjuist zouden zijn. Hij wijst tevens op de afwezigheid van antecedenten, ondanks zijn meer dan 40-jaar lange carrière.

5 STANDPUNT VAN GEÏNTIMEERDE

10 Geïntimeerde vraagt om het hoger beroep ontvankelijk maar ongegrond te verklaren en de beslissing van de Kamer van eerste aanleg te bevestigen in al haar onderdelen.

11 Met betrekking tot de eerste tenlastelegging voert geïntimeerde aan:

- dat de Kamer van eerste aanleg meer waarachtigheid heeft toegekend aan de verklaringen van de verzekerden dan aan de verklaring van appellant; de verzekerden halen geen voordeel uit het afleggen van onjuiste verklaringen; er werd hen naast het invullen van de meerkeuzevragen ook de mogelijkheid geboden om zelf zaken te preciseren als dat nodig zou zijn; slechts 17 van de verzekerden vulden de vragenlijst in; in de begeleidende brief werd duidelijk

gemaakt dat de antwoorden op de vragen geen gevolgen zouden hebben voor de verzekerden zelf/de terugbetaling van hun geneeskundige zorgen; er werden geen vragen gesteld over de gezondheidstoestand van de verzekerden, enkel over het aanrekeninggedrag van hun huisarts;

- dat de intentie van appelland om het onderzoek naar zijn hand te zetten, blijkt uit de verklaring van verzekerde E...;
- dat uit de vragenlijsten van de verzekerden niet blijkt dat appelland de derdebetalersregeling heeft gecombineerd met contante betalingen;
- dat de “verklaringen” niet werden geëxtrapoleerd naar alle casussen;
- dat het gegeven dat appelland het aantal door hem uitgevoerde nachtprestaties sterk onderschat, een indicatie kan zijn dat hij deze niet heeft uitgevoerd;
- dat de processen-verbaal van verhoor een letterlijke weergave van het verhoor betreffen en dat hierbij telkens werd gewerkt conform de bepalingen van artikel 62 van het Sociaal Strafwetboek; de verzekerden hebben na hun verhoor hierbij geen opmerkingen geformuleerd;
- dat het feit dat bepaalde verzekerden een psychiatrische problematiek vertonen, nog niet wil zeggen dat ze aan geheugenverlies zouden lijden;
- dat de tenlasteleggingen blijken uit de verklaringen van de verzekerden, de medicatievoorschriften en de indiening van labostalen, niet uit de verouderde manier van werken van appelland; hij kan voor alle ten laste gelegde feiten de bewijsvoering nagaan en zijn rechten van verdediging uitoefenen; de inhoud van de telefonische gesprekken die gevoerd werden met bepaalde verzekerden, werden niet gebruikt als bewijs van de tenlasteleggingen;
- dat uit de vragenlijsten en de verklaringen van de verzekerden blijkt dat appelland verstrekkingen heeft aangerekend die niet werden uitgevoerd.

12 Met betrekking tot tenlastelegging 2 voert geïntimeerde aan:

- dat appelland, op het ogenblik dat hij de verstrekking aanreket, in staat is om te beoordelen of er voldaan is aan de voorwaarden om een supplement aan te rekenen; het feit dat de verzekerde de zorg als dringend ervaart, betekent nog niet dat er automatisch voldaan is aan de voorwaarden van de nomenclatuur;
- dat gelet op de lange carrière van appelland, hij zou moeten weten op welke manier hij de nomenclatuurnummers correct moet aanrekenen; het is niet omdat hem nog nooit een inbreuk werd ten laste gelegd, dat de nomenclatuur niet op hem van toepassing zou zijn.

13 Voor de tenlasteleggingen moet een administratieve geldboete worden opgelegd. De afwezigheid van antecedenten zegt niets over de correctheid van het aanrekeninggedrag van appelland. Het gebrek aan een bijzonder opzet verhindert het opleggen van een administratieve geldboete niet. De aanrekening van niet-conforme verstrekkingen, betreft geen onnauwkeurigheid of vergissing.

14 Er zijn aan deze procedure geen kosten verbonden.

6. BEOORDELING

6.1 Ontvankelijkheid van het hoger beroep

15 De betwiste beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 13 februari 2023 werd aan appelllant ter kennis gebracht bij aangetekende brief van 15 februari 2023.

Het bij verzoekschrift van 15 maart 2023 ingestelde hoger beroep is regelmatig naar vorm en termijn, wat door geïntimeerde overigens niet betwist wordt.

Het hoger beroep is ontvankelijk. Dit betekent dat de Kamer van beroep de gegrondheid van het beroep van appelllant kan onderzoeken en beoordelen.

6.2 Gegrondheid van het hoger beroep

6.2.1 De terugvordering van de zgn. ten onrechte aangerekende verstrekkingen

6.2.1.1 Tenlastelegging 1: het aanrekenen van niet-uitgevoerde verstrekkingen

16 Aan appelllant wordt ten laste gelegd dat hij in de periode van 4 juni 2018 tot en met 15 september 2020 (= datum van ontvangst door de verzekeringsinstellingen) inzake prestaties verricht in de periode van 18 maart 2018 tot en met 4 september 2020, voor 15 verzekerden reglementaire documenten heeft opgesteld en afgeleverd die de terugbetaling toelaten van geneeskundige verstrekkingen terwijl deze niet werden verleend.

Artikel 73*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (verder afgekort: de GVU-wet) bepaalt dienaangaande:

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.

Artikel 142 van de GVU-wet bepaalt verder:

§ 1. Onverminderd eventuele strafrechtelijke- en/of tuchtrechtelijke sancties, worden de zorgverleners en gelijkgestelden die zich niet schikken naar de bepalingen van artikel 73*bis* de hiernavolgende maatregelen opgelegd :

1° de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd en een administratieve geldboete van 50% tot 200% van de waarde van de terugbetaling, bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73*bis*, 1°.

De tenlastelegging heeft betrekking op volgende bepalingen van de nomenclatuur:

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

Hoofdstuk II. Raadplegingen, bezoeken en adviezen, psychotherapieën en andere verstrekkingen

Art. 2. - *B. Raadplegingen in de spreekkamer*

101032	Raadpleging in de spreekkamer door een huisarts.....	N8+
101076	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	N8+
	.....	Q30
	<i>C. Bezoeken</i>	
103132	.....
	Bezoek door de huisarts	N5,6+
	.....	D4+
	.....	E1
103412	.....
	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts.....	N5,6+
	.....	D4+
	.....	E0,5
	.....	E0,33
104215	.....
	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	N5,6+
	.....	D11,99+
	.....	E1
104230	.....
	Bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts	N5,6+
	.....	D33,99+
	.....	E1
104252	.....
	Bezoek afgelegd zaterdags, zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts.....	N5,6+
	.....	D13,99+
	.....	E1

17 De Kamer van beroep wijst er vooreerst op dat het de bewijswaarde van een bepaald bewijselement volkomen vrij beoordeelt, met dien verstande evenwel dat het moet gaan om op regelmatige wijze ingewonnen en verkregen bewijselementen, die daarenboven aan de tegenspraak van partijen werden onderworpen. Ook vermoedens van feitelijke aard kunnen als bewijsmiddelen dienen (Cass. 20 mei 1980, Arr. Cass. 1979-1980, 1165). De Kamer van beroep meet de geloofwaardigheid van elk element in het dossier en maakt een keuze met betrekking tot die elementen die het doorslaggevend vindt. Het gegeven dat deze Kamer aan bepaalde verklaringen meer geloof hecht dan aan andere houdt geen motiveringsgebrek in de zin van artikel 149 van de Grondwet in.

