

KAMER VAN BEROEP
BESLISSING d.d. 20/02/2024
Algemeen rolnummer: NB- 002-23
2019-000059-C-XX-XXX-00001
A.R.: 01/24

Betreft:

Dokter **A...**, huisarts, wonende te XXXX, XXXX met Riziv-nummer: 1XXXXXXX
XXX.

Appellante, met als raadsman Mr. B... *loco* Mr. C..., advocaat 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-nr.: 0206.653.946.

Geïntimeerde, voor wie zijn verschenen, dokter D..., arts-inspecteur en mevrouw E..., juriste, ambtenaren bij geïntimeerde.

Op de openbare terechtzitting van 12 december 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, aan partijen ter kennis gegeven op 15 februari 2023;
- de beroepsakte van appellante van 13 maart 2023, ontvangen op de griffie van de Kamer van beroep op 14 maart 2023;
- de antwoordconclusies van geïntimeerde van 9 juni 2023, neergelegd op de griffie van de Kamer van beroep op 9 juni 2023;
- de antwoordconclusies van appellante van 15 september 2023, ontvangen op de griffie van de Kamer van beroep op 15 september 2023;

- de syntheseconclusies van geïntimeerde van 13 oktober 2023, neergelegd op de griffie van de Kamer van beroep op 13 oktober 2023;
- de vaststelling van rechtsdag op 12 december 2023.

Gehoord op de zitting van 12 december 2023:

- mevrouw E... en dokter D... namens geïntimeerde;
- meester B... namens appellante.

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 Appellante studeerde algemene geneeskunde tot 2000. Na haar studies begon zij een solopraktijk in XXXX. Zij is geaccrediteerd en geconventioneerd. Sedert 1 januari 2018 werkt appellante binnen de structuur van een eenmanszaak.

Appellante beschikt over een tele-secretariaat met digitale wachtkamer waar patiënten op elk ogenblik van de dag zelf afspraken kunnen maken. Zij gebruikt een agenda waarin om de 10 minuten afspraken kunnen worden vastgelegd van 8u tot 20u, hetzij raadplegingen van 8u tot 11u30 en van 18u tot 20u (wat soms uitloopt tot 21u30) en huisbezoeken van 12u tot 17u. Via het tele-secretariaat worden 10 à 15 huisbezoeken per dag ingepland. Daarnaast bezoekt appellante nog chronische patiënten. Deze bezoeken plant zij in volgens de mogelijkheden van haar agenda. In de onderzochte periode zijn er van 17u30 tot 17u45 en van 19u tot 20u belmomenten. Wanneer de huisbezoeken niet afgewerkt kunnen worden in de namiddag, worden deze soms nog 's avonds afgelegd.

Appellante houdt haar patiëntendossiers elektronisch bij. Deze worden buiten de raadplegingsuren en huisbezoeken aangevuld met handgeschreven notities van tijdens de consultatie.

2 Uit nazicht van het werkvolume van appellante blijkt dat zij een zeer drukke praktijk heeft. In 2018 rekende zij 19.691 contacten aan voor 1.839 verschillende verzekerden. Dit komt overeen met ongeveer 85 patiënten per dag. Op 229 werkdagen ziet zij minstens 52 patiënten per dag; op 55 dagen werden er minstens 90 patiënten per dag gezien.

In 2018 haalt appellante 72% van haar inkomsten uit een groep patiënten die zij meer dan 1 keer per maand ziet. Zij rekent een groot aantal dringende huisbezoeken aan tussen 18u en 21u (nomenclatuurnummer 104215). Zij rekent ook een groot aantal van deze supplementen aan bij raadplegingen (nomenclatuurnummer 101113).

In de periode 2015-2018 maakt appellante weinig gebruik van elektronische facturatie. Zij gebruikt in toenemende mate het systeem van de “manuele derdebetalersregeling” (stijging van 29% in 2015 naar 66% in 2018 voor raadplegingen en van 81% in 2015 naar 98% in 2018 voor huisbezoeken). De eigenhandig geschreven en vaak achteraf opgemaakte getuigschriften worden gegroepeerd per landsbond. De patiënt betaalt enkel het remgeld.

Appellante reikt nooit een bewijsstuk uit aan de patiënt, hoewel dit sedert 1 juli 2015 verplicht is (art. 53 wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, verder afgekort: de GUV-wet). Hierop moet het bedrag vermeld worden dat de patiënt betaald heeft. Door het bedrag dat zij ontving van de patiënt niet te vermelden, kan niet worden nagegaan of de huisbezoeken en raadplegingen effectief zijn uitgevoerd. Appellante werd hierover in gebreke gesteld met de vraag om dit te regulariseren (art. 21, 3° Sociaal Strafwetboek (verder afgekort: Soc. Sw.)).

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

Aan de landsbonden van de verschillende verzekeringsinstellingen werden gewaarmerkte digitale databestanden opgevraagd van de prestaties die appellante aanrekende in de periode van 1 januari 2015 tot 31 januari 2019 (datum ontvangst bij de verzekeringsinstellingen (verder afgekort: VI's)).

54 verzekerden werden ondervraagd.

Van een 50-tal ondervraagde verzekerden werden alle aangerekende verstrekkingen opgevraagd voor de periode van 1 januari 2015 tot 30 april 2019, ongeacht de verstrekker en inclusief de aangerekende medicatie. Op basis hiervan werd informatie verzameld over het medicatiegebruik van de ondervraagde verzekerden.

Daarnaast werden gewaarmerkte elektronische gegevens opgevraagd van dr. F... (= de arts die appellante vervangt bij afwezigheid) voor de periode van 1 januari 2015 en 30 april 2019.

Ten slotte werden een aantal originele getuigschriften voor verstrekte hulp (verder afgekort: GVVH) opgevraagd bij de VI's. Aan VI nr. 105 werden van een aantal verzekerden de betaalde remgelden opgevraagd.

Appellante werd verhoord op 9 en 16 oktober 2019. De processen-verbaal van verhoor werden aangetekend naar haar opgestuurd op 23 oktober 2019 en 8 november 2019.

Er werd Pro Justitia opgesteld op 31 oktober 2019. Een afschrift hiervan werd aan appellante ter kennis gebracht bij aangetekend schrijven van 8 november 2019.

Er werd op 21 februari 2020 tevens een proces-verbaal van inregelstelling opgesteld, wat haar aangetekend werd verstuurd op 27 februari 2020.

4 Aan appellante werden volgende inbreuken ten laste gelegd:

Tenlastelegging 1:

In de periode van 3 november 2016 tot en met 31 januari 2019 (datum van ontvangst door de VI's), betreffende prestaties verricht in de periode van 4 oktober 2016 tot en met 21 december 2018:

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 3.625 verstrekkingen ten onrechte zijn aangerekend op naam van 64 verzekerden voor een bedrag van 90.534,14 euro.

Tenlastelegging 2

In de periode van 3 november 2016 tot en met 31 december 2018 (datum van ontvangst door de VI's), betreffende prestaties verricht in de periode van 23 maart 2016 tot en met 21 december 2018:

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 GvU-wet, in haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet.

Meer bepaald zou nomenclatuurnummer 104215 (= bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts) zijn aangerekend terwijl voor de patiënt op die dagen en uren geen dringende verzorging (die niet kon worden uitgesteld) vereist was.

In totaal zouden 2.848 verstrekkingen op naam van 365 verzekerden ten onrechte zijn aangerekend voor een bedrag van 28.519,01 euro. In alle gevallen (opgenomen in tabel 2 van het proces-verbaal van vaststelling (= blz. 210 e.v.)) werd het verschil bepaald tussen verstrekking 104215 en verstrekking 103132 (= bezoek door de huisarts).

Voor de 2 tenlasteleggingen werd het terug te vorderen bedrag bepaald op 119.053,15 euro. Maar aangezien geïntimeerde (= oorspronkelijke eisende partij) in zijn conclusies de bedragen van de tenlasteleggingen aanpaste (het bedrag van tenlastelegging 1 en tenlastelegging 2 werd respectievelijk verminderd met 494,89 euro en 668,17 euro), bedraagt het totaal ten laste gelegde bedrag voor beide tenlasteleggingen nu nog 117.890,09 euro.

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):

- de vorderingen van geïntimeerde (= oorspronkelijke eisende partij) ontvankelijk en gegrond verklaard;
- appellante veroordeeld tot terugbetaling aan het RIZIV van het bedrag van 117.890,09 euro (voor beide tenlasteleggingen);
- appellante veroordeeld tot betaling aan het RIZIV van een administratieve geldboete van 135.058,87 euro + 27.850,84 euro = 162.909,71 euro waarvan 90.039,25 euro + 13.925,42 euro = 103.964,67 euro effectief en 58.945,04 euro met uitstel gedurende 3 jaar;
- appellante toegelaten om de vermelde bedragen af te korten *a rato* van 4.000 euro per maand vanaf 15 april 2023;
- gezegd dat bij gebrek aan één maandelijksse betaling op de vervaltermijn het hele bedrag, zo in hoofdsom, geldboete als intresten, onmiddellijk, zonder ingebrekestelling en van rechtswege opeisbaar wordt.

Het is tegen deze beslissing dat appellante beroep aantekende.

4. BEROEPSGRIEVEN

6 De vordering van appellante, zoals laatst geformuleerd in haar conclusie van 15 september 2023, strekt ertoe:

- de bestreden beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 13 februari 2023 in haar geheel te vernietigen;
- in hoofdorde:
 - met betrekking tot tenlastelegging 1:
 - o vast te stellen dat de feiten, opgenomen in het proces-verbaal van vaststelling van 31 oktober 2019, niet afdoende bewezen zijn en bijgevolg geen inbreuk vormen op de bepalingen van artikel 73*bis*, 1° en 2° van de GvU-wet;
 - o de vordering van geïntimeerde tot terugbetaling, alsook tot het opleggen van een administratieve geldboete, ontvankelijk maar ongegrond te verklaren;
 - met betrekking tot tenlastelegging 2:
 - o vast te stellen dat de feiten, opgenomen in het proces-verbaal van vaststelling van 31 oktober 2019, niet afdoende bewezen zijn en bijgevolg geen inbreuk vormen op de bepalingen van artikel 73*bis*, 1° en 2° van de GvU-wet;
 - o de vordering van geïntimeerde tot terugbetaling, alsook tot het opleggen van een administratieve geldboete, ontvankelijk maar ongegrond te verklaren;

- in ondergeschikte orde, mocht de Kamer van beroep van oordeel zijn dat appellante toch veroordeeld moet worden tot betaling van een administratieve geldboete, *quod certe non*:
 - haar, rekening houdende met het proportionaliteitsbeginsel voorzien in artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (verder afgekort: EVRM), te veroordelen tot betaling van een administratieve geldboete die lager is dan voorzien in artikel 142, § 1, 1° en 2° van de GUV-wet;
 - haar hoogstens te veroordelen tot betaling van de minimale administratieve geldboete voorzien in artikel 142, § 1, 1° en 2° van de GUV-wet, te weten tot een administratieve geldboete van 50%, resp. 5% van de waarde van de terugbetaling van tenlastelegging 1, resp. tenlastelegging 2, alsook;
 - een volledig uitstel van betaling van de administratieve geldboete tussen 1 en 3 jaar toe te staan, of;
 - voor zover geen uitstel zou worden toegestaan, minstens afbetalingstermijnen toe te staan van 3.000 euro per maand.

7 Appellante stelt dat de methodiek inzake het bepalen van haar profiel van zorgverstrekker geen bewijswaarde heeft; zij heeft een bovengemiddeld profiel omdat zij vele uren per dag werkt. Haar patiëntenpopulatie wordt elk jaar ouder en kampt hierdoor met veel medische problemen, wat resulteert in meer consultaties. Vele patiënten hebben het statuut van “chronisch zieke”.

8 Geïntimeerde bewijst de eerste tenlastelegging niet.

De tenlastelegging is gebaseerd op een onderzoek van de dossiers van 64 verzekerden van wie er 54 verhoord zijn. Er werd geen rekening gehouden met haar opmerkingen, noch met de inhoud van haar medische dossiers. Zij wenste tijdens haar verhoor de verschillende patiënten niet te bespreken omdat haar verklaringen verkeerd genoteerd werden.

Het onderzoek werd enkel *à charge* gevoerd. De gevalsbespreking bevat leugens, foutieve interpretaties van de ziekte-toestand en van de specialistische verslagen van de patiënten, alsook onterechte verdachtmakingen.

Van de 54 verhoorde patiënten zijn er inmiddels 9 overleden. Zij waren zwaar ziek waardoor veelvuldige consultaties nodig waren.

Geïntimeerde houdt geen rekening met de verplichte wachtdiensten, zowel op weekdays (om de 14 dagen) als tijdens het weekend (1 keer per 2 maanden).

9 Appellante beprekt de tenlastelegging patiënt per patiënt. Op basis hiervan stelt zij vast:

- dat vele patiënten niet in staat zijn om een geloofwaardige verklaring af te leggen (o.m. wegens dementie, psychiatrische problematiek,

- alcoholverslaving); bepaalde patiënten liegen en van andere patiënten erkent geïntimeerde zelf dat het moeilijk is om deze te ondervragen;
- dat de methode van kruisvergelijking tussen een consultatie en het afhalen van medicatie niet sluitend is; bij veel consultaties wordt geen medicatie voorgeschreven;
 - dat de afwisseling van cash-betalingen en aanrekeningen via de derdebetalersregeling voor chronisch zieke patiënten te verklaren is door het gegeven dat dit statuut vaak verandert; de stelling van geïntimeerde dat het in de verklaringen van de verzekerden aangegeven aantal contacten in overeenstemming zou zijn met het aantal contante betalingen, is niet correct en is het gevolg van manipulatie tijdens de verhoren; de bewering dat het aantal aangerekende contacten stijgt bij gebruik van de derdebetalersregeling, heeft enkel te maken met de toename van klachten bij deze patiënten;
 - dat er geen rekening werd gehouden met de medische dossiers van de patiënten en de bijgebrachte stukken; de wekelijkse/maandelijkse consultaties zijn hier niet altijd in opgenomen; haar persoonlijke notities maken niet altijd deel uit van het globaal medisch dossier (verder afgekort: GMD) van de patiënt; zij heeft een solopraktijk en kent haar patiënten waardoor zij geen uitgebreid verslag nodig heeft; zij neemt haar laptop niet mee op huisbezoek waardoor huisbezoeken niet steeds in het dossier geregistreerd worden; sommige huisbezoeken zijn door een softwareprobleem als gewone consultaties geregistreerd;
 - dat persoonlijke notities niet verplicht moeten worden opgenomen in het GMD; het onderzoek heeft betrekking op een periode waarin het nog niet verplicht was om een elektronisch medisch dossier bij te houden;
 - dat door de verplichte conversie naar een nieuw computerprogramma in 2018 de notities van de voorgaande jaren niet steeds correct zijn overgenomen; dit mag niet in haar nadeel spelen; ook data en uren zijn niet steeds correct weergegeven; zij heeft nooit verklaard dat zij op zaterdag haar patiëntendossiers zou aanvullen; de informatie die zich in de dossiers bevindt, is wel altijd correct; zij voegt een aantal specialistische verslagen, die haar verklaringen over bepaalde patiënten bevestigen;
 - dat de argumentatie dat er soms een stijgend aantal contacten is zonder aantoonbare verandering in de gezondheidstoestand van de patiënt, geen hout snijdt; het is niet omdat iemand veel klachten heeft, dat deze daarom altijd ernstig ziek is; zij kan ook niet alle medische gegevens van haar patiënten zo maar doorgeven aan derden;
 - dat de “tweede klevertjes” die patiënten aan haar afgeven, worden gebruikt om administratieve redenen; deze worden “voor de boekhouding” geplakt op het tweede blad van het GVVH.