18 De Kamer van beroep stelt vast dat er in het voorliggende dossier geen gebruik werd gemaakt van extrapolaties. Er werden enkel prestaties ten laste gelegd die werden aangerekend voor verzekerden die de hen voorgelegde vragenlijst hebben ingevuld.

De bewering van appellant als zouden de verzekerden de vragenlijsten niet waarheidsgetrouw hebben ingevuld en zij hun situatie minimaliseerden omdat zij de indruk konden hebben dat zij zelf gecontroleerd werden, onderschrijft de Kamer van beroep niet. De begeleidende brief bij de vragenlijst vermeldde immers duidelijk dat de antwoorden op de vragen geen gevolgen zouden hebben voor de verzekerden zelf/de terugbetaling van hun geneeskundige zorgen. Er werden enkel vragen gesteld over de aard, de frequentie en de betalingswijze van consultaties bij de huisarts. Hierbij werd op geen enkele manier aangegeven/gesuggereerd dat het

onderzoek betrekking had op het aanrekeninggedrag van appellant. Indien de verklaringen van de verzekerden afweken van objectieve vaststellingen, werd hiermee geen rekening gehouden bij de beoordeling van de tenlastelegging.

De Kamer van beroep zal de tenlastelegging hieronder patiënt per patiënt bespreken.

19 Voor verzekerde F...(°1980) werden 41 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de stukken van het dossier blijkt dat appellant de vaste huisarts van de verzekerde was, met GMD. De medicatie van de verzekerde wordt doorgaans voorgeschreven door een specialist. De verzekerde betaalde zowel in contanten als via de derdebetalersregeling.

Appellant verklaart dat hij de verzekerde een 50-tal keer per jaar ziet, soms meerdere keren per week, soms enkele weken niet. Er zijn zowel consultaties op raadpleging als aan huis, voornamelijk als het dringend is. De verzekerde zou dan “psychotisch” zijn.

De verzekerde heeft enkel een vragenlijst ingevuld. Hierop vermeldt zij dat appellant slechts 3 à 4 keer jaar op huisbezoek komt en nooit 's nachts of tijdens het weekend. Zij zou ook steeds contant betaald hebben.

Uit het dossier blijkt dat er 3 à 4 consultaties per jaar contant worden betaald met de aflevering van een GVVH. Deze correleren met de datums waarop ook geneesmiddelenvoorschriften werden uitgevoerd. Niettemin lopen de verklaringen van appellant en de gegevens die de verzekerde heeft vermeld op de ingevulde vragenlijst zeer sterk uiteen. Gelet op de in het medisch dossier vermelde bipolaire stoornis van de verzekerde (met meerdere hospitalisaties in België en Polen), is de Kamer van beroep van oordeel dat enkel op basis van de door de verzekerde ingevulde vragenlijst geen correcte conclusies over het aanrekeninggedrag van appellant kunnen worden getrokken, zodat er sprake is van gerede twijfel die in het voordeel dient te spelen van appellant. Geïntimeerde heeft immers nagelaten deze verzekerde bijkomend te verhoren.

De consultaties van 24 december 2019 (= bloedafname) en 12 april 2020 (= gynaecologisch onderzoek) lijken *prima facie* niet dringend, maar deze werden wel uitgevoerd. Deze werden ten onrechte volledig ten laste gelegd.

Naar het oordeel van de Kamer van beroep is de tenlastelegging voor wat de prestaties betreft die appellant aanrekende voor verzekerde F..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 1.824,26 euro dient niet te worden terugbetaald.

20 Voor verzekerde G... (°1962) werden 29 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de stukken van het dossier blijkt dat appellant de vaste huisarts van de verzekerde was, met GMD. Appellant verklaart dat de verzekerde een hartpatiënt is die zich vaak druk maakt. Er wordt aangerekend via het derde-betalerssysteem. De verzekerde betaalt enkel de opleg.

Hoewel de verklaringen over de huisbezoeken (meestal huisbezoeken volgens appellant, ook 's nachts en tijdens het weekend vs. nooit huisbezoeken, nooit consultaties 's avonds en tijdens het weekend volgens de verzekerde) opnieuw zeer ver uit elkaar liggen, is er in dit geval niet aangegeven dat de medicatie door een andere arts dan appellant zou worden voorgeschreven. Het medisch dossier van de verzekerde bij appellant bevat weliswaar een A4 blad waarop de datums van contact met de verzekerde werden genoteerd, inclusief de door appellant gedane vaststellingen, maar van hartklachten en/of psychische gesprekken werd nooit melding gemaakt zodat geïntimeerde zich terecht vragen stelt of de verklaringen van appellant nopens de aangerekende prestaties voor deze verzekerde wel waarheidsgetrouw zijn.

De Kamer van beroep is van oordeel dat er voldoende overeenstemmende elementen voorhanden zijn om aan te nemen dat appelland slechts de consultaties waarop het GMD werd aangerekend en de consultaties die gepaard gingen met het voorschrijven van geneesmiddelen daadwerkelijk heeft uitgevoerd.

De tenlastelegging is voor de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 1.558,34 euro.

21 Voor verzekerde H...(°1976) werden 75 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de stukken van het dossier blijkt dat appelland de vaste huisarts van de verzekerde was in de periode 2015-2019. Er werd aangerekend via het derde-betalerssysteem. De verzekerde betaalde enkel de opleg.

De Kamer van beroep stelt vast dat geïntimeerde terecht wijst op het gegeven dat appelland na 6 augustus 2018 nagenoeg geen medicatie (antipsychotica) aan de verzekerde meer heeft voorgeschreven (enkel nog op 14 en 15 januari 2019). Ondanks het feit er nog nauwelijks sprake was van enige opvolging, werden nadien nog meer dan 70 consultaties aangerekend, vooral dringende huisbezoeken 's nachts en tijdens het weekend.

Hoewel de verklaringen over de consultaties (meestal huisbezoeken volgens appelland, ook 's nachts en tijdens het weekend vs. nooit huisbezoeken, nooit consultaties 's avonds en tijdens het weekend volgens de verzekerde) opnieuw zeer ver uit elkaar liggen, is er in dit geval niet aangegeven dat de medicatie in de periode 2015-2019 door een andere arts dan appelland werd voorgeschreven. Het medisch dossier van de verzekerde bij appelland bevat een aantal data waarop 'Impromen' werd vermeld, waarmee hetzij verwezen wordt naar een voorschrift voor deze medicatie, hetzij naar een inspuiting met deze medicatie. Bijgevolg stelt geïntimeerde zich terecht de vraag of de verklaringen van appelland nopens de aangerekende prestaties voor deze verzekerde die niet gepaard gaan met het voorschrijven of toedienen van medicatie wel waarheidsgetrouw zijn.

Gelet op wat hierboven werd uiteengezet, is de Kamer van beroep van oordeel dat er, ondanks de vermelde psychische problematiek van de verzekerde, voldoende overeenstemmende elementen voorhanden zijn om aan te nemen dat appelland slechts de consultaties die gepaard gingen met het voorschrijven/toedienen van geneesmiddelen daadwerkelijk heeft uitgevoerd.

De tenlastelegging is voor de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 3.679,11 euro.

22 Voor verzekerde I... (°1964) werden 171 verstrekkingen ten laste gelegd.

Appelland is niet de vaste huisarts van de verzekerde. Deze geeft op de vragenlijst aan dat hij een groepspraktijk als huisarts heeft. Op basis van de gegevens uit de vragenlijst kunnen bijgevolg geen conclusies worden getrokken over de aard, frequentie en tijdstip van de raadplegingen van deze verzekerde bij appelland.

Uit de gegevens van de verzekeringsinstellingen blijkt dat de verzekerde niet over een GMD beschikt. Hij frequenteert een groot aantal artsen.

Het patiëntendossier van de verzekerde bij appelland vermeldt dat deze te kampen heeft met een persoonlijkheidsstoornis. De voormalige vriendin van de verzekerde (= J...) verklaarde tijdens haar verhoor op 30 juni 2021 dat haar ex-vriend narcistische en manipulatieve trekken vertoont, alsook dat deze er alles zou aan doen om appelland in een slecht daglicht te stellen. Ook haar verklaring is weliswaar niet geheel neutraal (cfr. randnr. 28).

Op 19 mei 2021 nam de verzekerde zelf contact op met geïntimeerde. Van dit gesprek werd geen proces-verbaal opgesteld.

Appellant verklaarde tijdens zijn verhoor dat deze verzekerde hem probeerde te chanteren.

De verzekerde werd niet specifiek verhoord over de aard, frequentie en tijdstip van de raadplegingen bij appellant, noch over de beweringen van appellant in verband met de vermeende chantage. De Kamer van beroep stelt dan ook vast dat uit de beschikbare gegevens in het dossier, die aangeven dat de relatie tussen appellant en de verzekerde aanzienlijk vertroebeld is, geen duidelijke conclusies kunnen worden getrokken zodat er sprake is van gerede twijfel die in het voordeel dient te spelen van appellant.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties aangerekend voor verzekerde I..., niet bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 9.287,04 euro dient niet te worden terugbetaald.

23 Voor verzekerde K... (°1978) werden 20 verstrekkingen ten laste gelegd.

De eigen vermeldingen op de vragenlijst van deze verzekerde zijn tegenstrijdig (vaste huisarts JA/meerdere huisartsen JA). Bijgevolg is het niet zeker dat hij appellant als zijn huisarts beschouwt, waardoor de vragenlijst geen nuttige inlichtingen kan verstrekken nopens de ten laste gelegde feiten. Deze verzekerde werd niet bijkomend verhoord door de arts-inspecteur.

Volgens appellant had de verzekerde mentale problemen en was er sprake van cervicalgie. Voor deze laatste aandoening worden paravertebrale inspuitingen gegeven om de pijn te bestrijden. Voor de mentale problemen volgt er veelal een “gesprek” zonder dat er geneesmiddelen worden voorgeschreven.

De Kamer van beroep is van oordeel dat op basis van de voorhanden zijnde gegevens geen duidelijke conclusies kunnen worden getrokken zodat er sprake is van gerede twijfel die in het voordeel dient te spelen van appellant.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties aangerekend voor verzekerde K..., niet bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 1.351,52 euro dient niet te worden terugbetaald.

24 Voor verzekerde L...(°1953) werden 37 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de stukken van het dossier blijkt dat appellant de vaste huisarts van de verzekerde was. De verzekerde vermeldt op de vragenlijst dat zij doorgaans op raadpleging gaat bij haar huisarts. Deze komt slechts 1 keer per jaar aan huis en dit nooit 's avonds of tijdens het weekend. Zij betaalt de dokter zelf.

Appellant verklaart daarentegen dat hij doorgaans 2 keer per maand op dringend huisbezoek gaat voor onregelde glycemies en onregelde bloeddruk. De dringende bezoeken nemen toe in de tijd omdat ook de “familiale problemen” toenemen. Er werd niet doorgevraagd over wat hieronder dient te worden verstaan.

Uit het dossier blijkt dat er dubbel zoveel consultaties werden aangerekend dan dat er geneesmiddelen werden voorgeschreven. De contante betalingen correleren doorgaans goed met de aangerekende raadplegingen die de verzekerde cash betaalde.

Hoewel de verklaringen van appellant en de verzekerde over de huisbezoeken 's nachts en tijdens het weekend ver uit elkaar liggen, stelt geïntimeerde zich – naar het oordeel van de Kamer van beroep - terecht de vraag of de verklaringen van appellant nopens de aangerekende prestaties voor deze verzekerde die niet gepaard gingen met het voorschrijven of toedienen

van medicatie wel waarheidsgetrouw zijn. Gesprekken over ‘familiale problematieken’ worden terecht niet als een raadpleging aanvaard.

Gelet op wat hierboven werd uiteengezet, is de Kamer van beroep van oordeel dat er, ondanks de vermelde psychische problematiek van de verzekerde, voldoende overeenstemmende elementen voorhanden zijn om aan te nemen dat appelland slechts de consultaties die gepaard gingen met het voorschrijven van geneesmiddelen daadwerkelijk heeft uitgevoerd. Er werden ook meer huisbezoeken aanvaard dan vermeld op de door de verzekerde ingevulde vragenlijst.

De tenlastelegging is voor de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 2.192,85 euro.

25 Voor verzekerde M... (°1971) werden 26 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de stukken van het dossier blijkt dat appelland de vaste huisarts van de verzekerde was. De verzekerde vermeldt op de vragenlijst dat zij enkel op raadpleging gaat bij haar huisarts. Deze komt nooit aan huis, ook niet 's avonds of tijdens het weekend. Zij is ingeschreven in de diabetesconventie en wordt behandeld door een endocrinoloog die de medicatie voorschrijft. Bij appelland wordt gebruik gemaakt van de derdebetalersregeling. Zij betaalt enkel de opleg. De verzekerde heeft al haar antwoorden zoals vermeld op de vragenlijst uitdrukkelijk bevestigd tijdens haar verhoor op 28 juni 2021.

Appelland verklaarde daarentegen dat hij wel regelmatig bij haar thuis langsgaat, ook 's nachts en tijdens het weekend voor dringende huisbezoeken omdat de verzekerde haar zelfmetingen verwaarloost (*“Als het voor haar suiker is moet ik haar zeggen om haar pen hoger te zetten, soms kom ik ook omdat ze ziek is”*). De verzekerde verklaarde nochtans expliciet dat zij haar bloeddruk meermaals per dag zelf controleert.

Hoewel de verklaringen van appelland en de verzekerde over de huisbezoeken 's nachts en tijdens het weekend ver uit elkaar liggen, stelt geïntimeerde zich – naar het oordeel van de Kamer van beroep - terecht de vraag of de verklaringen van appelland nopens de aangerekende prestaties voor deze verzekerde 's avonds en tijdens het weekend wel waarheidsgetrouw zijn. Aanwijzingen geven over hoe zij haar diabetesbehandeling zelf kan/moet bijstellen (al dan niet 's avonds of tijdens het weekend) wordt terecht niet aanvaard als een raadpleging.