10 Geïntimeerde bewijst ook de tweede tenlastelegging niet.

Haar verklaring heeft geen bijzondere bewijswaarde en kan slechts geleden als inlichting. Het openbare orde-karakter van de wetgeving inzake sociale zekerheid verhindert haar om een (buitengerechtigde) bekentenis af te leggen.

Zij betwist dat zij erkend zou hebben dat zij nomenclatuurnummer 104215 foutief gebruikte. Het verhoor bevat een verkeerde weergave van haar verklaringen. Om

deze reden weigerde zij tijdens het tweede verhoor een gevalsbespreking te doen. Zij heeft wel alle gevraagde dossiergegevens uitgeprint en afgegeven.

Aangezien haar raadsman haar adviseerde om het pv van verhoor waar zij zelf niet akkoord mee ging, toch te ondertekenen, heeft zij de samenwerking met deze raadsman beëindigd.

Van de 365 verzekerden voor wie er verstrekkingen werden ten laste gelegd, zijn er maar 19 verhoord. Op basis van deze zeer beperkte steekproef kan niet geoordeeld worden dat de tenlastelegging bewezen is.

De Kamer van eerste aanleg heeft de bewijslast ten onrechte omgekeerd. Zij aanvaardt de aangerekende huisbezoeken op basis van de verklaringen van de verzekerden, maar er wordt niet bewezen waarom de overige dringende huisbezoeken wel ten laste worden gelegd.

Het niet langer aanrekenen van dringende huisbezoeken vanaf 2020 vindt zijn verklaring in het feit dat de werking van de wachtpost gewijzigd is en de telefoons al vanaf 18u worden doorgeschakeld.

Onder de ten laste gelegde verstrekkingen bevinden zich ook de vele verplichte wachtdiensten.

11 De Kamer van eerste aanleg hield bij de opgelegde administratieve geldboete geen rekening met de overwegingen van appellante. De bestraffing is disproportioneel aan de vastgestelde inbreuken en in strijd met artikel 16 van de Grondwet, artikel 17.1 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie en artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol EVRM.

Zij is te goeder trouw en heeft een onberispelijke staat van dienst. Er werd haar nooit eerder een administratieve geldboete opgelegd. Om deze reden vraagt zij in ondergeschikte orde de administratieve geldboete te beperken tot het wettelijke minimum en deze te voorzien van een volledig uitstel gedurende een termijn van 3 jaar.

Appellante vraagt om haar schuld te mogen terugbetalen met maandelijkse betalingen van 3.000 euro i.p.v. 4.000 euro.

5. STANDPUNT VAN GEÏNTIMEERDE

12 Geïntimeerde vraagt:

- om de beslissing van de Kamer van eerste aanleg te bevestigen;
- de tenlasteleggingen ten gronde te weerhouden;
- appellante te veroordelen tot:

- de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende prestaties ten belope van 117.890,09 euro;
- de betaling van een administratieve geldboete:
 - o voor de eerste tenlastelegging: 150% van de waarde van de terugbetaling waarvan 2/3 of 90.039,25 euro effectief en 1/3 of 45.019,62 euro met uitstel gedurende een periode van 3 jaar;
 - o voor de tweede tenlastelegging: 100% van de waarde van de terugbetaling waarvan 1/2 of 13.925,42 euro effectief en 1/2 of 13.925,42 euro met uitstel gedurende een periode van 3 jaar.

13 De tenlastelegging werd niet bewezen verklaard op basis van de profielgegevens van appellante. Deze schetsen een beeld van de aanrekeningen maar leveren op zichzelf niet het bewijs van de inbreuk. Haar profiel was wel “opvallend”.

De Kamer van eerste aanleg oordeelde niet dat de processen-verbaal van verhoor van de verzekerden een bijzondere bewijswaarde hebben. De Kamer van beroep kan de bewijswaarde van deze pv's vrij beoordelen.

14 Met betrekking tot de eerste tenlastelegging, merkt geïntimeerde op:

- dat de verklaring van appellante weliswaar niet als een bekentenis kan worden beschouwd, maar wel een gewoon bewijselement betreft waarvan de feitenrechter de bewijswaarde beoordeelt;
- dat de prestaties niet ten laste werden gelegd omdat de derdebetalersregeling werd toegepast; wel is het gemakkelijker om niet uitgevoerde prestaties aan te rekenen via de derdebetalersregeling; een verzekerde zal immers geen prestaties betalen die niet werden uitgevoerd;
- dat het feit dat bepaalde verzekerden inmiddels overleden zijn, geen impact heeft op de beoordeling van het bewijs van de inbreuk.

Geïntimeerde bespreekt de ten laste gelegde verstrekkingen per verzekerde.

15 Met betrekking tot de tweede tenlastelegging stelt geïntimeerde:

- dat uit het verhoor van appellante is gebleken dat zij de voorwaarden van de nomenclatuebepaling die zij toepaste, niet kende;
- dat het feit dat zij haar verklaring niet ondertekende, geen impact heeft op de beoordeling ervan door de Kamer van beroep;
- dat de tenlastelegging bewezen is op basis van de verklaring van appellante, die gesteund wordt door de verklaringen van de ondervraagde verzekerden; hieruit blijkt dat de voorwaarden van de nomenclatuur niet gerespecteerd werden.

16 Geïntimeerde stelt verder:

- dat de Kamer van beroep gehouden is een administratieve geldboete op te leggen binnen de marges van artikel 142, § 1° en 2° van de Gvu-wet; daarbinnen is er ruimte om het proportionaliteitsbeginsel toe te passen; de bepalingen uit het Strafwetboek zijn niet van toepassing;

- dat een terugvordering niet kan worden gelijkgesteld met een onteigening als bedoeld in artikel 16 van de Grondwet en artikel 1 van het Aanvullend Protocol EVRM; de terugvordering betreft een puur herstel van de toestand zoals deze altijd geweest had moeten zijn;
- dat de administratieve geldboete voorzien is van een minimum en een maximum, zodat van een onevenredige schending van het recht op eigendom geen sprake kan zijn;
- dat de administratieve geldboetes niet op het maximum werden bepaald;
- dat de administratieve geldboete een percentage van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen betreft; de geldboete is zo hoog omdat de schade voor de ziekteverzekering in dit dossier groot is;
- dat de opgelegde betalingsfaciliteiten bevestigd kunnen worden.

6. BEOORDELING

6.1 Ontvankelijkheid van het hoger beroep

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

Het bij verzoekschrift van 13 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 appellante 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

18 Aan appellante wordt ten laste gelegd dat zij in de periode van 3 november 2016 tot en met 31 januari 2019 (= datum van ontvangst door de VI's) voor de prestaties verricht in de periode van 4 oktober 2016 tot en met 21 december 2018 reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen heeft opgesteld, laten opstellen, afgeleverd of laten afleveren terwijl de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd.

Artikel 73bis, § 1, 1° van 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: 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, § 1, 1° 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 73bis de hiernavolgende maatregelen opgelegd: 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 73bis, 1°.

19 De tenlastelegging heeft betrekking op raadplegingen en huisbezoeken van appellante die zij heeft aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering terwijl deze volgens geïntimeerde niet zouden zijn uitgevoerd. Meer bepaald, zou er een inbreuk gepleegd zijn tegen de volgende bepalingen van de nomenclatuur (= de 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, psychotherapieën en andere verstrekkingen

Art. 2. - B. Raadplegingen in de spreekkamer

101076	Raadpleging in de spreekkamer door een geaccrediteerde huisarts	N8 + Q 30
101113	Permanentietoeslag aangerekend voor raadplegingen tussen 18 en 21 uur, voorbehouden voor artsen die ingeschreven zijn in een georganiseerde wachtdienst	
102771	Beheer van het globaal medisch dossier (GMD)	N8,415

C. Bezoeken

103132	Bezoek door de huisarts	N5,6 + D4 + E1
103412	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor twee rechthebbenden door de huisarts	N5,6 + D4 + E0,5
103434	Bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meer dan twee rechth. door de huisarts	N5,6 + D4 + 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
104333	Toeslag voor een bezoek naar aanleiding van eenzelfde reis voor meerdere patiënten door een huisarts (103412, 103434) wanneer het bezoek tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd	D7,98

De tenlastelegging heeft betrekking op verstrekkingen die werden aangerekend voor 64 verzekerden.

20 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.

De processen-verbaal van verhoor hebben geen bijzondere bewijswaarde (RvS 6 mei 2021, nr. 250.526), noch hebben zij de waarde van een (buitengerechtelijke) bekentenis (Cass. 24 april 2006, S.04.0121.N). De Kamer van beroep beoordeelt aldus vrij de bewijswaarde van deze processen-verbaal.

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

21 Verzekerde G... (°1937) verklaarde op 17 juli 2019:

- dat appellante elke maand bij haar op huisbezoek komt; als er een probleem is komt te zij meer (soms 2 keer per maand);
- dat zij al enkele jaren niet meer zelf naar de dokter gaat (= op raadpleging in het kabinet van appellant);
- dat zij appellant altijd cash betaalt, ongeveer 25 euro;
- dat zij geen GVVH ontvangt; de dokter regelt dit zelf met het ziekenfonds.

De verzekerde toont een document waarop de data van de maandelijkse huisbezoeken vermeld staan.

Appellante bevestigde tijdens haar verhoor op 9 oktober 2019 dat zij maandelijks op huisbezoek gaat (meestal de eerste woensdag van de maand) en dat deze verzekerde de laatste 2 jaar niet meer op raadpleging is gekomen. Nochtans rekende zij in 2018 20 raadplegingen aan via de derdebetalersregeling.

Of de verzekerde al dan niet een correcte verklaring aflegde over het gegeven dat zij nog zelf met de wagen rijdt, is – gelet op de overeenstemmende verklaringen van appellante en de verzekerde – irrelevant voor de beoordeling van de tenlastelegging.

Op basis van de overeenstemmende verklaringen over het gegeven dat de verzekerde niet op raadpleging kwam, is de Kamer van beroep van oordeel dat de 20 ten laste gelegde raadplegingen ten onrechte werden aangerekend voor een bedrag van 501,02 euro (= inclusief het aangerekende avondsupplement) omdat deze niet werden uitgevoerd.

22 Verzekerde H... (°1964) verwijst tijdens haar verhoor van 18 juli 2019 naar haar zware psychiatrische problematiek. Zij spreekt zichzelf tegen over de frequentie waarmee zij bij appellante op raadpleging ging (niet elke maand vs. maximum gemiddeld 2 keer per maand).

Waar de verzekerde verklaart dat appellante nooit bij haar op huisbezoek kwam, wordt dit door appellante formeel tegengesproken.

De Kamer van beroep stelt vast dat hoewel de verzekerde verklaarde dat zij alle dagen thuisverpleging krijgt, deze dienst niet werd bevraagd over de frequentie

van doktersbezoeken, noch over het gegeven of de verklaringen van de verzekerde als waarheidsgetrouw konden worden beschouwd.

Geïntimeerde stelt in haar gevalsbespreking dat de precieze datums van de contacten moeilijk te achterhalen zijn, alsook dat er “mogelijks” huisbezoeken in plaats van raadplegingen werden aangerekend en dat er “mogelijks” verstrekkingen werden aangerekend voor telefonische contacten en raadplegingen.

De Kamer van beroep is dan ook van oordeel dat op basis van de elementen in het dossier niet met voldoende zekerheid kan worden vastgesteld dat de aangerekende raadplegingen en huisbezoeken niet werden uitgevoerd. De gereede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde Alen, speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde H..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 4.681,38 euro dient niet te worden terugbetaald.

23 Verzekerde I... (°1952) is de echtgenote van de heer J... die ook patiënt is bij appellante. Zij verklaarde tijdens haar verhoor op 8 augustus 2019:

- dat zij gemiddeld 3 keer per jaar naar de huisarts gaat, maar dat zij in 2017 wel meer op consultatie is geweest;
- dat dit nooit zo maar gebeurt; zij gaat ook als de medicatie op is die voorgeschreven is door de specialist;
- dat zij appellante contant betaalt; vroeger het volledige bedrag, nu het remgeld.

Appellante verklaarde dat zij de verzekerde ziet voor klachten aan het been, hoest en wegens problemen met haar zoon en echtgenoot. In deze laatste gevallen rekent zij aan via de derdebetalersregeling omdat de echtgenoot van de verzekerde “niet mag weten” dat zij hiervoor op raadpleging gaat.

De Kamer van beroep stelt vast dat de raadplegingen die gepaard gaan met het afleveren van medicatie, volledig overeenkomen met de verklaring van de verzekerde, alsook met het aantal raadplegingen die contant werden betaald.

Uit de gegevens in het dossier blijkt dat appellante frequent op een zelfde dag zowel prestaties aanrekende voor de verzekerde als voor haar echtgenoot. Voor de ene werd een contante betaling geregistreerd, voor de andere een aanrekening via de derdebetalersregeling. Waar appellante stelt dat zij enkel voor beide echtgenoten een consultatie aanrekende als zij beiden een “probleem” hadden, geeft zij geen verklaring waarom telkens 1 consultatie contant aangerekend werd aan de patiënt en 1 via de derdebetalersregeling. De opgegeven reden dat verzekerde I... het statuut van chronisch zieke had, klopt niet want enerzijds werd voor haar soms contant betaald en anderzijds werd voor haar echtgenoot ook regelmatig via de derdebetalersregeling aangerekend. Appellante weerlegt deze vaststellingen niet aan de hand van de door haar neergelegde stukken.

Gelet op de overeenstemmende elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde raadplegingen (inclusief avondsupplementen) die via de derdebetalersregeling werden vergoed, ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 786,88 euro.

24 Verzekerde K... (°1931) verklaarde op 6 augustus 2018:

- dat de thuisverpleging elke dag langs komt voor wassen en verzorging;
- dat haar medicatie wordt voorgeschreven door de huisarts;
- dat de dokter bij haar thuis langskomt; zij gaat niet op raadpleging;
- dat de dokter 1 keer per maand komt, als zij belt; zij is nog niet dringend moeten komen;
- dat zij “vergeetachtig” is;
- dat zij de dokter 2 euro betaalt en 2 klevertjes afgeeft.

Appellante verklaart dat deze patiënte dementerend is en dat dat zij gemiddeld 4 keer per maand op huisbezoek gaat als de verzekerde haar belt. Deze belt meestal 's avonds. Appellante erkent dat zij mogelijks ten onrechte een supplement aanrekende. Zij gebruikte daarentegen de derdebetalersregeling omdat de verzekerde vaak geen geld in huis had of niet wist waar haar portefeuille was.

De Kamer van beroep stelt vast dat de verzekerde verklaarde dat zij alle dagen thuisverpleging krijgt, maar dat deze dienst niet werd bevraagd inzake de frequentie van doktersbezoeken, noch inzake het gegeven of de verklaringen van de verzekerde als waarheidsgetrouw konden worden beschouwd. Gelet op de aard van de klachten van deze verzekerde, valt het niet met zekerheid vast te stellen dat elk huisbezoek van appellant noodzakelijkerwijze gepaard ging met het voorschrijven van medicatie.

De Kamer van beroep is dan ook van oordeel dat op basis van de elementen in het dossier niet met voldoende zekerheid kan worden vastgesteld dat de aangerekende prestaties niet werden uitgevoerd. De gereede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde K..., speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de huisbezoeken betreft die appellante aanrekende voor verzekerde K..., onvoldoende bewezen. Enkel de aangerekende supplementen worden ten laste gelegd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 627,08 euro.