Gelet op wat hierboven werd uiteengezet, is de Kamer van beroep van oordeel dat er in het dossier voldoende overeenstemmende elementen voorhanden zijn om aan te nemen dat appelland slechts de consultaties die gepaard gingen met het voorschrijven van geneesmiddelen en labo-onderzoeken (incl. 3 huisbezoeken, 2 nachtbezoeken en 1 weekendbezoek) daadwerkelijk heeft uitgevoerd. Er werden aldus meer huisbezoeken aanvaard dan vermeld op de door de verzekerde ingevulde vragenlijst.

De tenlastelegging is voor de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 1.681,63 euro.

26 Voor verzekerde N... (°1964) werden 214 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de stukken van het dossier blijkt dat appelland de vaste huisarts van de verzekerde was tot april 2021. De verzekerde vermeldde op de vragenlijst dat zij 1 keer per maand op raadpleging ging bij haar huisarts. Deze kwam 3 à 4 keer per jaar aan huis, niet 's avonds en soms maar eerder zelden tijdens het weekend. Zij nam zelf contact op met geïntimeerde en meldde dat appelland soms ongewild bij haar op huisbezoek kwam, wat appelland evenwel ontkent. Hij vroeg dan welke medicatie ze nodig had en hij zou vervolgens geneesmiddelenvoorschriften gemaakt hebben op verschillende data. (De verzekerde is verslaafd aan slaapmedicatie en

antidepressiva). Appellant maakte gebruik van de derdebetalersregeling. De verzekerde betaalde enkel de opleg.

Appellant verklaarde dat hij regelmatig bij deze verzekerde op dringend huisbezoek ging als zij zich niet goed voelde (o.m. hartkloppingen of psychiatrische problemen). Er wordt geen melding gemaakt van een patiëntendossier. Appellant diende de GVVH die betrekking hebben op achtereenvolgende dagen, niet chronologisch in bij de verzekeringsinstellingen. Dit wijst erop dat hij zijn "ongewoon" aanrekeninggedrag probeerde de verdoezelen.

Hoewel de verklaringen van appellant en de verzekerde over de huisbezoeken 's nachts en tijdens het weekend ver uit elkaar liggen, stelt geïntimeerde zich – naar het oordeel van de Kamer van beroep - terecht de vraag of de verklaringen van appellant nopens de aangerekende prestaties voor deze verzekerde wel waarheidsgetrouw zijn. Zelf bij een verslaafde verzekerde langsgaan om haar verslavende medicatie voor te schrijven, wordt terecht niet aanvaard als een raadpleging.

Gelet op wat hierboven werd uiteengezet, is de Kamer van beroep van oordeel dat er in het dossier voldoende overeenstemmende elementen voorhanden zijn om aan te nemen dat appellant slechts de consultaties die gepaard gingen met het voorschrijven van geneesmiddelen en labo-onderzoeken (incl. 3 huisbezoeken en 5 dringende weekendbezoeken) daadwerkelijk heeft uitgevoerd. Er werden meer huisbezoeken aanvaard dan vermeld op de door de verzekerde ingevulde vragenlijst.

De tenlastelegging is voor de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 9.888,78 euro.

27 Voor verzekerde O... (°1968) werden 31 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de stukken van het dossier blijkt dat appellant de vaste huisarts is van de verzekerde. Deze vermeldt op de vragenlijst dat hij 6 keer per jaar op raadpleging gaat bij zijn huisarts en dat deze aan huis komt als het nodig is. Dit gebeurt nooit 's avonds maar wel soms tijdens het weekend. Hij betaalt steeds zelf de huisarts die hem een GVVH aflevert. De verzekerde meldde eerst telefonisch dat hij niet wenste mee te werken aan het onderzoek, maar stuurde uiteindelijk toch een ingevulde vragenlijst op.

Appellant verklaarde daarentegen dat hij zeker 2 keer per maand aan huis gaat, meestal 's nachts omwille van pijn aan de rechter voet en psychische problemen. Hij schrijft dan pijnstilling, kalmerende middelen en slaapmedicatie voor. Hij rekent aan via derde-betaler als de verzekerde (veelal thuis) geen geld voorhanden heeft.

De arts-inspecteur heeft vastgesteld dat in het patiëntendossier van de verzekerde er datums werden "tussengevoegd" van consultaties die via de derdebetalersregeling werden aangerekend. Dit kan erop wijzen dat appellant het dossier na zijn eerste verhoor nog heeft "aangevuld".

In het dossier zijn voldoende overeenstemmende elementen voorhanden om aan te nemen dat appellant slechts de consultaties die gepaard gingen met een contante betaling en met het voorschrijven van geneesmiddelen en labo-onderzoeken (12 raadplegingen en 1 weekend huisbezoek) daadwerkelijk heeft uitgevoerd. Er werden overigens meer huisbezoeken aanvaard dan vermeld op de door de verzekerde ingevulde vragenlijst.

De tenlastelegging is voor de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 1.656,06 euro.

28 Voor verzekerde J... (°1973) werden 35 verstrekkingen ten laste gelegd.

Appellant is niet de vaste huisarts van de verzekerde. De antwoorden op de ingevulde vragenlijst hebben bijgevolg geen betrekking op appellant. De verzekerde heeft per telefoon gemeld dat zij haar antwoorden wenste te herzien, waarop zij verhoord werd op 30 juni 2021.

Tijdens dit verhoor verklaarde zij onder meer:

- dat appellant regelmatig bij haar thuis kwam “om te praten” omdat zij nood had aan een gesprek na het overlijden van haar man en omdat zij problemen had met haar toenmalige vriend (= verzekerde I...);
- dat zij niet wist dat appellant voor de gesprekken nachtbezoeken aanrekende;
- dat zij aan appellant, nadat zij eerst bij hem op raadpleging was geweest, nog vroeg om 's avonds aan huis te komen omdat zij uitslag kreeg van een eerder die dag voorgeschreven geneesmiddel;
- dat zij slechts 2 keer bij hem op raadpleging is geweest; zij belde hem voornamelijk als haar huisarts tijdens het weekend niet bereikbaar was; dit gebeurde in de periode 2018-2020 een 18-tal keer;
- dat appellant de afgelopen 2 jaar een 10-tal keer een nachtbezoek heeft afgelegd voor “gesprekken” die in haar ogen “dringend” waren;
- dat verzekerde I... andere verzekerden onder druk heeft gezet om “verkeerde verklaringen” af te leggen inzake appellant.

Uit de gegevens van de verzekeringsinstellingen blijkt verder:

- dat appellant nooit geneesmiddelen heeft voorgeschreven voor deze verzekerde; minstens werd de in het patiëntendossier vermelde medicatie nooit afgehaald;
- dat appellant 1 labo-onderzoek heeft aangevraagd op 27 augustus 2019 (bloedafname om 18u30 – ontvangst labo om 20u38) en dat hij hiervoor een nachtbezoek aanrekende;
- dat deze verzekerde exact weet hoeveel keer appellant voor haar een consultatie heeft aangerekend, zodat er naar alle waarschijnlijkheid sprake is van collusie.