25 Verzekerde L... (°1941) is de echtgenoot van verzekerde M... die ook patiënte is bij appellante. Deze laatste verklaarde tijdens haar verhoor op 20 augustus 2019:

- dat de huisarts meestal aan huis komt, behalve in zeldzame gevallen voor een bloedafname;
- dat de huisarts de laatste jaren 1 keer per 2 maanden komt voor beide patiënten samen;

- dat zij meer komt als er bij één van hen “iets speciaals” is;
- dat zij de laatste 2 jaar enkel het remgeld aan de huisarts moet betalen;
- dat het uitzonderlijk is dat de huisarts meerdere keren per week komt.

De Kamer stelt vast:

- dat er sedert 2016 aangerekend werd via de derdebetalersregeling;
- dat gedurende de helft van de onderzochte periode (= 12 maanden) 10 of meer contacten per maand werden aangerekend, wat volledig in tegenspraak is met de verklaring van de echtgenote van de verzekerde;
- dat waar appellante verwijst naar de vele medische problemen waarmee de verzekerde te kampen had in 2018, er ook voordien al heel veel raadplegingen via de derdebetalersregeling werden aangerekend;
- dat de verklaringen van appellante niet gestaafd worden aan de hand van relevante medische stukken; de neergelegde stukken dateren immers van na de betwiste periode.

Gelet op de geloofwaardige verklaring van de echtgenote van de verzekerde die niet werd tegengesproken aan de hand van relevante stukken, aanvaardde de arts-inspecteur 12 huisbezoeken bij 2 verzekerden en 18 raadplegingen voor verzekerde RX..., wat een totaal geeft van 31 contacten op 25 maanden.

De Kamer van beroep acht de beoordeling door de arts-inspecteur van geïntimeerde om de bovenvermelde redenen, correct. Deze bevindingen hebben verder geen betrekking op een heupprothese. De opmerkingen die appellante hierover formuleerde, missen derhalve elke grond.

Gelet op de overeenstemmende elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 3.712,67 euro.

26 Verzekerde N...(°1962) verklaarde op 18 juli 2019:

- dat hij de laatste 5 jaar tijdens de winter meer met zijn gezondheid sukkelde; hij heeft voornamelijk last van luchtwegeninfecties waarvoor hij door een specialist wordt opgevolgd in XXXX;
- dat hij 2 à 3 keer per jaar naar de huisarts gaat; zij komt nooit aan huis;
- dat hij voor een raadpleging een afspraak maakt via de telefoon en dat hij dan meestal de dag zelf of daags nadien kan langsgaan;
- dat hij de huisarts steeds contant betaalt en dat het nooit voorkomt dat dat hij de huisarts niet moet betalen omdat zij rechtstreeks met het ziekenfonds afrekent.

De Kamer van beroep stelt een spectaculaire stijging van het aantal aangerekende prestaties vast in 2018 (van 3 in 2015 en 2016 en 8 in 2017 naar 31 in 2018).

De contant betaalde prestaties komen overeen met de datums waarop ook medicatie werd afgeleverd.

Appellante bevestigt dat deze verzekerde steeds op raadpleging komt. Zij verklaart echter ook dat de verzekerde op raadpleging komt wegens “relationele problemen” en dat zij deze consultaties aanrekent via de derdebetalersregeling. Dit gebeurt zo een 30 keer per jaar. Nochtans wordt slechts 5 keer van deze problematiek melding gemaakt in het medisch dossier van de patiënt.

De Kamer van beroep is van oordeel dat de aanrekeningen via de derdebetalersregeling (inclusief avondsupplementen) terecht ten laste werden gelegd. Appellante geeft geen duidelijke verklaring waarom zij een onderscheid zou maken tussen “gewone” consultaties en consultaties wegens relationele problemen. Bovendien had de verzekerde geen weet van het feit dat deze werden aangerekend. Bij gebrek aan vermelding in het medisch dossier, kon ook op geen enkele manier worden nagegaan of deze consultaties werden uitgevoerd.

Gelet op de overeenstemmende elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 545,67 euro.

27 Verzekerde O... (°1952) is de echtgenote van verzekerde P... die ook patiënt is bij appellante. Deze laatste verklaarde tijdens zijn verhoor op 22 augustus 2019:

- dat de huisarts pas vanaf augustus 2019 op huisbezoek komt; voordien gingen zij steeds zelf op raadpleging na afspraak; de afspraak werd gemaakt na een bezoek aan de praktijk;
- dat sinds zijn brugpensioen enkel de opleg werd betaald aan de huisarts;
- dat zowel voor hem als voor zijn echtgenote telkens 2 klevertjes werden afgegeven.

Ondanks de zeer duidelijke verklaringen van de echtgenoot van deze verzekerde, rekende appellante in de periode van 18 oktober 2016 tot 20 december 2018 niet minder dan 152 huisbezoeken aan. Het medisch dossier van appellante bevat geen gegevens die de verklaring van de echtgenoot van de verzekerde kunnen weerleggen. De gewone raadplegingen bij de huisarts, werden niet ten laste gelegd.

Gelet op de duidelijke verklaring van de echtgenoot van de verzekerde die niet op een relevante wijze werd weerlegd, is de Kamer van beroep van oordeel dat de 152 ten laste gelegde huisbezoeken (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 5.514,22 euro.

28 Verzekerde Q... (°1949) verklaarde op 6 augustus 2018:

- dat zij 4 keer per jaar naar de huisarts gaat voor bloed- en urineonderzoek;
- dat zij de dokter de laatste 2 jaar enkel de opleg van 4 euro betaalt; zij krijgt van de dokter geen “papier” meer maar moet wel een klevertje van het ziekenfonds afgeven;
- dat zij altijd op raadpleging gaat (meestal in de voormiddag), na afspraak en dat de dokter niet op huisbezoek komt.

De Kamer van beroep stelt een spectaculaire stijging van het aantal aangerekende prestaties vast in 2017 en 2018 (van 16 in 2015 en 14 in 2016, naar 25 in 2017 en 57 in 2018).

Appellante verklaart dat deze verzekerde in 2018 heel veel wondzorg nodig had, maar dat de verzekerde niet wou dat de thuisverpleging dit kwam doen. Zij het statuut had van chronisch zieke. De verklaring van de verzekerde dat appellante maar 4 keer per jaar naar de huisarts gaat, zou derhalve ongeloofwaardig zijn.

De Kamer van beroep stelt vast dat tussen 10 februari 2018 en 1 april 2018 dagelijkse wondzorg werd aangerekend via de thuisverpleging. In de maanden juli en augustus is er in het patiëntendossier wel enkele keren sprake van controle van wonden, maar de aangerekende complexe wondzorg wordt niet vermeld, noch gedocumenteerd.

Uit gegevens ontvangen van de verzekeringsinstelling van de verzekerde blijkt dat via derde betaler geen remgeld werd aangerekend. Vermits de verzekerde verklaarde dat zij telkens remgeld diende te betalen, wijst dit erop dat de prestaties die aangerekend zijn via de derdebetalersregeling niet zijn uitgevoerd.

Gelet op de overeenstemmende elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avond-supplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 1.887,16 euro.

29 Verzekerde R... (° 1951) verklaarde op 8 augustus 2019:

- dat appellante steeds op huisbezoek komt, zowel voor hem als voor zijn vriendin (= verzekerde S...); zij komt ongeveer 3 keer per maand, meestal in de namiddag;
- dat zij moeten bellen voor een afspraak; de dokter is nog niet dringend moeten komen voor hem;
- dat hij appellante nooit moet betalen; hij krijgt ook nooit een “papier”, tenzij voorschriften voor medicatie.

De Kamer van beroep stelt vast dat geïntimeerde aangeeft dat deze verzekerde te maken heeft met een ernstige verslavingsproblematiek die eigenlijk een zorgtraject vereist. Appellante stelt dat deze verzekerde meerdere keren per week een huisbezoek aanvraagt omwille van ernstige pijnklachten in de rug of infecties. Omdat het om een gekende pathologie gaat, noteert zij dit niet steeds in haar dossier. Van de verslavingsproblematiek maakt zij geen melding.

Geïntimeerde geeft in haar gevalsbespreking aan dat zij enkel de huisbezoeken erkent die gekoppeld zijn aan een aflevering van medicatie. Dit betekent dat er 2,5 contacten per maand aanvaard worden voor deze verzekerde alleen (terwijl verklaard werd dat appellante slechts 3 keer maand op huisbezoek kwam voor hem en zijn vriendin). Appellante voert geen elementen aan die erop zouden kunnen wijzen dat er nog meer huisbezoeken werden afgelegd. In het patiëntendossier worden deze prestaties immers weinig tot niet gedocumenteerd.

Gelet op de duidelijke verklaring van de verzekerde die niet op een relevante wijze werd weerlegd, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde huisbezoeken (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 2.615,70 euro.

30 Verzekerde T... (°1944) is de echtgenoot van mevrouw U.... Zij verklaarde tijdens haar verhoor op 22 augustus 2018:

- dat zij met haar echtgenoot ongeveer 1 keer per maand met de auto op raadpleging gaat bij appellante, gewoonlijk 's morgens; als er voorschriften worden afgeleverd gaan zij die de zelfde dag nog halen bij de apotheker;
- dat de dokter zelden aan huis komt;
- dat zij telkens samen binnengaan bij de dokter; zij laten om de 3 maanden bloed trekken.

Zoals appellante terecht opmerkt, werd de echtgenote niet verhoord aangaande de pathologie haar man en de behandelingen die hiermee gepaard gingen. Nochtans vermeldt appellante dat deze verzekerde te kampen had met ernstige diabetes en longkanker. Hij had een palliatief statuut waardoor geen remgelden dienden te worden betaald en hij is inmiddels overleden. Dit gegeven werd door geïntimeerde niet weerlegd.

Geïntimeerde vermeldt in haar gevalsbespreking dat de verstrekkingen die contant werden betaald en raadplegingen die gepaard gingen met dagen van medicatieaflevering, niet ten laste werden gelegd. Zonder verdere precisering wordt verder ook gemeld dat "enkele huisbezoeken aanvaard worden".

Op basis van de beperkte elementen in het dossier kan niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld dat de aangerekende raadplegingen en huisbezoeken niet werden uitgevoerd. De gerede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde T..., speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde T..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 357,32 euro dient niet te worden terugbetaald.

31 Verzekerde V... (° 1966) verklaarde op 19 juli 2019:

- dat zij invalide is sedert 2013 wegens reumatoïde artritis;

- dat zij tussentijdse bloedafnames heeft (2 keer per maand) bij de huisarts na starten van nieuwe medicatie;
- dat zij in 2018 een 4-tal keer naar de huisarts op raadpleging ging;
- dat als zij ging, dat soms enkele keren na mekaar kon zijn en dan enkele maanden niet;
- dat de huisarts soms een medicatievoorschrift klaarlegt dat zij gewoon kan gaan afhalen.

De Kamer van beroep stelt vast:

- dat de verklaring van de verzekerde dat zij soms enkele keren kort na mekaar op raadpleging ging bij de huisarts, overeenkomt met de vermeldingen van appellante in haar patiëntendossier; hieruit volgt dat het aantal raadplegingen duidelijk meer dan 4 per jaar bedroeg;
- dat de aan de verzekeringsinstelling opgevraagde gegevens over 2019, niet relevant zijn voor de beoordeling van de ten laste gelegde periode;
- dat waar geïntimeerde stelt dat er nooit remgeld wordt aangerekend zodat er geen onderscheid kan worden gemaakt tussen werkelijk uitgevoerde consultaties en fictieve raadplegingen, de consultaties wel vermeld werden in het patiëntendossier van de verzekerde en dat deze regelmatig gepaard gingen met het afleveren van medicatie of een afwezigheidsattest.

Appellante wijt het beperkt aantal vermelde consultaties in 2017 aan het feit dat zij van computersysteem is veranderd. Op basis van de informatie uit de bijgebrachte verslagen van specialisten en de informatie over de medische problemen waarmee deze verzekerde te kampen heeft, kan afgeleid worden dat het aantal raadplegingen wellicht niet beperkt bleef tot 4 per jaar. Dit gegeven werd door geïntimeerde niet ernstig weerlegd.

Op basis van de elementen in het dossier kan niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld dat de aangerekende prestaties niet werden uitgevoerd. De gereede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde V..., speelt in het voordeel van appellante.

Naar het oordeel van de Kamer van beroep is de tenlastelegging voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde V..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 681,45 euro dient niet te worden terugbetaald.

32 Verzekerde W... (°1944) is de echtgenoot van mevrouw X.... Zij verklaarde op 8 augustus 2019:

- dat haar echtgenoot volledig zorgafhankelijk is; op maandag, dinsdag en woensdag gaat hij naar de dagopvang;
- dat zijn medicatie voorgeschreven wordt door de huisarts;
- dat zij tot einde oktober 2017 met haar echtgenoot meeding op raadpleging; vanaf 2018 komt de dokter meestal op huisbezoek, 1 keer per maand;
- dat de dokter de afspraak voor de volgende maand vastlegt; zij is de laatste 2 jaar niet op dringend huisbezoek moeten komen;
- dat zij de dokter cash betaalde (tot 3 maanden voor het verhoor).

De Kamer van beroep stelt vast dat de verklaring van de echtgenote van deze verzekerde zeer duidelijk is (tot eind oktober 2017 op raadpleging – vanaf dan huisbezoek). In tegenstelling tot wat appellante beweert, wordt voor de vele raadplegingen die via de derdebetalersregeling werden aangerekend in 2018 (stijging van 6 in 2017 naar 38 in 2018), geen verklaring teruggevonden in het patiëntendossier.

Gelet op de duidelijke verklaring van de echtgenote van de verzekerde die niet op een relevante wijze werd weerlegd, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 1.019,35 euro.

33 Verzekerde Y... (°1950) is de echtgenote van verzekerde Z.... Deze laatste legde op 1 augustus 2019 een verklaring af aangaande de frequentie waarmee hij bij appellante op raadpleging ging. Hij werd niet verhoord over de prestaties die appellante bij zijn echtgenote uitvoerde.

Met dit verhoor kan dan ook niet worden aangetoond dat de door appellante aangerekende prestaties voor verzekerde Y... niet zouden zijn uitgevoerd. Geïntimeerde legt geen andere stukken neer om haar tenlastelegging te onderbouwen.

Op basis van de elementen in het dossier kan niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld dat de ten laste gelegde prestaties niet werden uitgevoerd. De gerede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde Y..., speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde Y..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 118,41 euro dient niet te worden terugbetaald.

34 Verzekerde XA... (°1933) verklaarde op 1 augustus 2019:

- dat hij de huisarts belt als hij (of zijn echtgenote) ziek is;
- dat hij zelf op raadpleging gaat als dat mogelijk is, maar dat de huisarts soms ook aan huis komt;
- dat de raadpleging steeds 's morgens is en op afspraak;
- dat hij de dokter steeds betaalt; het is nog nooit voorgekomen dat hij niet moest betalen; de verzekerde toont de verbalisant een recent door appellante afgeleverd GVVH voor zijn echtgenote;
- dat hij niet precies weet hoeveel keer per jaar hij de huisarts raadpleegt, maar dit gebeurt niet elke maand.

De Kamer van beroep stelt vast:

- dat het aantal aangerekende prestaties voor deze verzekerde in 2018 spectaculair is gestegen (van 15 in 2017 naar 36 in 2018);
- dat de cash aangerekende prestaties overeenstemmen met de verklaring van de verzekerde; het aantal hiervan blijft ongeveer stabiel;

- dat het merendeel van deze prestaties in 2018 (27 van de 36) werd aangerekend via de derdebetalersregeling, hoewel hiervoor noch door de verzekerde, noch door appellante een verklaring werd gegeven.

De stelling van appellante dat de verzekerde vergeetachtig zou zijn, blijkt op geen enkele manier uit diens verklaring. Zijn verklaring dat appellante enkele dagen voordien nog een prestatie voor zijn echtgenote contant heeft aangerekend, wijst op het tegendeel, alsook op het gegeven dat hij duidelijk weet wat het systeem van derde betaler precies inhoudt.

Gelet op de duidelijke verklaring van de verzekerde die niet op een relevante wijze werd weerlegd, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) die via de derdebetalersregeling werden aangerekend, niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 760,51 euro.

35 Verzekerde XB... (° 1955) verklaarde op 8 augustus 2019:

- dat zij meestal op raadpleging gaat, op afspraak, zowel in de voormiddag als 's avonds; dit gebeurt zeker 1 keer per 2 maanden;
- dat het aantal huisbezoeken beperkt is en van jaar tot jaar wisselt; zij schat het aantal ervan op 5 à 6 per jaar;
- dat een dringend huisbezoek hoogst uitzonderlijk is;
- dat zij vroeger de huisarts cash betaalde, maar nu slechts het remgeld;
- dat zij denkt dat zij bij elk contact medicatie voorgeschreven krijgt.

De Kamer van beroep stelt vast dat de enorme stijging van het aantal aangerekende prestaties (12 in 2015, 15 in 2016, 26 in 2017 en 46 in 2018) op geen enkele wijze wordt verklaard, noch door de gegevens van het patiëntendossier, noch door de verklaring van de verzekerde. Daarentegen komen de prestaties die gepaard gaan met het afleveren van medicatie, wel overeen met de verklaring van de verzekerde, alsook met het aantal raadplegingen waarvoor hetzij cash, hetzij remgeld werd betaald.

Uit gegevens ontvangen van de verzekeringsinstelling van de verzekerde blijkt dat vermeld werd dat er via de derdebetalersregeling geen remgeld werd aangerekend. Bijgevolg kan niet worden nagegaan welke contacten daadwerkelijk hebben plaatsgevonden en voor welke contacten fictieve GVVH werden ingediend.

Gelet op de overeenstemmende elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd.

Appellante stelt dat geïntimeerde ten onrechte een prestatie ten laste legt die zou zijn aangerekend op een ogenblik dat zij met vakantie was, terwijl zij dit gegeven betwist. Gelet op de rede twijfel nopens deze prestatie, wordt deze niet ten laste gelegd.

De Kamer van beroep is bijgevolg van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) die via de derdebetalersregeling (m.u.v. deze van 3 januari 2017) werden aangerekend, niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 2.191,50 euro (= 2.225,68 -34,18).

36 Verzekerde XC... (° 1960) verklaarde op 9 augustus 2019:

- dat hij geopereerd is aan de rug in december 2017 en in juni 2019; de behandeling wordt verder opgevolgd door de huisarts;
- dat hij de laatste jaren een 6-tal keer per jaar naar de dokter gaat;
- dat hij altijd zelf naar de huisarts gaat; zij komt nooit op huisbezoek, tenzij 1 keer voor de griep;
- dat zijn dochter een afspraak voor hem maakt via de computer;
- dat hij vroeger de volledige prijs aan de dokter betaalde, maar nu nog enkel het remgeld.

De Kamer van beroep stelt vast:

- dat de verklaring van de verzekerde in verband met zijn doktersbezoeken wordt tegengesproken door deze van appellante; zij beweert dat de verzekerde een voorgeschiedenis heeft van kinderverlamming, hij niet meer kan gaan en zij daarom bijna altijd op huisbezoek gaat; dit blijkt evenwel niet uit de aangerekende prestaties voor 2015 (2 prestaties) en 2016 (6 prestaties); de verzekerde geeft evenmin aan dat zijn operaties tot gevolg hadden dat hij niet langer zelf op raadpleging bij de huisarts kon gaan;
- dat voor de enorme stijging van het aantal aangerekende prestaties (52 in 2017 en 70 in 2018) geen motief wordt gevonden in de verklaring van de verzekerde; de aangerekende verstrekkingen werden wel vermeld in het patiëntendossier, maar de hierin vermelde gegevens zijn te vaag om het enorme aantal aangerekende verstrekkingen te verantwoorden.

Gelet op de duidelijke verklaring van de verzekerde die niet op een relevante wijze werd weerlegd, aanvaardde de arts-inspecteur van geïntimeerde in de periode van 17 oktober 2016 tot 19 december 2018 19 prestaties waaronder 5 dringende avondbezoeken, 3 raadplegingen en 11 gewone huisbezoeken. De Kamer van beroep acht de beoordeling door de arts-inspecteur van geïntimeerde om de bovenvermelde redenen correct.

Op basis van de overeenstemmende elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 3.777,60 euro.

37 Verzekerde XD... (°1935) verklaarde op 1 augustus 2019:

- dat zij alleen woont en alle dagen hulp krijgt van de thuisverpleegster;
- dat haar medicatie wordt voorgeschreven door de huisarts, die ongeveer 1 keer per maand aan huis komt; de dokter komt meer als er iets gaande is, maar zij is niet veel ziek;
- dat zij de dokter enkel het remgeld dient te betalen;

- dat zij haar dochter laat bellen voor een afspraak; deze gaat meestal door op donderdag want op de andere dagen is zij op stap met haar zussen of met de buurvrouw.

De Kamer van beroep stelt vast:

- dat het aantal huisbezoeken in 2017 is gestegen van 2 naar 4 per maand; vanaf 2018 wordt wekelijks een huisbezoek aangerekend;
- dat hoewel dit op het eerste zicht niet blijkt uit de verklaring van de verzekerde, appellante aangeeft dat deze veel valt, dementerend is en verward;
- dat in het patiëntendossier niet expliciet verwezen wordt naar de dementie; hieruit blijkt echter wel dat de verzekerde in 2018 regelmatig is gevallen.

De Kamer van beroep stelt tevens vast dat de verzekerde verklaarde dat zij alle dagen thuisverpleging krijgt, maar dat deze dienst niet werd bevraagd inzake de frequentie van doktersbezoeken, noch inzake het gegeven of de verklaringen van de verzekerde als waarheidsgetrouw konden worden beschouwd.

Op basis van de elementen in het dossier kan aldus niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld dat de aangerekende huisbezoeken niet werden uitgevoerd. De gerede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde XD... speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde XD..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 2.205,10 euro dient niet te worden terugbetaald.

38 Verzekerde XE... (°1947) verklaarde op 6 augustus 2019:

- dat zij in 2017 werd behandeld voor borstkanker (operatie, bestraling en chemotherapie);
- dat de huisarts om de 2 maanden bloed afneemt;
- dat zij moeilijk kan zeggen hoe dikwijls zij naar de huisarts gaat; soms minder dan 1 keer per maand, soms meerdere keren per maand; na de bestraling in 2018, zag zij de dokter 3 keer per maand;
- dat naargelang hoe ze zich voelt, zij zelf naar de huisarts gaat of deze op huisbezoek komt;
- dat zij aan de huisarts enkel het remgeld betaalt.

De Kamer van beroep stelt vast dat het aantal aangerekende verstrekkingen in 2018 enorm is gestegen (van 27 in 2017 naar 59 in 2018). Hoewel de verzekerde te kampen heeft met een zware medische problematiek, verklaart dit de aanzienlijke stijging in het aanrekendgedrag van appellante niet. De verzekerde wordt immers ook gevolgd door specialisten. Bovendien worden de aangerekende prestaties niet verklaard op basis van de gegevens uit het patiëntendossier die vaak melding maken van banale klachten welke ook veelvuldig voorkomen bij de andere patiënten van appellante. Daarentegen komen de prestaties die gepaard gaan met het afleveren van medicatie, wel overeen met de verklaring van de verzekerde.

Uit gegevens ontvangen van de verzekeringsinstelling van de verzekerde blijkt dat via derde betaler geen remgeld werd aangerekend. Vermits de verzekerde verklaarde dat zij soms wel remgeld diende te betalen, wijst dit erop dat appellante ervoor heeft gezorgd dat het onmogelijk is geworden om te achterhalen welke prestaties daadwerkelijk werden uitgevoerd en welke niet.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel dringende huisbezoeken noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 640,73 euro.

39 Verzekerde Z... (°1949) verklaarde op 1 augustus 2019:

- dat hij weinig ziek is en zelden naar de dokter gaat;
- dat hij de laatste jaren enkel om de 3 maanden naar de huisarts gaat voor een bloedafname; hij gaat zeker niet meerdere keren per maand;
- dat hij steeds het volledige bedrag betaalt en een GVVH ontvangt.

Appellante vermeldt daarentegen dat deze verzekerde het statuut heeft van chronisch zieke en dat er bij hem een frontotemporale dementie wordt vermoed, wat bevestigd wordt door een verslag van een neuroloog van 19 september 2020. De Kamer van beroep merkt dienaangaande evenwel op dat dit verslag dateert van 1,5 jaar na het einde van de betwiste periode, zodat dit geen invloed heeft op de vaststellingen die vermeld zijn in het proces-verbaal van vaststelling. Ook de geheugentesten bleken in 2020 nog perfect te zijn en de kloktest was normaal.

Niettemin is er een niet te verklaren stijging van het aantal aangerekende prestaties (8 in 2015, 6 in 2016, 20 in 2017 en 43 in 2018). Bovendien ging dit gepaard met een stijging van het aantal aangerekende prestaties via de derde-betalersregeling, terwijl de verzekerde verklaarde steeds contant te hebben betaald.

Zoals al vermeld, kan de problematiek van de opkomende dementie van deze verzekerde de stijging in het aanrekendgedrag van appellante niet verklaren. Bovendien wordt voor de vele prestaties geen verklaring teruggevonden in het patiëntendossier dat vaak melding maakt van banale klachten welke ook veelvuldig voorkomen bij de andere patiënten van appellante. Zo zijn er vele bloeddrukmetingen zonder dat hiervan een resultaat wordt teruggevonden.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 1.172,51 euro.

40 Verzekerde XF... (°1964) verklaarde op 9 augustus 2019:

- dat hij een ruglijder is, in 2002 geopereerd is van een hernia en hij nog steeds pijnmedicatie neemt;
- dat hij 1 keer per jaar een bloedonderzoek laat doen via de huisarts;
- dat hij maximaal een 6-tal keer per jaar naar de huisarts gaat en dat deze al zijn medicatie voorschrijft;
- dat hij ook met de kinderen naar de huisarts gaat als deze ziek zijn en hij moeilijk kan uitmaken hoeveel keer hij voor zichzelf bij de huisarts gaat;
- dat hij in 2018 mogelijks 8 à 10 keer naar de huisarts is gegaan, maar zeker niet elke maand;
- dat hij de huisarts contant en volledig betaalt en een GVVH ontvangt;
- dat de huisarts soms voorschriften voor de kinderen op zijn naam aflevert.

De Kamer van beroep stelt vast:

- dat waar vroeger een 4-tal raadplegingen per jaar werden aangerekend via contante betaling, dit in 2018 oploopt tot 2 per maand via de derdebetalersregeling; daarnaast werden in de periode van 12 september 2016 tot 24 september 2018 nog 8 raadplegingen contant aangerekend;
- dat voor de prestaties die via de derdebetalersregeling werden aangerekend, geen duidelijke verklaring terug te vinden is in het patiëntendossier; dit dossier maakt vaak melding van banale klachten welke ook veelvuldig voorkomen bij de andere patiënten van appellante;
- dat de verklaring van de verzekerde over de prestaties van de kinderen overeenkomen met de voor hen door appellante aangerekende verstrekkingen;
- dat hoewel appellante verklaart dat de verzekerde het statuut heeft van chronisch zieke omdat deze te kampen heeft met rugklachten en hierdoor arbeidsongeschikt is, hiervan geen sporen terug te vinden zijn in het patiëntendossier; bovendien verplicht dit statuut de zorgverstrekker niet om de derdebetalersregeling te gebruiken.

Gelet op de overeenstemmende elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de raadplegingen (inclusief avondsupplementen) die via de derdebetalersregeling werden aangerekend, niet werden uitgevoerd. Appellant dient de ten onrechte aangerekende prestaties terug te betalen voor een bedrag van 720,01 euro.

41 Verzekerde XG... (° 1938) verklaarde op 17 juli 2019:

- dat hij om de 2 à 3 maanden naar de huisarts gaat;
- dat hij steeds zelf op raadpleging gaat bij de huisarts;
- dat hij bij de huisarts enkel het remgeld betaalt;
- dat hij zelf een afspraak maakt en meestal de dag nadien mag komen;
- dat hij in 2018 een operatie heeft ondergaan aan de aders van zijn been.

De Kamer van beroep stelt vast:

- dat er een enorme stijging is van het aantal aangerekende prestaties in 2018 (6 in 2017, 50 in 2018) en dit voornamelijk via de derdebetalersregeling;
- dat de medische problematiek van de verzekerde in de betwiste periode, de aanzienlijke stijging in het aanrekeninggedrag van appellante niet kan verklaren; bovendien worden de aangerekende prestaties niet gestaafd aan de hand van gegevens uit het patiëntendossier die vaak melding maken van banale klachten (o.m. hoesten, buikpijn, ...); er wordt ook melding gemaakt van "controle wonden" maar de evolutie van de wonde wordt niet in het patiëntendossier weergegeven;
- dat het feit dat de verzekerde inmiddels overleden is, niet automatisch betekent dat alle niet gemotiveerde aangerekende prestaties ook daadwerkelijk werden uitgevoerd.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel prestaties noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 869,60 euro.

42 Verzekerde XH... (° 1945) verklaarde op 2 augustus 2019:

- dat hij altijd op raadpleging gaat bij de huisarts, meestal in de voormiddag en op afspraak;
- dat hij om de 3 maanden naar de huisarts moet voor medicatie; hij gaat gewoon in de gang wachten en zij geeft voorschriften mee;
- dat hij de huisarts vroeger contant betaalde, nu betaalt hij enkel nog het remgeld.

De verklaringen van de verzekerde komen volledig overeen met de door geïntimeerde ontvangen gegevens van de VI, hetzij:

- tot 12 maart 2018 zijn alle contacten afgerekend met een contante betaling;
- de verzekerde ging tot februari 2018 1 keer per maand op raadpleging voor een bloedcontrole (n.a.v. de inname van Marcoumar);
- de verklaringen van de verzekerde komen overeen met de aangerekende verstrekkingen tot en met 2017;
- de laatste 10 maanden van de betwiste periode schakelde de verzekerde over op een ander geneesmiddel waardoor hij geen bloedcontroles meer moest ondergaan;
- hij verklaarde eveneens dat hij voor een nieuw medicatievoorschrift niet op controle moest; deze werden voor hem klaargelegd.

Voor de bewering van appellante dat er nooit medicatievoorschriften werden klaargelegd en dat de verzekerde moeilijk een afspraak kon maken waardoor hij regelmatig plaatsnam in de wachtzaal (wegens hartklachten en hartkloppingen), wordt slechts gedeeltelijk een verklaring teruggevonden in het patiëntendossier. Bovendien kan geïntimeerde gevolgd worden waar deze stelt dat de verslaggeving in het patiëntendossier ongeloofwaardig is aangezien de verzekerde appellante verschillende keren per week zou consulteren voor een

bloeddrukmeting, hartkloppingen, onwel zijn en hoesten zonder dat er dienaangaande enige parameter in het dossier genoteerd werd. Niettemin aanvaardde geïntimeerde in de betwiste periode gemiddeld 1 prestatie per maand, wat de Kamer van beroep gegrond acht.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan afdoende motivering waarom zoveel prestaties noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 826,15 euro.

43 Verzekerde XI... (° 1967) verklaarde op 19 juli 2019:

- dat zij 1 keer om de 2 maanden bij de huisarts op consultatie gaat (in 2019 iets minder); deze komt niet op huisbezoek;
- dat zij steeds remgeld betaalt; het is nog niet voorgekomen dat de huisarts zelf zou afrekenen met het ziekenfonds.