Gelet op wat hierboven werd uiteengezet, is de Kamer van beroep van oordeel dat er in het dossier voldoende overeenstemmende elementen voorhanden zijn om aan te nemen dat appellant slechts 2 consultaties daadwerkelijk heeft uitgevoerd. Voor 1 van deze consultaties werd ten onrechte een nachtbezoek aangerekend (het labostaal werd al om 18u30 afgenomen). Voor deze raadpleging werd terecht toepassing gemaakt van de verschilregel. “Psychische gesprekken” tijdens weekendbezoeken kunnen daarentegen nooit als consultaties worden aangerekend.

De tenlastelegging is voor de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 1.831,44 euro.

29 Voor verzekerde P... (°1958) werden 46 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de door de verzekerde ingevulde vragenlijst blijkt dat appellant niet de huisarts was van de verzekerde. Deze werd onvolledig ingevuld en niet ondertekend. Hieruit kunnen dan ook geen dienstige conclusies worden getrokken. De verzekerde werd echter bijkomend verhoord op 28 juni 2021. Zij verklaarde dat zij in de periode januari 2018 – september 2020 regelmatig bij appellant op raadpleging ging. Hij is in die periode ook een 10-tal keer aan huis geweest waaronder 1 keer 's nachts na 21 uur maar niet tijdens het weekend. Er wordt telkens aangerekend via de derdebetalersregeling.

Appellant stelt daarentegen dat hij meestal bij de verzekerde op huisbezoek ging, ongeveer 50 à 75 keer per jaar tijdens het weekend en 's nachts. Zij is een chronische nierpatiënte die onder toezicht staat van een andere arts. Er komt ook verpleging aan huis.

De verklaringen van appellant en de verzekerde over de huisbezoeken 's nachts en tijdens het weekend liggen ver uit elkaar. Dit kan deels verklaard worden door het feit dat de verzekerde verschillende huisartsen frequenteert zodat zij geen volledig correct beeld heeft van de consultaties van appellant. Niettemin stelt geïntimeerde zich daarnaast evenzeer terecht de vraag of de verklaringen van appellant nopens de aangerekende prestaties voor deze verzekerde 's avonds en tijdens het weekend die niet gepaard gaan met het voorschrijven of toedienen van geneesmiddelen wel waarheidsgetrouw zijn.

In het dossier zijn voldoende overeenstemmende elementen voorhanden om aan te nemen dat appellant slechts de consultaties die gepaard gingen met het voorschrijven van geneesmiddelen en labo-onderzoeken (15 gewone raadplegingen, 15 huisbezoeken, 5 nachtbezoeken en 5 weekendcontacten) daadwerkelijk heeft uitgevoerd. Er werden meer huisbezoeken aanvaard dan deze vermeld tijdens het verhoor van de verzekerde.

De tenlastelegging is voor de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 3.009,08 euro.

30 Voor verzekerde Q...(°1980) werden 32 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de stukken van het dossier blijkt dat de verzekerde werd bevraagd over de periode van september 2019 tot december 2020 waarin appellant haar vaste huisarts was. Appellant werd enkel via de derdebetalersregeling betaald.

De verzekerde vermeldt dat zij 1 keer per maand op raadpleging ging bij haar huisarts. Deze kwam niet aan huis, niet na 21u en ook niet tijdens het weekend.

Appellant verklaart daarentegen dat hij bij deze verzekerde meestal op huisbezoek ging, ook dringend en tijdens het weekend. De verzekerde betreft een manisch-depressieve patiënte met paranoia en psychotische aanvallen. Zij werd hiervoor eind 2019 (van 5 november 2019 tot 17 december 2019) opgenomen. Niettemin heeft appellant tijdens de opname van de verzekerde nog 2 consultaties aangerekend (op 21 november 2019 en 2 december 2019).

Hoewel de verklaringen van appellant en de verzekerde over de huisbezoeken 's nachts en tijdens het weekend ver uit elkaar liggen, is de Kamer van beroep van oordeel:

- dat de aangerekende prestaties die niet gepaard gingen met het voorschrijven of afleveren van medicatie niet waarheidsgetrouw zijn; dat appellant de ernstige psychiatrische problematiek van de verzekerde zou kunnen behandelen met enkel een gesprek, is niet aannemelijk;
- dat, gelet op de psychiatrische problematiek, het anderzijds niet uit te sluiten valt dat appellant ook dringende nachtbezoeken heeft uitgevoerd, zodat er voor dit onderdeel gereede twijfel bestaat die in het voordeel van appellant dient te spelen (cfr. tenlastelegging 2, randnr. 41).

Gelet op wat hierboven werd uiteengezet, is de Kamer van beroep van oordeel dat er in het dossier voldoende overeenstemmende elementen voorhanden zijn om aan te nemen dat appellant slechts de consultaties die gepaard gingen met het voorschrijven van geneesmiddelen daadwerkelijk heeft uitgevoerd.

De tenlastelegging is in de hierboven vermelde mate bewezen. De ten laste gelegde prestaties dienen te worden terugbetaald ten belope van 1.958,59 euro.

31 Voor verzekerde R... (°1973) werden 30 verstrekkingen ten laste gelegd.

De door de verzekerde ingevulde vragenlijst werd onvolledig ingevuld en niet ondertekend. Hieruit kunnen dan ook geen dienstige conclusies worden getrokken. De verzekerde werd

echter bijkomend verhoord op 30 juni 2021. Appellant was de huisarts van de verzekerde in de periode van 30 mei 2018 tot 30 juli 2020, waarna zij van huisarts veranderde. In de beginfase werden contante betalingen met afgifte van een GVVH afgewisseld met de derdebetalersregeling.

De verzekerde verklaarde dat zij minimum 1 keer om de 3 maanden bij appellant op raadpleging ging. Hij is echter nooit bij haar thuis geweest.

Appellant verklaarde daarentegen dat hij meestal op huisbezoek ging om haar een attest van arbeidsongeschiktheid voor te schrijven en om haar insputingen te geven (Depot-Medrol in de rug). Hij zag haar ook wegens depressie.

Hoewel de verklaringen van appellant en de verzekerde over de huisbezoeken ver uit elkaar liggen, stelt geïntimeerde zich – naar het oordeel van de Kamer van beroep - terecht de vraag of de verklaringen van appellant nopens de aangerekende huisbezoeken voor deze verzekerde wel waarheidsgetrouw zijn. Dit geldt des te meer omdat de raadplegingen met contante betaling duidelijk correleren met de data waarop geneesmiddelen werden voorgeschreven en afgeleverd, terwijl dit niet het geval blijkt voor de data waarop gebruik werd gemaakt van de derdebetalersregeling. Het uitschrijven van arbeidsongeschiktheidsattesten is bovendien niet dringend.

In het dossier zijn voldoende overeenstemmende elementen voorhanden om aan te nemen dat appellant slechts de consultaties die gepaard gingen met het voorschrijven van geneesmiddelen en labo-onderzoeken daadwerkelijk heeft uitgevoerd. Gelet op de duidelijke verklaring van de verzekerde, staat vast dat de ten laste gelegde huisbezoeken en dringendheden ten onrechte werden aangerekend. Hierover werd ook geen informatie teruggevonden in het patiëntendossier van de verzekerde.

De tenlastelegging is voor de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 1.613,27 euro.

32 Voor verzekerde E... (°1964) werden 47 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de door de verzekerde ingevulde vragenlijst blijkt dat appellant niet zijn huisarts was. Uit de vragenlijst kunnen bijgevolg geen voor het onderzoek dienstige conclusies worden getrokken.

De verzekerde werd echter bijkomend verhoord op 29 juni 2021. Uit diens verklaring blijkt:

- dat hij appellant eerder als een “vriend” dan als zijn arts beschouwde;
- dat hij voornamelijk beroep deed op de diensten van appellant “voor uitzonderlijke gevallen” en “buiten de normale uren” als de artsen van de groepspraktijk waar hij normalerwijze naartoe gaat, niet bereikbaar waren;
- dat hij in de periode van 2018 tot april 2021 maximaal een 10-tal keer bij appellant op raadpleging is geweest;
- dat hij hem daarentegen nooit 's nachts na 21u heeft gebeld;
- wanneer hij tijdens het weekend belde, kwam appellant op huisbezoek of ging hij op consultatie; dit is zeker niet meer dan een 10-tal keer geweest;
- dat appellant hem heeft opgebeld met de vraag om een verklaring af te leggen inzake raadplegingen 's avonds en tijdens het weekend.

Appellant verklaarde daarentegen dat de verzekerde een “probleemgeval” was bij wie hij langsging voor hart- en psychische problemen, alsook voor schouderpijn (“*Als dit hevige pijn is, geef ik een insputing. Dat staat dan in het dossier geschreven.*”) Hij verklaarde tijdens zijn verhoor evenzeer dat deze verzekerde hem (samen met verzekerde I...) probeerde te chanteren. Uit het verhoor van de verzekerde blijkt niet dat de arts-inspecteur hem dienaangaande verder bevraagd heeft.

Geïntimeerde geeft in de gevalsbespreking aan dat de antwoorden van appellant moeilijk interpreteerbaar zijn omdat deze niet goed overeenkomen met de gegevens uit de databanken van de verzekeringsinstellingen. De verzekerde frequenteerde in de litigieuze periode meerdere artsen.

Uit de beschikbare gegevens van het onderzoek kunnen bijgevolg geen eenduidige vaststellingen over het aanrekeninggedrag van appellant worden afgeleid, zodat er sprake is van gereede twijfel die in zijn voordeel dient te spelen.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties van deze verzekerde niet bewezen. Deze dienen niet te worden terugbetaald ten belope van 3.079,46 euro.

33 Voor verzekerde S... (°1954) werden 160 verstrekkingen ten laste gelegd.

Uit de stukken van het dossier blijkt dat appellant de vaste huisarts van de verzekerde was, met GMD. Appellant is de broer van deze verzekerde en tevens zijn huisbaas.

In de door de verzekerde ingevulde vragenlijst vermeldt deze dat hij slechts 1 maal per jaar op raadpleging zou gaan, alsook dat de huisarts slechts 3 à 4 keer per jaar op huisbezoek zou komen, wat ongeveer overeenstemt met het aantal keer dat er medicatie is afgeleverd en een labo-onderzoek werd voorgeschreven. Voor deze verzekerde wordt aangerekend via de derde-betalersrekening.

Appellant wijst tijdens zijn verhoor op de alcoholproblematiek van deze verzekerde: *“Als hij gedronken heeft, zal hij liegen. Ook als hij nuchter is, mag hij niet geloofd worden. Hij belt mij continu op. Ik ga bij hem op bezoek. Dit kan tot 4x per maand zijn. Dit is meestal 's nachts, in het weekend, maar ook overdag. U vraagt mij waarom deze bezoeken dringend zijn, indien ik dien te komen omdat hij dronken is. Als ik kom, klaagt hij ook over rugpijn. Dan geef ik hem een inspuiting. Ook psychische gesprekken. Er wordt gezegd dat hij Korsakov heeft. (...)”*

Hoewel de verklaringen van de verzekerde en appellant sterk uiteenlopen en appellant gewezen heeft op de alcoholproblematiek van de verzekerde, dient zijn aanrekeninggedrag dat niet gepaard ging met het voorschrijven van geneesmiddelen of labo-onderzoeken toch ernstig in vraag te worden gesteld. Hoewel het zeer goed mogelijk is dat appellant (veel) meer is langs geweest bij de verzekerde dan dat deze vermeldde op zijn vragenlijst, zijn het merendeel van deze huisbezoeken (o.m. psychische gesprekken 's avonds, 's nachts en tijdens het weekend) te kaderen in de familiale context van de hulp aan een broer in nood. Deze gesprekken betreffen bijgevolg geen consultaties die kunnen worden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 3.079,46 euro.

34 Besluit:

Gelet op wat hierboven werd uiteengezet, is de Kamer van beroep van oordeel dat de feiten, voorwerp van de eerste tenlastelegging ten aanzien van appellant bewezen zijn voor een totaal bedrag van 37.378,61 euro. Appellant wordt veroordeeld tot terugbetaling van dit bedrag aan geïntimeerde (= aanvankelijke eisende partij).

Het hoger beroep van appellant is in deze mate gegrond.

6.2.1.2 Tenlastelegging 2: het aanrekenen van niet-conforme verstrekkingen

35 Onder tenlastelegging 2 wordt aan appellant ten laste gelegd dat hij in de periode van 19 juni 2018 tot en met 2 september 2020 (= datum van ontvangst door de verzekeringsinstellingen) betreffende prestaties verricht in de periode van 31 maart 2018 tot en met 22 augustus 2020, met betrekking tot 7 verzekerden reglementaire documenten heeft opgesteld en afgeleverd die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen terwijl de verstrekkingen niet voldeden aan de voorwaarden bepaald in deze wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet. Meer bepaald werden de nomenclatuurnummers 104215 (= bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts), 104230 (= bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts) en 104252 (= bezoek afgelegd 's zaterdags, 's zondags of op een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts) aangerekend terwijl voor de patiënt op die dagen en uren geen dringende verzorging (die niet kon worden uitgesteld) vereist was.

Artikel 73*bis* van de GVVU-wet bepaalt dienaangaande:

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.

Artikel 142, § 1, 2° van de GVVU-wet bepaalt verder:

Onverminderd eventuele strafrechtelijke- en/of tuchtrechtelijke sancties, worden de zorgverleners en gelijkgestelden die zich niet schikken naar de bepalingen van artikel 73*bis* de hiernavolgende maatregelen opgelegd:

2° de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd en/of een administratieve geldboete van 5 % tot 150 % van de waarde van de terugbetaling, bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73*bis*, 2°.

De tenlastelegging heeft betrekking op dezelfde bepalingen van de nomenclatuur als deze die vermeld werden onder tenlastelegging 1 (cfr. randnr. 16).

De Kamer van beroep zal de tenlastelegging hieronder patiënt per patiënt bespreken.