De verklaringen van de verzekerde komen overeen met de aanrekeningen van het remgeld. Waar appellante stelt dat de verzekerde te kampen heeft met een psychische problematiek, erkent de verzekerde dat zij hiervoor in behandeling is bij een psychiater en een psycholoog. Zij gaat ook naar een ontmoetingsgroep. Deze medische problematiek wordt dus niet in eerste lijn opgevolgd door de huisarts. De voormelde medische problematiek van de verzekerde kan de aanzienlijke stijging in het aanrekengedrag van appellante in 2018 via de derdebetalersregeling niet verklaren. Ook de gegevens van het patiëntendossier die vaak melding maken van banale klachten (o.m. hoesten, buikpijn, ...) verantwoordden dit aanrekengedrag niet. Zo haalt geïntimeerde terecht aan dat het ongeloofwaardig is dat de patiënt een afspraak zou maken met de huisarts voor een ontstoken vinger en 's anderendaags voor een herhalingsvoorschrift.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel prestaties noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 472,34 euro.

44 Verzekerde XJ... (°1964) verklaarde op 6 augustus 2019:

- dat hij hartpatiënt is en hiervoor naar de hartspecialist gaat;
- dat hij ongeveer 1 keer per 2 maanden (soms 1 keer per maand) naar de huisarts gaat, meestal 's morgens; deze komt nooit op (dringend) huisbezoek; de huisarts schrijft de medicatie voor;
- dat hij enkel remgeld betaalt aan zijn huisarts.

De Kamer van beroep stelt vast dat alle prestaties via de derdebetalersregeling werden aangerekend. Vermits de verzekerde geen "papier" van de huisarts

meekreeg, kan niet gecontroleerd worden welke aangerekende prestaties effectief werden uitgevoerd.

Hoewel de verzekerde verklaart dat de huisarts nooit op huisbezoek komt, werden deze wel veelvuldig aangerekend. Er werden ook 105 avondprestaties aangerekend hoewel de verzekerde verklaarde dat hij meestal 's morgens naar de raadpleging ging. Voor deze aanrekeningen is bijgevolg geen afdoende verklaring terug te vinden in het patiëntendossier dat bovendien slechts melding maakt van banale klachten die ook bij de andere patiënten van appellante veelvuldig terugkomen.

Daarnaast zijn de vermeldingen in het patiëntendossier vaak onlogisch: een bloedonderzoek met bespreking van het resultaat op 2 verschillende data is niet te verantwoorden.

In tegenstelling tot wat appellante beweert, aanvaardt geïntimeerde niet enkel prestaties die gepaard gingen met het voorschrijven van medicatie. Deze werden - in het voordeel van appellante – bijkomend aanvaard, bovenop het beperktere aantal verstrekkingen dat volgens de verklaring van de verzekerde kon worden aangerekend.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde die door appellante niet met gegronde elementen kon worden weerlegd, en het gebrek aan vermelding waarom zoveel dringende huisbezoeken noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 2.167,76 euro.

45 Verzekerde XK... (°1937) is de echtgenoot van mevrouw XL.... Deze laatste verklaarde op 9 augustus 2019:

- dat haar echtgenoot sedert januari 2004 opgenomen is in een woonzorgcentrum (verder afgekort: WZC);
- dat de huisarts haar echtgenoot 1 keer per maand bezoekt, meestal op dinsdag in de namiddag rond 14u; zij is dan ook altijd zelf aanwezig;
- dat zij de huisbezoeken voor haar echtgenoot nooit moet betalen; dat gebeurt automatisch via het ziekenfonds.

Hoewel de echtgenote van de verzekerde verklaart dat de huisarts slechts 1 keer per maand op huisbezoek komt, worden 2 tot 4 huisbezoeken per maand aangerekend. Voor de meer aangerekende prestaties wordt geen afdoende verklaring in het patiëntendossier gegeven; voor een aantal data waarop een huisbezoek werd aangerekend, werd zelfs helemaal niets vermeld in het dossier.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde die door appellante niet met gegronde elementen kon worden weerlegd, en het gebrek aan vermelding waarom zoveel huisbezoeken noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden

aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 1.539,53 euro.

46 Verzekerde XM verblijft in een WZC. Tot einde 2017 werd 1 huisbezoek per maand aangerekend waarvoor een GVVH werd afgeleverd. Vanaf december 2017 werd aangerekend via de derdebetalersregeling, volgens appellante omdat de verzekerde toen het statuut van “chronisch zieke” verkreeg. Sindsdien steeg het aantal aangerekende huisbezoeken aanzienlijk, zonder dat hiervoor in het patiëntendossier of het verpleegdossier in het WZC een verklaring terug te vinden is. In het verpleegdossier wordt soms wel melding gemaakt van een telefonisch contact met de huisarts, maar hiervoor kan vanzelfsprekend geen huisbezoek worden aangerekend.

De Kamer van beroep stelt vast dat de vaststellingen van geïntimeerde door appellante niet ernstig worden betwist. De bewering dat zij niet meer over een dossier zou beschikken omdat de verzekerde niet langer een patiënt van haar is, doet hieraan geen afbreuk.

Gelet op de elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 622,60 euro.

47 Verzekerde XN... (°1944) verklaarde op 2 augustus 2019:

- dat de huisarts de laatste jaren altijd op huisbezoek komt, meestal na de middag; hij belt voor een afspraak; de huisarts komt om de 3 weken;
- dat de dokter van wacht 1 keer dringend is gekomen omdat hij van de trap was gevallen; de huisarts is nog nooit dringend 's nachts moeten komen;
- dat hij vroeger de huisarts contant betaalde en een GVVH ontving; sedert anderhalf jaar betaalt hij enkel 2 euro opleg en moet hij de dokter een klevertje van het ziekenfonds afgeven;
- dat de dokter altijd zowel voor hem als voor zijn echtgenote komt.

In weerwil met wat deze verzekerde verklaarde, wordt het nomenclatuurnummer voor een gelijktijdig huisbezoek vrijwel nooit aangerekend (enkel 3 keer in 2018).

De tot einde 2017 aan de huisarts contant betaalde prestaties, komen overeen met de verklaring van de verzekerde. Daarnaast werden echter nog prestaties aangerekend via de derdebetalersregeling waarvoor geen redelijke verklaring kon worden gegeven. Vanaf 2018 worden zelfs 5 tot 8 huisbezoeken per maand aangerekend.

Geïntimeerde aanvaardde vanaf begin 2018 1 contact om de 2 weken, waarvan 4 dringende huisbezoeken (ten gevolge van de voormelde val). Voor 28 maart 2018 en 16 mei 2018 werd een dringend huisbezoek aangerekend, terwijl hierover geen informatie terug te vinden is in het patiëntendossier van de verzekerde.

Appellante verwijst naar “verschillende verslagen van de arts-specialist na een opname via spoedgevallen”. Deze doorverwijzing op 22 november 2017 had betrekking op een gastroscopie wegens braken gedurende 5 weken. Het verslag toont echter niet aan waarom de aangerekende dringende huisbezoeken noodzakelijk waren.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde die door appellante niet met gegronde elementen kon worden weerlegd en het gebrek aan vermelding waarom zoveel huisbezoeken noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 2.688,10 euro.

48 Verzekerde XL... (°1946) verklaarde op 9 augustus 2019:

- dat haar echtgenoot sedert januari 2004 opgenomen is in een WZC;
- dat de huisarts haar echtgenoot 1 keer per maand bezoekt, meestal op dinsdag in de namiddag rond 14u; zij is dan ook altijd zelf aanwezig;
- dat de huisarts praktisch nooit voor haar aan huis komt; zij schrijft haar medicatie voor als zij op huisbezoek komt bij haar man in het WZC en dit zonder haar te onderzoeken;
- dat zij nooit op raadpleging gaat bij de huisarts, behalve in de winter (bronchitis); zij maakt dan zelf een afspraak en dan kan zij meestal dezelfde dag nog op raadpleging gaan;
- dat zij de dokter enkel remgeld betaalt, 1 euro voor een raadpleging, 2 euro voor een huisbezoek.

De Kamer van beroep stelt vast:

- dat er een enorme stijging is van het aantal aangerekende huisbezoeken sedert 2016 terwijl de verzekerde verklaart dat de huisarts praktisch nooit aan huis komt; het gegeven dat er in 2017 mogelijks een probleem zou zijn geweest met de vermelde gegevens in het patiëntendossier, doet hieraan geen afbreuk;
- dat voor het voorschrijven van medicatie zonder onderzoek (n.a.v. een bezoek aan de echtgenoot van de verzekerde in het WZC) geen prestatie kan worden aangerekend;
- dat de medische problematiek van de verzekerde in de betwiste periode, de aanzienlijke stijging in het aangerekendgedrag van appellante niet kan verklaren;
- dat de aangerekende prestaties niet gestaafd werden aan de hand van gegevens in het patiëntendossier die vaak melding maken van banale klachten (o.m. hoesten, buikpijn, ...); ter illustratie deze gevallen waarvoor een onlogische aanrekening werd vastgesteld:
 - ✓ op 5 februari 2018 werden zowel een huisbezoek (wegens dyspnee) als een ongemotiveerde consultatie om 23u24 aangerekend;
 - ✓ op 21 februari 2018 werden op 1 dag 2 consultaties aangerekend; voor de consultatie om 11u36 werd geen reden opgegeven – voor deze om 22u22 recidief eryspelas);

- ✓ op 1 maart 2018 werden zowel een huisbezoek als een consultatie om 22u04 aangerekend wegens maaglast;
- ✓ op 27 maart 2018 werd zowel een huisbezoek als een consultatie aangerekend voor een keel en luchtwegeninfectie.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel prestaties noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 1.985,18 euro.

49 Verzekerde XO... (° 1971) verklaarde op 9 augustus 2019:

- dat zij tijdens opstoten van fibromyalgie en artrose naar de dokter gaat, die haar dan voorschriften geeft;
- dat zij tot eind 2018 de huisarts contant betaalde;
- dat zij meestal 's avonds op raadpleging ging; mogelijks was er een huisbezoek wegens een galcrisis (met opname);
- dat zij in 2015-2016 gemiddeld 1 keer per maand naar de dokter ging, in 2017-2018 gemiddeld 1 keer om de 2 maanden.

De Kamer van beroep stelt vast dat vanaf november 2017 regelmatig prestaties (vooral avondbezoeken) werden aangerekend via de derdebetalersregeling, soms tot 4 keer per maand. In tegenstelling tot de prestaties die contant werden betaald, komen deze niet overeen met het aantal prestaties uit de verklaring van de verzekerde, noch met de aflevering van medicatie. Zoals geïntimeerde terecht opmerkt, werden de contant aangerekende prestaties veel uitgebreider gemotiveerd dan deze die via de derdebetalersregeling zijn aangerekend. Hiervoor werd veelal verwezen naar banale klachten die bij veel patiënten van appellante terugkomen.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel prestaties noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 700,28 euro.

50 De Kamer van beroep stelt vast dat er voor verzekerde XP... (°1940) in 2018 plots 20 huisbezoeken werden aangerekend en dat hiervoor weinig aanwijzingen terug te vinden zijn in het patiëntendossier van de verzekerde. Niettemin wordt ook vastgesteld:

- dat verzekerde XP... in een WZC verblijft;
- dat hoewel de gevalsbespreking van geïntimeerde vermeldt dat de verzekerde vertelde weinig beroep te doen op de huisarts, van haar geen verhoor werd afgenomen waarvan een pv werd opgesteld;
- dat appellante beweert dat deze patiënte dement is;

- dat de gevalsbespreking vermeldt dat “wat betrokkene heeft meegedeeld werd gecontroleerd op basis van het medisch dossier, het verleden van de patiënt en de info ontvangen van het rustoord”; welke informatie ontvangen werd van het WZC, wordt echter niet geëxpliciteerd;
- dat er evenmin een verhoor werd afgenomen van de verantwoordelijke (bv. de hoofdverpleegkundige) van het WZC waar deze verzekerde verbleef, zodat de informatie waarop geïntimeerde zich gebaseerd heeft, niet gecontroleerd kan worden.

Geïntimeerde draagt de bewijslast van de door haar ten laste gelegde verstrekkingen. Op basis van de elementen in het dossier, kan echter niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld dat de ten laste gelegde prestaties niet werden uitgevoerd. De gerede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde XP..., speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde XP..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 477,29 euro dient niet te worden terugbetaald.

51 Verzekerde XQ... (°1950) verklaarde op 9 augustus 2019:

- dat de huisarts elke maand op huisbezoek komt voor haar en haar echtgenoot (= verzekerde XR...), en dat ze dan medicatie voorschrijft voor hen beiden; de dokter maakt bij elk huisbezoek een afspraak voor het volgende bezoek;
- dat de dokter na een huisbezoek 1 GVVH afgeeft op naam van haar echtgenoot; zij betalen ook maar 1 keer;
- dat zij om het half jaar op raadpleging gaat voor een bloedafname en dat zij naar de dokter gaat “als het nodig is”.

Sedert einde 2017 gaat het aantal raadplegingen dat wordt aangerekend via de derdebetalersregeling spectaculair omhoog. Appellante verwijst hiervoor naar het feit dat de verzekerde het statuut van chronisch zieke heeft verworven. De Kamer van beroep stelt vast dat de aangerekende prestaties ook telkens vermeld worden in het patiëntendossier van de verzekerde. Nochtans kunnen vragen gesteld worden bij deze vermeldingen. Deze zijn uiterst beperkt en zijn niet altijd logisch (bv. controle van hoesten op andere datum dan cryotherapie die in de zelfde periode plaatsvindt).

Geïntimeerde erkent dat het verhoor van de verzekerde moeilijk is verlopen. Het is evenwel opmerkelijk dat de aanrekeningen via contante betaling wel overeenkomen met de verklaring van de verzekerde en met de aflevering van medicatie, en deze die aangerekend worden via de derdebetalersregeling niet.

Bovendien wordt voor de verzekerde vaak een raadpleging via de derdebetalersregeling aangerekend op het ogenblik dat voor haar echtgenoot een huisbezoek is aangerekend. Nochtans verklaarde de verzekerde dat de huisarts bij een huisbezoek telkens voor hen beiden medicatie voorschrijft. Verder worden de aangerekende avondsupplementen op geen enkele wijze verantwoord.

Gelet op de elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 1.093,27 euro.

52 Verzekerde XS... (° 1937) verklaarde op 17 juli 2019:

- dat de huisarts steeds zelf op huisbezoek komt; voor 2018 ging zij wel op consultatie, maar sinds 2018 komt zij aan huis;
- dat zij een afspraak maakt per telefoon en dat de huisarts meestal daags nadien komt; als het dringend is, belt zij 's morgens en komt de huisarts in de namiddag;
- dat de huisarts niet komt tussen 18u en 21u omdat zij dan in haar praktijk werkt;
- dat als er medisch niets aan de hand is, een huisbezoek om de 2 maanden volstaat;
- dat zij de dokter altijd contant betaalt en een GVVH ontvangt; de huisarts heeft nooit een betaling rechtstreeks afgerekend met het ziekenfonds.

In strijd met wat deze verzekerde verklaarde, rekende appellante in 2018 maar liefst 17 raadplegingen en 9 huisbezoeken aan via de derdebetalersregeling. Appellante stelt dat de verzekerde op het ogenblik van haar verhoor nog in een serviceflat woonde, maar wegens haar dementie inmiddels verhuisd is naar het WZC. Niettemin kwam er geen duidelijke uitleg over het feit waarom sommige prestaties aangerekend werden via derdebetalersregeling en sommige contant. Ook het patiëntendossier geeft geen verklaring voor de vele aangerekende avondprestaties.

Het was wellicht aangewezen geweest om ook de verpleegkundige van het WZC te verhoren aangaande de toestand van de verzekerde. Niettemin is de Kamer van beroep, gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde dat er steeds contant werd afgerekend en dat zij vanaf 2018 nooit meer op raadpleging ging, alsook het door elkaar gebruiken van de contante betaling en de derdebetalersregeling), van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 849,86 euro.

53 Verzekerde XT... (°1963) verklaarde op 10 juli 2019:

- dat zij gemiddeld 2 keer per maand naar de huisarts gaat; zij komt een 3-tal keer per jaar aan huis bij een galcrisis;
- dat zij tot midden 2018 de huisarts cash betaalde en een GVVH ontving; sedertdien betaalt zij enkel het remgeld;
- dat zij de data van de op voorhand gemaakte afspraken in haar agenda vermeldde; als zij onmiddellijk op afspraak kon gaan, werd dit niet vermeld.

Geïntimeerde erkent dat het verhoor van de verzekerde moeilijk is verlopen. De Kamer van beroep is van oordeel dat op basis van dit verhoor de frequentie van de prestaties niet afdoende kan achterhaald worden. Niettemin werd wel duidelijk

verklaard dat tot midden 2018 alle prestaties contant werden aangerekend, zodat alle verstrekkingen die vóór 17 april 2018 via de derdebetalersregeling werden aangerekend, terecht verworpen werden. Het feit dat zij het statuut zou hebben van chronisch zieke doet hieraan geen afbreuk.

De Kamer van beroep stelt vast dat in de periode van contante betaling ongeveer 1 prestatie per maand werd aangerekend. In 2018 werden echter niet minder dan 42 raadplegingen aangerekend ondanks het feit dat hiervoor geen afdoende verklaring werd teruggevonden in het patiëntendossier, dat voornamelijk banale klachten vermeldt die bij veel patiënten terugkomen.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. het gebrek aan vermelding waarom zoveel prestaties noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 809,60 euro.

54 Verzekerde XU... (°1976) verwijst tijdens zijn verhoor van 13 augustus 2019 zelf naar zijn psychiatrische problematiek. Hij stelt dat hij 5 à 6 keer per jaar op raadpleging gaat en dat de huisarts 2 à 3 keer per jaar op huisbezoek komt. Er werd – zoals de verzekerde verklaarde – steeds aangerekend via de derdebetalersregeling.

De Kamer van beroep stelt vast dat uit alle elementen in het dossier blijkt dat de verzekerde maandelijks een psychiater zag. Het ware voor het onderzoek van deze tenlastelegging dan ook noodzakelijk om bij deze psychiater na te gaan of er een verklaring was voor het stijgend aantal huisbezoeken in 2017 en 2018.

Op basis van de elementen in het dossier kon niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld of de aangerekende huisbezoeken al dan niet werden uitgevoerd. De gerede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde XU..., speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde XU..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 2.441,95 euro dient niet te worden terugbetaald.

55 Verzekerde XV... (°1989) verklaarde op 21 augustus 2019:

- dat zij weinig ziek is en halfjaarlijks naar de huisarts gaat voor een bloedafname; in totaal gaat zij 2 à 3 keer per jaar naar de huisarts en dit al meerdere jaren;
- dat haar moeder (= verzekerde XW...) elke maand bij de huisarts gaat en zo nodig voor haar een medicatievoorschrift meebrengt;
- dat zij de dokter altijd contant betaalt en dat zij een GVVH krijgt voor het ziekenfonds.

Appellante stelt dat de verzekerde niet zo vaak ziek is maar een werkgerelateerde stressproblematiek kent waarover zij niet wenst te praten in het bijzijn van haar ouders. De verzekerde heeft dienaangaande echter geen

verklaring afgelegd. Zij maakte evenmin melding van het feit dat zij veel zou moeten braken, wat veelvuldig vermeld is in het patiëntendossier.

De verzekerde heeft het statuut van verhoogde terugbetaling waardoor appellante stelt dat zij de derdebetalersregeling dient toe te passen. Dit gegeven wordt door geïntimeerde niet betwist.

De Kamer van beroep stelt vast dat de aangerekende verstrekkingen in de periode van 2015 tot augustus 2017 overeenkomen met de verklaring van de verzekerde alsook met de aflevering van medicatie. Vanaf augustus 2017 worden opmerkelijk veel prestaties aangerekend (14 raadplegingen en 7 huisbezoeken in 2018) via de derdebetalersregeling, zonder dat hiervoor een verklaring terug te vinden is in het patiëntendossier of het verhoor van de verzekerde.

Gelet op de elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 1.093,27 euro.

56 Verzekerde XY... is de echtgenote van verzekerde XA.... Deze verklaarde op 1 augustus 2019:

- dat hij de huisarts belt als hij (of zijn echtgenote) ziek is;
- dat als zij echt ziek zijn, de huisarts soms ook aan huis komt;
- dat de raadpleging steeds 's morgens is en op afspraak;
- dat hij de dokter zelf betaalt; het is nog nooit voorgekomen dat hij niet moest betalen; de verzekerde toont de verbalisant een recent door appellante afgeleverd GVVH voor zijn echtgenote;
- dat hij niet precies weet hoeveel keer per jaar hij de huisarts raadpleegt, maar dit gebeurt niet elke maand.

Geïntimeerde legt alle prestaties die in 2017 en 2018 via de derdebetalersregeling werden aangerekend ten laste.

De Kamer van beroep stelt vast dat de cash aangerekende prestaties overeenstemmen met de verklaring van de verzekerde en het aantal hiervan ongeveer stabiel blijft.

De stelling van appellante dat de echtgenoot van de verzekerde vergeetachtig zou zijn, blijkt op geen enkele manier uit diens verklaring. Het gegeven dat hij erop wijst dat appellante enkele dagen voordien nog een prestatie voor zijn echtgenote contant heeft aangerekend, wijst op het tegendeel, alsook op het gegeven dat hij duidelijk weet wat de derdebetalersregeling precies inhoudt.

Gelet op de duidelijke verklaring van de echtgenoot van de verzekerde die niet op een relevante wijze werd weerlegd, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 278,92 euro.

57 Verzekerde XR... (°1942) is de echtgenoot van verzekerde XQ... die op 9 augustus 2019 verklaarde:

- dat de huisarts elke maand op huisbezoek komt voor haar en haar echtgenoot en dat ze dan medicatie voorschrijft voor hen beiden; de dokter maakt bij elk huisbezoek een afspraak voor het volgende bezoek;
- dat de dokter na een huisbezoek 1 GVVH afgeeft op naam van haar echtgenoot; zij betalen ook maar 1 keer.

In 2018 worden voor deze verzekerde 7 raadplegingen aangerekend via de derdebetalersregeling. Appellante verwijst hiervoor naar het feit dat de verzekerde het statuut van chronisch zieke heeft verworven. Het stuk 64 dat appellante neerlegt ter staving van haar stelling dat de verzekerde ook op raadpleging kwam voor andere aandoeningen dan zijn beroepsziekte, betreft een eigenhandig geschreven stuk waaraan geen bewijswaarde kan worden gehecht.

Er wordt verder vastgesteld dat de aanrekeningen via contante betaling wel overeenkomen met de verklaring van de echtgenote van de verzekerde en met de aflevering van medicatie, en deze die aangerekend zijn via de derdebetalersregeling niet.

Gelet op de elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 162,19 euro.

58 Verzekerde XZ... (° 1952) verklaarde op 13 augustus 2018:

- dat hij in het verleden (2009-2010) tal van medische problemen heeft gehad zowel op orthopedisch vlak als nierproblemen;
- dat hij enkele keren per jaar naar de huisarts gaat; als hij enkel medicatie nodig heeft, dan belt hij en legt zij voorschriften klaar;
- dat er nog nooit een dringend huisbezoek heeft plaatsgevonden; de dokter is nog maar 1 of 2 keer op huisbezoek geweest;
- dat hij vroeger het volledige bedrag aan de huisarts betaalde; vanaf 2017 betaalt hij nog enkel remgeld.

De Kamer van beroep stelt vast dat de aangerekende verstrekkingen voor de jaren 2015 en 2016 overeenkomen met wat de verzekerde heeft verklaard. Vanaf september 2017 is er evenwel sprake van een spectaculaire stijging van het aantal aangerekende prestaties via de derdebetalersregeling waarvoor in de verklaring van de verzekerde geen reden wordt opgegeven.

De specialistische verslagen die appellante neerlegt, verklaren evenmin waarom er in 2018 maar liefst 41 prestaties werden geattesteerd.

Gelet op de duidelijke verklaring van de verzekerde die niet op een relevante wijze werd weerlegd, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden

aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 1.302,57 euro.

59 Verzekerde AX... (° 1962) verklaarde op 18 juli 2019:

- dat zij meestal op raadpleging gaat bij de huisarts na een telefonische afspraak; zij belt meestal 's avonds en kan daags nadien op afspraak gaan;
- dat de dokter medicatie geeft voor 3 maanden;
- dat zij haar huisarts contant betaalt; het is slechts 1 keer gebeurd dat zij niet moest betalen.

De Kamer van beroep stelt enerzijds een enorme stijging vast van het aantal aangerekende consultaties in 2018 via de derdebetalersregeling. Anderzijds ligt het aantal aanrekeningen via contante betaling lager dan wat de verzekerde verklaarde, zodat geïntimeerde een aantal prestaties die via de derdebetalersregeling werden aangerekend, alsnog aanvaardt.

De Kamer van beroep stelt verder vast dat voor de ten laste gelegde prestaties geen afdoende motivering werd teruggevonden in het patiëntendossier van de verzekerde dat veelal melding maakt van banale klachten die ook veelvuldig voorkomen bij de andere patiënten van appellante. Daarentegen komen de prestaties die gepaard gaan met het afleveren van medicatie, wel overeen met de verklaring van de verzekerde.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 703 euro.

60 Verzekerde BX... (°1962) verklaarde op 19 juli 2019:

- dat zij een 6-tal keer per jaar naar de huisarts gaat;
- dat zij in mei 2017 geopereerd is aan de 3^{de} en 4^{de} nekzwervel; zij is goed hersteld, maar is beperkt in draaibeweging; sindsdien is haar toestand weinig veranderd;
- dat zij sedert 2018 enkel het remgeld betaalt; het is nog niet voorgekomen dat zij niets moest betalen omdat de huisarts de betaling rechtstreeks zou regelen met het ziekenfonds.

Opnieuw wordt sedert 2017 en vooral in 2018 een spectaculaire stijging vastgesteld van het aantal raadplegingen die via de derdebetalersregeling werden aangerekend.

De psychische problemen waarvan sprake in het patiëntendossier blijken geenszins uit de verklaring van de verzekerde. Vele notities in het dossier zijn ongeloofwaardig:

- zo is een "uitslag" van een bloedafname vermeld, terwijl de bloedafname zelf niet genoteerd is in het dossier;

- van 3 tot 9 augustus 2018 werden 4 raadplegingen genoteerd voor banale klachten waarvoor geen opvolging vermeld werd.

Bovendien wordt van de diagnose hernia, die appellante aanhaalt in haar conclusie, geen enkele neerslag teruggevonden in het patiëntendossier.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 1.405,22 euro.

61 Verzekerde CX... verklaarde op 2 augustus 2019:

- dat zij veel last heeft van artrose en dat de verpleegkundige elke ochtend haar rug komt wassen; 2 keer per week helpt zij om te douchen;
- dat zij nog zelf naar de huisarts probeert te gaan, als de medicatie op is;
- dat zij ongeveer elke 2 maanden naar de huisarts gaat, ook voor een kinevoorschrift; zeker niet meerdere keren per maand;
- dat zij sedert een jaar enkel het remgeld betaalt; vroeger betaalde zij contant en ontving zij een GVVH.

Ook bij deze verzekerde wordt sedert 2018 een spectaculaire stijging van het aantal raadplegingen vastgesteld die via de derdebetalersregeling zijn aangerekend. Opnieuw wordt hiervoor geen reden teruggevonden in de verklaring van de verzekerde, noch in het patiëntendossier dat melding maakt van banale klachten die ook bij vele andere verzekerden terugkomen.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 929,98 euro.

62 Verzekerde DX... (° 1955) verklaarde op 16 juni 2019:

- dat hij in april 2018 gevallen is met 2 wervelbreuken tot gevolg;
- dat hij gewoonlijk 1 keer per jaar naar de huisarts gaat voor een bloedafname;
- dat hij de huisarts altijd contant betaalt;
- dat hij soms een voorschrift kan ophalen tijdens de raadplegingen.

Ook bij deze verzekerde wordt sedert 2018 een spectaculaire stijging vastgesteld van het aantal raadplegingen (en 2 huisbezoeken) die via de derdebetalersregeling zijn aangerekend. Deze komen voornamelijk voor na de val van de verzekerde eind april 2018. Uit het patiëntendossier blijkt dat de verzekerde te maken heeft met een alcoholprobleem. Hierover legde hij geen verklaring af.

De Kamer van beroep acht het, rekening houdende met de val en het alcoholprobleem van de verzekerde, niet uitgesloten dat de in het

patiëntendossier vermelde verstrekkingen alsnog werden uitgevoerd. Alleszins kan op basis van het verhoor van de verzekerde niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld dat de aangerekende prestaties niet werden uitgevoerd. De gereede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde DX..., speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde DX..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 498,75 euro dient niet te worden terugbetaald.

63 Verzekerde J... (°1950) is de echtgenoot van verzekerde I.... Verzekerde J... verklaarde naar aanleiding van het verhoor van zijn echtgenote op 8 augustus 2019:

- dat hij diabetespatiënt is en in de diabetesconventie zit;
- dat hij de huisarts zeer weinig ziet (o.a. voor een griepvaccin, bloedonderzoek); hij gaat een 4-tal keer per jaar naar de huisarts;
- dat hij appellante altijd contant betaalt; slechts 1 keer betaalde hij enkel het remgeld;
- dat er de laatste jaren niets gewijzigd is in de consultatiefrequentie bij de huisarts.

Opnieuw wordt een spectaculaire stijging van het aantal raadplegingen vastgesteld voor 2018 die via de derdebetalersregeling zijn aangerekend.

Uit de gegevens in het dossier blijkt dat appellante frequent op een zelfde dag zowel prestaties aanrekende voor de verzekerde als voor zijn echtgenote. Voor de ene werd een contante betaling geregistreerd, voor de andere een aanrekening via de derdebetalersregeling. Waar appellante stelt dat zij enkel voor beide echtgenoten een consultatie aanrekende als zij beiden een “probleem” hadden, geeft zij geen verklaring waarom telkens 1 consultatie contant aangerekend is aan de patiënt en 1 via de derdebetalersregeling. Appellante weerlegt deze vaststellingen niet aan de hand van de door haar neergelegde stukken.

Gelet op de overeenstemmende elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de raadplegingen (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 631,17 euro.

64 Verzekerde EX... (°1950) verklaarde op 8 augustus 2019:

- dat de huisarts om de 14 dagen op huisbezoek komt, meestal juist na de middag en telkens op maandag; zij schrijft ook medicatie voor;
- dat hij een hersenbloeding heeft gehad in september 2016 en dat de huisarts nadien elke week op bezoek kwam; sinds 2017 komt zij om de 2 weken;
- dat de huisarts de laatste jaren nooit dringend is moeten komen;
- dat hij al een paar jaren enkel de opleg betaalt;
- dat zijn echtgenote (= verzekerde FX...) ook appellante als huisarts heeft; zij gaat 1 à 2 keer per jaar op raadpleging, betaalt wel het volledige bedrag en ontvangt een GVVH.