36 Voor verzekerde T... werden 31 verstrekkingen ten laste gelegd.

Appellant is de vaste huisarts van de verzekerde bij wie hij 1 à 2 keer per maand op huisbezoek gaat, soms ook tijdens het weekend. Het patiëntendossier van deze verzekerde vermeldt meestal banale klachten (o.a. pijn aan de hand in het kader van Dypuytren), rugpijn, verkoudheden met keelpijn en hooikoorts. Nergens wordt het dringend karakter van de als dusdanig aangerekende verstrekkingen verantwoord.

De Kamer van beroep is van oordeel dat geïntimeerde correct geoordeeld heeft dat slechts gewone huisbezoeken konden worden aangerekend. De dringende huisbezoeken werden terecht ten laste gelegd. De Kamer stelt overigens vast dat appelland de tenlastelegging niet ernstig betwist.

De vordering van geïntimeerde tot terugbetaling van het verschil tussen het dringend en gewoon huisbezoek (= de toepassing van de verschilregel) is voor wat deze verzekerde betreft, gegrond voor een bedrag van 713,87 euro.

37 Voor verzekerde I... werd 1 verstrekking ten laste gelegd.

Deze verstrekking heeft betrekking op een dringend nacht(huis)bezoek met staalafname dat op 30 december 2019 werd aangerekend. Het staal werd evenwel al om 14u18 in het labo ontvangen. Het verschil in aanrekening tussen een dringend nachtbezoek en een gewoon huisbezoek werd terecht ten laste gelegd voor een bedrag van 46,49 euro.

38 Voor verzekerde U...werden 38 verstrekkingen ten laste gelegd.

Appellant is de vaste huisarts van de verzekerde die op de door haar ingevulde vragenlijst vermeldt dat haar huisarts 1 keer per week aan huis komt en gemiddeld 1 keer per maand 's nachts of tijdens het weekend. Zij betaalt contant en brengt zelf haar GVVH binnen bij haar ziekenfonds.

Appellant verklaart dat de verzekerde een alcoholiste is die zich niet wil laten behandelen en dat de huisbezoeken vaak dringend zijn. Soms is zij niet in staat een GVVH aan te nemen en dan geeft hij er de volgende keer 2 af. De verzekerde betaalt appellant pas als zij eerst het geld van haar ziekenfonds heeft ontvangen.

Gelet op het probleem van alcoholisme bij deze verzekerde acht de Kamer van beroep het niet onmogelijk dat de verklaring van appellant aangaande de dringende huisbezoeken bij deze verzekerde correct is. Geïntimeerde is er bovendien niet toe overgegaan om de verzekerde bijkomend te verhoren. Er is met betrekking tot deze verzekerde sprake van gerede twijfel die in het voordeel dient te spelen van appellant.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties aangerekend voor verzekerde U... niet bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 905,66 euro dient niet te worden terugbetaald.

39 Voor verzekerde J... werd 1 verstrekking ten laste gelegd.

Appellant rekende een nachtbezoek aan op 27 augustus 2019 dat gepaard ging met een bloedafname om 18u30. Het bloedstaal werd al om 20u38 in het labo ontvangen. (cfr. randnummer 28). De tenlastelegging is bewezen voor een bedrag van 57,06 euro.

40 Voor verzekerde W... werden 71 verstrekkingen ten laste gelegd.

Appellant is de vaste huisarts van de verzekerde die op de door haar ingevulde vragenlijst vermeldt dat zij zowel op raadpleging gaat als dat de huisarts op huisbezoek komt, naargelang haar fysieke of geestelijke toestand. De huisarts komt ook na 21u en tijdens het weekend. Appellant rekent aan via de derdebetalersregeling. De verzekerde betaalt enkel remgeld.

Appellant verklaart dat de verzekerde lijdt aan agorafobie en niet altijd durft buitenkomen. Hij gaat op dringend huisbezoek omdat zij hoofdpijn heeft, depressief is of last heeft van bloeddrukschommelingen. Nergens wordt het dringend karakter van de als dusdanig aangerekende verstrekkingen verantwoord.

De Kamer van beroep is van oordeel dat geïntimeerde correct geoordeeld heeft dat slechts gewone huisbezoeken konden worden aangerekend. De dringende huisbezoeken werden terecht ten laste gelegd. De Kamer stelt overigens vast dat appellant de tenlastelegging niet ernstig betwist.

De vordering van geïntimeerde tot terugbetaling van het verschil tussen het dringend en gewoon huisbezoek (= de toepassing van de verschilregel) is voor wat deze verzekerde betreft, gegrond voor een bedrag van 1.959,98 euro.

41 Voor verzekerde Q...werden 4 verstrekkingen ten laste gelegd.

Zoals al werd uiteengezet onder randnummer 30, betreft deze verzekerde een manisch-depressieve patiënt met paranoia en psychotische aanvallen. Zij werd hiervoor eind 2019 (van 5 november 2019 tot 17 december 2019) ook opgenomen.

Gelet op de psychiatrische problematiek van de verzekerde, valt het niet uit te sluiten dat appellant ook dringende nachtbezoeken heeft uitgevoerd, zodat er voor dit onderdeel gereede twijfel bestaat die in het voordeel van appellant dient te spelen.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties aangerekend voor verzekerde Q... niet bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 284,48 euro dient niet te worden terugbetaald.

42 Voor verzekerde R... (°1973) werden 3 verstrekkingen ten laste gelegd.

Zoals al werd uiteengezet onder randnummer 31 is de Kamer van beroep van oordeel dat er in het dossier voldoende overeenstemmende elementen voorhanden zijn om aan te nemen dat appellant de dringende nachtbezoeken ten onrechte heeft aangerekend. Alleszins wordt geen verklaring gegeven voor het dringend karakter van de consultatie. Appellant heeft voor 3 huisbezoeken die gepaard gingen met het voorschrijven van geneesmiddelen correct de verschilregel toegepast. De Kamer van beroep stelt vast dat appellant deze feiten niet ernstig heeft betwist.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties van deze verzekerde bewezen. Deze dienen te worden terugbetaald ten belope van 142,68 euro.

43 De stelling van appellant als zou hij voorafgaand aan het huisbezoek niet kunnen inschatten of het al dan niet om dringende zorg gaat, kan in de overgrote meerderheid van de gevallen niet gevolgd worden. Appellant is al huisarts sedert 1983. Met zijn lange staat van dienst en zijn eerder beperkt aantal patiënten, moest hij in staat zijn om het dringend karakter van een huisbezoek op correcte wijze in te schatten.

44 Besluit:

Gelet op wat hierboven werd uiteengezet, is de Kamer van beroep van oordeel dat de feiten, voorwerp van de tweede tenlastelegging ten aanzien van appellant bewezen zijn voor een totaal bedrag van 2.920,08 euro. Appellant wordt veroordeeld tot terugbetaling van dit bedrag aan geïntimeerde (= aanvankelijke eisende partij).

Het hoger beroep van appellant is in de bovenvermelde mate gegrond.

6.2.2 De gevorderde administratieve geldboete

45 Het staat vast dat appellant inbreuken heeft gepleegd op de nomenclatuur door enerzijds verstrekkingen aan te rekenen die hij niet heeft uitgevoerd en anderzijds een supplement voor dringende verstrekkingen aan te rekenen terwijl deze geenszins een dringend karakter vertoonden.