Geïntimeerde aanvaardt alle aangerekende tweewekelijkse huisbezoeken op maandag, alsook deze die gepaard gaan met de aflevering van medicatie of een bloedafname. Appellante verklaart op geen enkele manier waarom er vanaf 2017 nog een groot aantal andere raadplegingen en huisbezoeken worden aangerekend terwijl hiervoor geen verklaring wordt teruggevonden in het verhoor van de verzekerde, noch in het patiëntendossier dat melding maakt van banale klachten die ook voor vele andere verzekerden worden vermeld.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 1.469,37 euro.

65 Verzekerde GX... (°1948) verklaarde op 21 augustus 2018:

- dat hij ongeveer om de 4 maanden naar de huisarts gaat voor medicatievoorschriften; daarnaast gaat hij naar de huisarts voor bloedafname en griepvaccinatie;
- dat hij appellante volledig betaalt en een GVVH ontvangt;
- dat hij steeds in de voormiddag op afspraak probeert te gaan.

Uit het dossier blijkt dat de aanrekeningen tot eind 2017 overeenkomen met de verklaring van de verzekerde (5 in 2015, 4 in 2016 en 5 in 2017). Vanaf 2018 worden 32 prestaties aangerekend, waarvan 28 via de derdebetalersregeling.

Appellante wijdt het aantal meer aangerekende prestaties aan de rugklachten van de verzekerde. Deze problematiek wordt ook uitvoerig vermeld in het patiëntendossier. Niettemin zijn bepaalde prestaties onmogelijk te verantwoorden:

- een herhalingsvoorschrift voor medicatie op 5 maart 2018, 3 dagen na een insputing voor hevige rugpijn;
- 3 raadplegingen op 22/03 (insputing), 06/04 (medicatievoorschrift) en 12/04/2018 (gesprek) voor hevige rugpijn zonder dat hiervan een uitvoerige weerslag in het dossier terug te vinden is;
- voor de doorverwijzing naar de pijnkliniek worden op 24, 25 en 30 mei 2018 prestaties aangerekend.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan verantwoording van vele, onnodig opeenvolgende raadplegingen), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 600,71 euro.

66 Verzekerde HX... (°1958) verklaarde op 14 augustus 2019:

- dat zijn medicatie wordt voorgeschreven door de huisarts, bij wie hij zelf ongeveer 1 keer om de 3 maanden op raadpleging gaat;

- dat hij tot einde 2018 de huisarts contant betaalde en een GVVH ontving; sedert einde 2018 betaalt hij enkel het remgeld;
- dat de huisarts nog niet dringend aan huis is moeten komen;
- dat het aanrekenen van meerdere raadplegingen per maand (tot 4 per maand) een vergissing moet zijn;
- dat zijn echtgenote (= verzekerde IX...) ongeveer om de 3 maanden naar de huisarts gaat voor een bloedafname en medicatie.

Ondanks de duidelijke verklaringen van deze verzekerde, wordt een aanzienlijke stijging van het aantal aangerekende raadplegingen vastgesteld voor 2018 (2 in 2015, 11 in 2016, 5 in 2017 en 32 in 2018) zonder dat hiervoor een afdoende verklaring terug te vinden is in het patiëntendossier van de verzekerde. Deze werd tijdens zijn verhoor geconfronteerd met het stijgend aantal aanrekeningen en deed dit af als een vergissing.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan verantwoording van de vele, onnodig opeenvolgende raadplegingen), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 729,41 euro.

67 Verzekerde JX... (°1956) verklaarde op 14 augustus 2018:

- dat zij minder dan 1 keer per maand naar de huisarts gaat; zij gaat maximaal een 10-tal keer per jaar;
- dat de laatste jaren de huisarts slechts enkele keren op huisbezoek kwam;
- dat zij de huisarts contant betaalt en een GVVH ontvangt; het is nog niet voorgekomen dat zij de dokter niet moest betalen;
- dat zij soms voorschriften gaat ophalen na een telefoontje en dat zij hiervoor dan wacht in de gang.

De verklaring van de verzekerde nopens de huisbezoeken wordt bevestigd door de afgeleverde medicatievoorschriften.

In weerwil met de verklaring van de verzekerde, worden vanaf 2018 plots 3 tot 5 raadplegingen per maand aangerekend via de derdebetalersregeling. Dat de verzekerde altijd tot het laatste moment zou wachten vooraleer zij appellante zou raadplegen, is hierbij irrelevant.

Bovendien worden de aangerekende prestaties niet verklaard op basis van de gegevens uit het patiëntendossier die vaak melding maken van banale klachten die ook veelvuldig voorkomen bij de andere patiënten van appellante. Daarentegen komen de prestaties die gepaard gaan met het afleveren van medicatie, wel overeen met de verklaring van de verzekerde.

Uit gegevens ontvangen van de verzekeringsinstelling van de verzekerde blijkt dat via derde betaler geen remgeld werd aangerekend. Vermits de verzekerde verklaarde dat zij de huisarts altijd betaalde, werden op de data van de GVVH die door appellante zelf bij het ziekenfonds zijn binnengebracht (met de

vermelding dat geen remgeld werd aangerekend) geen prestaties uitgevoerd.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 1.143,81 euro.

68 Verzekerde KX... (°1949) verklaarde op 14 augustus 2019:

- dat zij altijd op afspraak bij de huisarts gaat na een telefonische afspraak; het wisselt van voormiddag of avond;
- dat zij in 2018 ongeveer 1 keer om de 6 weken naar de huisarts ging, of 1 keer om de 2 maanden, zeker niet meerdere keren per maand;
- dat zij ook elk jaar gaat voor een bloedafname;
- dat het niet voorkomt dat zij niet moet betalen.

Voor deze verzekerde wordt een spectaculaire stijging vastgesteld van het aantal aangerekende prestaties in 2018 (van 5 in 2015, 8 in 2016, 9 in 2017 naar 42 in 2018).

Uit het dossier blijkt dat de raadplegingen die via contante betaling werden aangerekend, volledig overeenkomen met de verklaring van de verzekerde. Deze prestaties staan ook in nauw verband met labotesten en de aflevering van medicatie.

De in 2018 veelvuldig via de derdebetalersregeling aangerekende prestaties worden niet verklaard op basis van de gegevens uit het patiëntendossier die vaak melding maken van banale klachten die ook veelvuldig voorkomen bij de andere patiënten van appellante.

Uit gegevens ontvangen van de verzekeringsinstelling van de verzekerde blijkt dat via derde betaler geen remgeld werd aangerekend. Vermits de verzekerde verklaarde dat zij de huisarts altijd diende te betalen, werden op de data van de GVVH die appellante zelf binnenbracht bij het ziekenfonds geen prestaties uitgevoerd. Mogelijks werd een raadpleging via derde betaler aangerekend voor het louter afleveren van een medicatievoorschrift, wat niet correct is.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 847,11 euro.

69 Verzekerde LX... (°1960) verklaarde op 10 juli 2019:

- dat zij sedert 2017 op invaliditeit staat wegens een depressie;
- dat zij praktisch altijd zelf op afspraak gaat bij de huisarts; zeer uitzonderlijk

- vraagt zij een huisbezoek;
- dat zij in 2018 een 3-tal keer bij de huisarts is geweest wegens bronchitis of iets banaals;
- dat zij steeds zelf de dokter betaalt; het komt niet voor dat de huisarts rechtstreeks met het ziekenfonds afrekent;
- dat wanneer de verbalisant aangaf dat er van september tot december 2018 3 à 4 raadplegingen per maand werden aangerekend, dat zij dat veel vond.

Voor deze verzekerde wordt een spectaculaire stijging vastgesteld van het aantal aangerekende prestaties in 2018 (van 13 in 2015, 11 in 2016, 3 in 2017 naar 29 in 2018).

De verklaring van de verzekerde komt overeen met wat appellante aanrekende via contante betaling. Ook de aflevering van medicatie volgt consequent op deze raadplegingen.

Waar appellante beweert dat dat de verzekerde op raadpleging kwam om een reden die niet in haar dossier mocht vermeld worden, vinden we hiervan geen spoor terug in het patiëntendossier dat telkenmale banale klachten vermeldt (o.m. keelpijn, hoesten, verruca, kloven tussen tenen, enz.). Slechts 1 keer werd melding gemaakt van de psychische problematiek waarover ze moeilijk kon praten met haar psychiater.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avonds supplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 627,33 euro.

70 Verzekerde MX... (°1957) verklaarde op 14 augustus 2019:

- dat zij nooit ziek is, maar veel medicatie neemt, waarvoor zij op raadpleging gaat bij haar huisarts;
- dat appellante soms ook een voorschrift in haar brievenbus stopt, als zij in de buurt is;
- dat zij 2 maal per jaar een bloedafname laat doen en maximaal 1 keer om de 2 maanden naar de huisarts gaat;
- dat zij de huisarts enkel het remgeld (1 euro) betaalt;
- dat zij een afspraak maakt via de telefoon;
- dat de dokter weinig op huisbezoek komt; in november 2018 is zij wel meerdere keren op huisbezoek geweest; maar zij weet niet zeker hoeveel keer.

Voor deze verzekerde wordt een spectaculaire stijging vastgesteld van het aantal aangerekende prestaties in 2018 (van 8 in 2015, 10 in 2016, 4 in 2017 naar 51 in 2018).

Uit het dossier blijkt dat de aanrekeningen (steeds via de derdebetalersregeling) tot eind 2017 overeenkomen met de verklaring van de verzekerde. Vanaf januari 2018 worden echter meerdere huisbezoeken per maand aangerekend.

Zoals appellante aangeeft, blijkt uit het patiëntendossier van deze verzekerde dat zij te kampen heeft met een orthopedische problematiek. Deze verantwoordt echter geenszins waarom soms op 2 of 3 opeenvolgende dagen een huisbezoek wordt aangerekend terwijl voor deze frequentie geen enkele motivering in het dossier terug te vinden is.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan motivering waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 1.421,88 euro.

71 Verzekerde NX... (°1960) verklaarde op 14 augustus 2019:

- dat zij meestal zelf naar de huisarts gaat voor bloedafnames, medicatievoorschriften of als ze zich slecht voelt;
- dat zij sedert begin 2017 ongeveer 1 keer per maand naar de huisarts gaat; zij wordt gebracht door haar zoon;
- dat de huisarts praktisch nooit aan huis komt en dat zij enkele jaren geleden 1 keer dringend aan huis is moeten komen; toen is zij met de ambulance afgevoerd naar het ziekenhuis;
- dat zij de dokter enkel het remgeld betaalt en dat zij 2 klevertjes afgeeft.

Appellante beweert dat deze verzekerde te kampen heeft met een ernstige alcoholproblematiek en dat zij de veelvuldige consultaties en huisbezoeken die hiervan het gevolg zijn, heeft verzwegen voor de arts-inspecteur die haar verhoorde. De Kamer van beroep stelt vast dat de problematiek van de verzekerde en de talrijk hiermee gepaard gaande klachten veelvuldig vermeld worden in het patiëntendossier, zodat er ernstig getwijfeld kan worden aan de juistheid van de verklaring van deze verzekerde. Het is voor het onderzoek naar de waarheidsvinding jammer dat geïntimeerde, noch de verzekerde, noch appellante hierover bijkomend heeft ondervraagd.

De Kamer van beroep acht het, rekening houdende met het alcoholprobleem van de verzekerde, niet uitgesloten dat de in het patiëntendossier vermelde verstrekkingen wel degelijk werden uitgevoerd. In dit dossier is het aantal aangerekende verstrekkingen al sedert 2016 in ruime mate verhoogd. De verzekerde heeft ook te maken met een ernstig ziektebeeld (baarmoederhalskanker).

Op basis van de elementen in het dossier kon bijgevolg niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld dat de aangerekende prestaties niet werden uitgevoerd. De gerede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde NX..., speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde NX..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 3.856,09 euro dient niet te worden terugbetaald.

72 Verzekerde OX... (°1970) verklaarde op 20 augustus 2019:

- dat hij veel last heeft van bronchitis en ruglast en dat bij een verschot de huisarts aan huis komt; dit gebeurt een 3-tal keer per jaar;
- dat hij voor bronchitis en medicatie naar de huisarts gaat; dit gebeurt een 5-tal keer per jaar;
- dat hij tot een jaar geleden de dokter betaalde en een GVVH ontving voor het ziekenfonds; sinds vorig jaar betaalt hij enkel de opleg;
- dat hij ook voor andere zaken naar de huisarts gaat, zij doet de opvolging van heel zijn gezondheidstoestand.

De Kamer van beroep stelt vast dat de prestaties die contant werden aangerekend, overeenkomen met de verklaring van de verzekerde. Daarnaast wordt vanaf 2017 echter ook een groot aantal prestaties aangerekend via de derdebetalersregeling, soms tot 6 à 8 contacten per maand.

Deze prestaties worden niet verklaard op basis van de gegevens uit het patiëntendossier die vaak melding maken van banale klachten die ook veelvuldig voorkomen bij de andere patiënten van appellante. De prestaties die gepaard gingen met het afleveren van medicatie, werden daarentegen niet ten laste gelegd.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel prestaties noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 986,70 euro.

73 Verzekerde PX... (°1948) verklaarde op 20 augustus 2019:

- dat zij elk jaar naar de huisarts gaat voor een bloedafname; daarnaast gaat zij niet systematisch elke maand; soms gaat zij meerdere maanden niet; de huisarts schrijft wel haar medicatie voor;
- dat zij zelf naar de raadpleging gaat, op afspraak;
- dat zij de laatste keer (in mei of juni 2019) enkel het remgeld diende te betalen; daarvoor betaalde zij de dokter en kreeg zij een GVVH.

Uit het dossier blijkt dat, in tegenstelling tot wat de verzekerde verklaart, sedert oktober 2017 zowel contant als via de derdebetalersregeling werd aangerekend. De contant betaalde prestaties komen overeen met de verklaring van de verzekerde, hebben o.m. betrekking op bloedafnames en gaan gepaard met het afleveren van medicatie. Vanaf oktober 2017 zijn echter ook raadplegingen aangerekend via de derdebetalersregeling en dit tussen de 3 à 5 keer per maand.

Deze prestaties worden niet verklaard op basis van de gegevens uit het patiëntendossier die vaak melding maken van “controles”, terwijl hiervoor niet eerst onderzoeken of behandelingen vermeld werden. Voor een aantal

aangerekende prestaties is er zelfs niets opgetekend in het patiëntendossier.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan motivering waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 789,20 euro.

74 Verzekerde QX... (°1947) verklaarde op 20 augustus 2019:

- dat de huisarts meestal aan huis komt, behalve in zeldzame gevallen voor een bloedafname; dan gaan zij en haar echtgenoot (= verzekerde RX...) op raadpleging;
- dat de huisarts de laatste jaren 1 keer per 2 maanden komt voor beide patiënten samen;
- dat zij meer komt als er bij één van hen "iets speciaals" is;
- dat zij enkele jaren geleden een infarct had en dat de huisarts dan wel meer geweest is; in 2018 is de huisarts ook meer geweest naar aanleiding van een longontsteking waarvoor de verzekerde gehospitaliseerd is geweest; toen is appellante op dringend huisbezoek gekomen;
- dat zij de laatste 2 jaar enkel de opleg aan de huisarts moet betalen;
- dat het uitzonderlijk is dat de huisarts meerdere keren per week komt; gedurende enkele maanden meerdere keren per week, dat gebeurt niet.

De Kamer stelt vast dat er sedert 2016 aangerekend werd via de derde-betalersregeling en dat gedurende de helft van de onderzochte periode (= 12 maanden) 10 of meer contacten per maand werden aangerekend, wat volledig in tegenspraak is met de verklaring van de verzekerde.