Gelet op het feit dat de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen van openbare orde is (Cass. 20 november 2017, C.15.0213.N), dient deze strikt te worden geïnterpreteerd. Zorgverleners mogen de nomenclatuur niet naar hun hand zetten onder het mom van een teleologische interpretatie (RvSt, 9 april 2004, arrest nr. 130208) of een interpretatie naar billijkheid (Arbh. Antwerpen, 22 februari 2005, *Soc. Kron.*, 2006, 473).

Zorgverleners zijn 'medewerkers' van een openbare dienst (= de verplichte ziekteverzekering) en zijn als dusdanig gehouden tot een aantal verplichtingen, in het bijzonder het respecteren van de wets- en verordeningsbepalingen (Arbitragehof, 12 juni 2002, nr. 98/2002). Gelet op het beperkte budget van de ziekteverzekering is elke zorgverlener er aldus mee verantwoordelijk voor dat dit correct wordt aangewend.

Een zorgverlener is altijd sanctioneerbaar wanneer hij/zij zich niet gedraagt of voegt naar de wettelijke en reglementaire bepalingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Bedrieglijk opzet is daarbij niet vereist. Misbruiken ten voordele van een bepaalde zorgverlener, ongeacht welke diens motieven zijn, dienen streng te worden bestraft.

Er is geen sprake van *non bis in idem* indien zowel een herstelmaatregel (terugvordering) als een sanctiemaatregel (administratieve geldboete) worden opgelegd.

46 Bij het opleggen van de administratieve geldboete, houdt de Kamer van beroep rekening met de aard en objectieve ernst van de bewezen gebleven feiten, de omstandigheden waarin deze werden gepleegd, de persoonlijkheid, de sociale situatie en de antecedenten van appelland, alsook met de gevolgen van de feiten voor de verplichte ziekteverzekering. De Kamer van beroep wijst er tevens op dat de op te leggen administratieve geldboete niet alleen de vergeldingsbehoefte, maar ook de preventie moet dienen. De op te leggen boete moet bijgevolg van aard zijn om appelland ervan te weerhouden zich in de toekomst nog aan dergelijke feiten schuldig te maken, hem aan te sporen tot meer verantwoordelijkheidsbesef en tot het naleven van de wet.

47 De Kamer van beroep is van oordeel dat het aanrekenen van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd een strenge bestraffing vereist. Het onjuist inschatten van het dringend karakter van aangerekende verstrekkingen, heeft evenzeer tot gevolg dat aan appelland die al een lange staat van dienst heeft en derhalve het dringend karakter van zijn consultaties correct zou moeten kunnen beoordelen, hiervoor een gepaste sanctie dient te worden opgelegd.

Appelland heeft manifest misbruik gemaakt van het systeem van de derdebetalersregeling waarbij verzekerden niet wisten, noch konden weten dat hij verstrekkingen aanrekende die hetzij niet werden uitgevoerd, hetzij niet passend werden aangerekend. Zo verklaarde verzekerde J... dat zij niet wist dat appelland voor de gesprekken die hij met haar voerde prestaties aan de verplichte ziekteverzekering aanrekende. Ook interventies bij een hulpbehoevend familielid mogen niet op kosten van de verplichte verzekering worden uitgevoerd.

De Kamer van beroep houdt echter evenzeer rekening met de afwezigheid van antecedenten in hoofde van appellant. Bijgevolg kan op basis van artikel 157 van de GVVU-wet de opgelegde geldboete deels voorzien worden van een uitstel.

48 De administratieve geldboete wordt als volgt bepaald:

- met betrekking tot tenlastelegging 1:

100% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 37.378,61 euro waarvan de helft of 18.689,31 euro effectief wordt opgelegd en de helft of 18.689,31 euro voorzien wordt van een uitstel gedurende 3 jaar;

- met betrekking tot tenlastelegging 2:

50% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 1.460,04 euro waarvan de helft of 730,02 euro effectief wordt opgelegd en de helft of 730,02 euro voorzien wordt van een uitstel gedurende 3 jaar.

Het hoger beroep van appellant is in die zin gegrond.

6.2.3 De kosten

49 De Kamer van beroep merkt tenslotte nog op dat aan deze procedure geen kosten verbonden zijn.

OM DIE REDENEN

DE KAMER VAN BEROEP die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in het bijzonder op de artikelen 144 en 145.

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

Recht doende op tegenspraak.

Verklaart het hoger beroep van appellant ontvankelijk en in de hierna volgende mate gegrond.

Verklaart de feiten, voorwerp van de tenlasteleggingen 1 en 2 gedeeltelijk gegrond.

Veroordeelt appellant tot terugbetaling aan het RIZIV van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen voor een bedrag van 40.298,69 euro (37.378,61 euro voor tenlastelegging 1 en 2.920,08 euro voor tenlastelegging 2).

Veroordeelt appellant tot betaling van de volgende administratieve geldboete:

- voor tenlastelegging 1: een administratieve geldboete van 100% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 37.378,61 euro, waarvan 50% of 18.689,31 euro effectief en 50% of 18.689,31 euro met uitstel gedurende 3 jaar;

- voor tenlastelegging 2: een administratieve geldboete van 50% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 1.460,04 euro, waarvan 25% of 730,02 euro effectief en 25% of 730,02 euro met uitstel gedurende 3 jaar.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 20 februari 2024 van de Kamer van beroep die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands behandeld moeten worden, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, opgericht bij artikel 144 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en ondertekend door:

- Mevrouw Sara SABLON, magistraat, Voorzitter van de Kamer van beroep
- Martin VOLCKE, griffier.

Volgen de handtekeningen

De griffier,

De Voorzitter,

Martin
Volcke
(Signature)

Digitally signed by
Martin Volcke
(Signature)
Date: 2024.02.20
13:36:02 +01'00'

Sara Sablon
(Signature)

Digitally signed by Sara
Sablon (Signature)
Date: 2024.02.20
13:55:25 +01'00'

Martin VOLCKE

Sara SABLON

De Kamer van beroep die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands behandeld moeten worden, die in die taal de zaak heeft gehoord en in die taal beraadslaagde, was samengesteld uit de mevrouw Sara Sablon, magistraat, stemgerechtigd Voorzitter, dokter Sylvia Van Snick en dokter Dessie Roothans, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede dokter Eric Wyffels en dokter Emeric Flies, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve organisaties van het artsencorps.

De Kamer van beroep werd bijgestaan door Martin Volcke, griffier.

De beslissingen van de Kamer van beroep zijn van rechtswege uitvoerbaar bij voorraad niettegenstaande beroep (art. 156, § 1, eerste lid GVU-wet). De sommen brengen van rechtswege intresten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken, zoals voorzien in artikel 2, § 3 van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening tegen interest, vanaf 30 dagen volgend op de kennisgeving van de beslissing (art. 156, § 1, tweede lid GVU-wet). Het cassatieberoep bij de Raad van State, afdeling bestuursrechtspraak, schort de uitvoering de van de beslissing niet op (art. 156, § 2, tweede lid GVU-wet).