Appellante wijt het grote aantal aangerekende prestaties aan het feit dat de verzekerde en haar echtgenoot (die inmiddels overleden is) vele medische klachten hadden. Hoewel dit effectief blijkt uit de patiëntendossier, is het – naar het oordeel van de Kamer van beroep – niet te verklaren waarom appellante soms tot 4 dagen op rij afwisselend voor beide echtgenoten huisbezoeken aanrekende voor klachten die bij hen beiden gelijktijdig konden behandeld, gecontroleerd of opgevolgd worden (bv. overgeven en diarree, rugpijn).

Gelet op de overeenstemmende elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellant dient deze terug te betalen voor een bedrag van 1.434,14 euro.

75 Verzekerde SX... (°1955) staat onder bewind voering. Zijn zus, mevrouw TX..., verklaarde op 23 juli 2023:

- dat zij al 10 jaar voor appellante werkt als poetsvrouw; zij gaat er 2 keer per week poetsen; appellante is niet haar huisarts, maar wel deze van haar broer SX... en zus UX...;
- dat appellante raadplegingen houdt in de voormiddag en in de avond (van

- 18u tot 22u);
- dat appellante regelmatig een medicatievoorschrift meegeeft voor zowel SX... als UX...;
 - dat appellante voor SX... aan huis komt voor een bloedafname, gewoonlijk 2 keer per jaar;
 - dat UX... en SX... nooit moeten betalen; appellante regelt alles zelf met het ziekenfonds.

In weerwil van wat mevrouw TX... heeft verklaard, werden vanaf 2016 systematisch veel meer (dringende) huisbezoeken aangerekend.

Appellante beweert evenwel dat TX..., omwille van een familiale ruzie, tot oktober 2017 niet meer bij haar moeder – en dus ook niet meer bij UX... en SX... – over de vloer is geweest. Haar verklaringen over de periode van vóór oktober 2017, zijn onjuist. Appellante stelt dat zij toen wel telkens voor zowel SX..., TX... als voor hun moeder op huisbezoek kwam.

De Kamer van beroep stelt vast dat appellante terecht aanhaalt dat het patiëntendossier van deze verzekerde voor de jaren 2016 en 2017 niet werd opgevraagd en voorgelegd. Bijgevolg kon de arts-inspecteur van geïntimeerde de hierin vermelde gegevens niet toetsen.

De ten laste gelegde prestaties die betrekking hebben op de periode vóór 1 januari 2018 zijn aldus als niet bewezen.

Met betrekking tot de aangerekende ten laste gelegde prestaties vanaf 2018, stelt de Kamer van beroep vast dat – in weerwil van de duidelijke verklaring van mevrouw TX... die vanaf toen wel voor haar broer en zus zorgde – er maar liefst 35 huisbezoeken en 11 huisbezoeken bij 2 verzekerden werden aangerekend.

Deze prestaties worden niet verklaard op basis van de gegevens uit het patiëntendossier die vaak melding maken van banale klachten en/of “controles” waarbij verder geen onderzoeken of behandelingen vermeld staan.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de zus van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) vanaf 2018 voldoende bewezen zijn en aldus ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient de ten onrechte aangerekende prestaties terug te betalen voor een bedrag van 1.429,23 (34x nomenclatuurnummer 103132 = 1.179,12 euro en 9x nomenclatuurnummer 103412 = 250,11 euro).

76 Verzekerde UX... (°1959) staat onder bewind voering. Haar zus, mevrouw TX..., verklaarde op 23 juli 2023:

- dat UX... dagelijks eten krijgt van het OCMW en ook dagelijks gewassen wordt;
- dat zij al 10 jaar voor appellante werkt als poetsvrouw; zij gaat er 2 keer per

- week poetsen; appellante is de huisarts van haar broer SX... en zus UX...;
- dat zij om de 3 maanden met UX... naar de huisarts gaat (voor een spuit); zij regelt de afspraak en gaat UX... thuis ophalen met de auto; vroeger kwam de dokter wel aan huis maar omdat zij zoveel werk had, stelde TX... voor om met UX... naar de praktijk te komen;
- dat appellante regelmatig een medicatievoorschrift meegeeft voor zowel SX... als UX...;
- dat UX... en SX... nooit moeten betalen; appellante regelt alles zelf met het ziekenfonds.

Appellante beweert evenwel dat TX..., omwille van een familiale ruzie, tot oktober 2017 niet meer bij haar moeder – en dus ook niet meer bij UX... en SX... – over de vloer is geweest. Haar verklaringen over de periode van vóór oktober 2017, zijn onjuist. Appellante stelt dat zij toen wel telkens voor zowel SX..., TX... als voor hun moeder op huisbezoek kwam.

De Kamer van beroep stelt vast dat appellante terecht aanhaalt dat het patiëntendossier van deze verzekerde voor de jaren 2016 en 2017 niet werd opgevraagd en voorgelegd. Bijgevolg kon de arts-inspecteur van geïntimeerde de hierin vermelde gegevens niet toetsen. Bovendien had geïntimeerde meer gedetailleerde informatie kunnen bekomen voor deze periode indien zij de thuisverpleegster had verhoord. De ten laste gelegde prestaties die betrekking hebben op de periode vóór 1 januari 2018 zijn aldus als niet bewezen.

Met betrekking tot de aangerekende en ten laste gelegde prestaties vanaf 2018, stelt de Kamer van beroep vast dat – in weerwil van de duidelijke verklaring van mevrouw TX... die vanaf toen wel voor haar broer en zus zorgde – er maar liefst 45 huisbezoeken en 11 huisbezoeken bij 2 verzekerden werden aangerekend. Er werden daarentegen geen raadplegingen aangerekend hoewel appellante erkent dat dat TX... driemaandelijks met haar zus op raadpleging komt voor een inspuiting.

Geïntimeerde geeft in haar gevalsbespreking aan dat zij 10 contacten per maand aanvaardt. Appellante voert geen elementen aan die erop zouden kunnen wijzen dat er nog meer prestaties werden uitgevoerd. Alleszins wordt dit niet bewezen op basis van de gegevens uit het patiëntendossier die vaak melding maken van banale klachten en/of “controles” waarbij verder geen onderzoeken of behandelingen vermeld staan.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de zus van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen), vanaf 2018 voldoende bewezen zijn en aldus ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient de ten onrechte aangerekende prestaties terug te betalen voor een bedrag van 1.938,76 euro (43x nomenclatuurnummer 103132 = 1.529,08 euro en 8x nomenclatuurnummer 103412 = 227,92 euro en 4 x nomenclatuurnummer 104215 = 181,76 euro).

77 Verzekerde Rudy VX... (°1959) verklaarde op 20 augustus 2019:

- dat hij meestal op raadpleging gaat; 1 keer om de 2 à 3 jaar komt de huisarts op huisbezoek;
- dat appellante zijn medicatie voorschrijft;
- dat hij maximaal een 10-tal keer op raadpleging gaat bij de huisarts, altijd op afspraak;
- dat hij altijd volledig cash betaalde, maar de laatste keer alleen het remgeld; hij diende ook een klevertje af te geven; hij kreeg geen GVVH mee; het is nog niet gebeurd dat hij niets moest betalen.

Het aantal aangerekende contacten via contante betaling komt overeen met de verklaring van de verzekerde en met de aflevering van medicatie. Vanaf oktober 2017 worden daarnaast ook (veel) raadplegingen aangerekend via de derdebetalersregeling.

Waar appellante stelt dat de verzekerde kampte met ernstige psychische problemen en er voor hem ook afwezigheidsattesten werden afgeleverd waarvoor een consulatie vereist was, stelt de Kamer van beroep vast dat deze 4 attesten afgeleverd werden op het ogenblik dat een raadpleging contant werd aangerekend.

Niettemin blijkt uit het patiëntendossier ook dat deze verzekerde te kampen had met een ernstige psychiatrische problematiek die bij wijlen acuut bleek en waarvoor hij zelfs opgenomen wenste te worden; bij gebrek aan plaats, was dit niet mogelijk.

Bijgevolg kan niet uitgesloten worden dat de verklaring van de verzekerde niet volledig waarheidsgetrouw was. Het is ook best mogelijk dat wanneer zijn psychische toestand precair was, appellante prestaties uitvoerde en aanrekende via de derdebetalersregeling.

Op basis van de elementen in het dossier kan bijgevolg niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld dat de aangerekende prestaties niet werden uitgevoerd. De gerede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde VX..., speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde VX..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 776,04 euro dient niet te worden terugbetaald.

78 Verzekerde WX... (°1955) verklaarde op 22 augustus 2019:

- dat zij nooit veel ziek is geweest, maar dat zij half juli een probleem had met haar enkel waarvoor appellante meerdere keren aan huis is geweest;
- dat zij meestal zelf op raadpleging gaat, voor kinevoorschrift en bloedcontrole;
- dat zij zeker niet elke maand naar de huisarts gaat;
- dat zij sedert 2017 enkel het remgeld betaalt (1 euro bij raadpleging, 2 euro bij huisbezoek) en geen GVVH meer krijgt; zij geeft wel een klevertje af;
- dat appellante nog niet dringend is moeten komen, mogelijks enkel voor haar

val in juli 2018.

Zolang gewerkt werd met contante betalingen, komen de aangerekende consultaties overeen met de verklaring van de verzekerde en de met de aflevering van medicatie. Vanaf augustus 2017 worden praktisch enkel nog huisbezoeken aangerekend. Appellante stelt dat dit het gevolg is van het feit dat de verzekerde het statuut “verhoogde terugbetaling” heeft.

De talrijke huisbezoeken (8 in 2017 en 27 in 2018) worden – behoudens in de periode van de val van de verzekerde – niet verklaard op basis van de gegevens uit het patiëntendossier die vaak melding maken van banale klachten die ook veelvuldig voorkomen bij de andere patiënten van appellante. Daarentegen werden de prestaties die gepaard gingen met het afleveren van medicatie, niet ten laste gelegd.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel prestaties noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 1.289,03 euro.

79 Verzekerde XX... (°1953) verklaarde op 22 augustus 2019:

- dat de huisarts pas vanaf augustus 2019 op huisbezoek komt; voordien ging hij steeds zelf op raadpleging na afspraak; de afspraak werd gemaakt na een bezoek aan de praktijk;
- dat hij en zijn echtgenote afwisselend apart op raadpleging gingen;
- dat hij in februari 2018 geopereerd werd; voor de operatie is hij dikwijls gevallen; dat is de reden waarom de dokter nu aan huis komt;
- dat sinds zijn brugpensioen enkel de opleg werd betaald aan de huisarts en dat zowel voor hem als voor zijn echtgenote telkens 2 klevertjes worden afgegeven.

De Kamer van beroep stelt vast dat de verklaring van deze verzekerde over het afleggen van huisbezoeken tegenstrijdig is. Enerzijds zou appellante slechts vanaf augustus 2019 op huisbezoek komen; anderzijds kwam zij ook in 2018 op huisbezoek naar aanleiding van het feit dat hij vóór zijn operatie frequent viel. Bovendien legt appellante verslagen neer van specialisten waaruit blijkt dat de verzekerde na zijn operatie nog frequent viel. Hij kon omwille van neurologische problemen ook niet meer met de wagen rijden.

De Kamer van beroep stelt vast dat in het verleden al veel prestaties werden aangerekend voor deze verzekerde: 37 in 2015, 32 in 2016, 38 in 2017 en 59 in 2018. De stijging in 2018 is mogelijk te verklaren door de valproblematiek.

Op basis van de elementen in het dossier kan bijgevolg niet met voldoende

zekerheid worden vastgesteld dat de aangerekende prestaties niet werden uitgevoerd. De gereede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde XX..., speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde XX..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 3.581,94 euro dient niet te worden terugbetaald.

80 Verzekerde YX...(°1944) is de echtgenoot van verzekerde XE... die op 6 augustus 2018 verklaarde dat hij voor zichzelf 2 keer per jaar naar de huisarts gaat.

Appellante werpt terecht op dat deze verklaring uiterst beperkt is. Anderzijds blijkt uit het neergelegde patiëntendossier dat voor deze verzekerde slechts 5 contacten in zijn patiëntendossier vermeld staan. Voor 7 raadplegingen wordt geen spoor teruggevonden.

Ondanks de verklaring van de verzekerde en de weinige vermeldingen in het patiëntendossier, aanvaardde geïntimeerde in de periode van 4 oktober 2016 tot 3 oktober 2018 11 raadplegingen op 24 maanden (= het dubbele van wat de echtgenote van de verzekerde heeft verklaard).

Gelet op de elementen in het dossier, is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze terug te betalen voor een bedrag van 285,72 euro.

81 Verzekerde ZX... (° 1943) verklaarde op 22 augustus 2019:

- dat appellante zijn (talrijke) medicatie voorschrijft;
- dat hij ongeveer om de 2 maanden op raadpleging gaat; dat is al een aantal jaren zo en dit is constant gebleven; hij maakt hiervoor een afspraak over de telefoon;
- dat hij aan de huisarts het remgeld betaalt (4 euro) en een klevertje afgeeft; dat gebeurt nog niet zo lang; daarvoor betaalde hij het volledige bedrag;
- dat hij een tijd een verhoogde tegemoetkoming genoot en dat hij toen ook alleen de opleg betaalde.

De Kamer van beroep stelt vast dat er tot september 2017 een paar contacten per jaar werden aangerekend, wat overeenkwam met de verklaring van de verzekerde. Vanaf oktober 2017 zijn naast deze waarvoor contant betaald werd, ook een groot aantal prestaties aangerekend via de derdebetalersregeling (maar liefst 42 raadplegingen in 2018).

Voor deze laatste prestaties is geen verklaring terug te vinden in het patiëntendossier van de verzekerde dat vaak melding maakt van banale klachten die bij veel patiënten terug te vinden zijn en /of van “controles” zonder dat hierbij verwezen wordt naar onderzoeken of behandelingen.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de

verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel raadplegingen noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 946,84 euro.

82 Verzekerde AXX... (°1964) verklaarde op 22 augustus 2019:

- dat hij altijd zelf op raadpleging gaat; de dokter is de laatste jaren 2 keer aan huis geweest;
- dat hij ongeveer 4 keer per jaar naar de huisarts gaat voor medicatievoorschriften en spuiten.

De Kamer van beroep stelt vast dat deze verzekerde tot september 2017 5 tot 10 keer per jaar op raadpleging ging. Deze prestaties werden contant aangerekend. Vanaf oktober 2017 is het aantal aangerekende contacten spectaculair gestegen (4 raadplegingen in oktober 2017, 7 raadplegingen in november 2017). De stijging in het aantal aangerekende verstrekkingen vindt geen weerslag in de aflevering van medicatie. Vanaf maart 2018 worden vrijwel nog enkel huisbezoeken aangerekend. Vanaf oktober 2017 wordt enkel aangerekend via de derdebetalersregeling.

Appellante stelt dat er, in tegenstelling tot wat de verzekerde beweert veel huisbezoeken plaatsvonden die noodzakelijk waren omdat hij kampte met een ernstige depressie. Nochtans wordt in het patiëntendossier veelal een andere verklaring gegeven voor de huisbezoeken; hierin worden klachten vermeld die ook steeds bij andere verzekerden terugkeren. De verergering van de psychische problematiek met opname van de verzekerde, deed zich overigens slechts in 2019 voor. De verzekerde was hier heel open over tijdens zijn verhoor. Deze problematiek was bijgevolg nog niet relevant voor de aanrekeningen in 2018.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel prestaties noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient deze prestaties terug te betalen voor een bedrag van 1.293,20 euro.

83 Verzekerde U... (°1948) verklaarde op 22 augustus 2019:

- dat zij met haar echtgenoot ongeveer 1 keer per maand met de auto op raadpleging gaat bij appellante, gewoonlijk 's morgens; als er voorschriften worden afgeleverd gaan zij die de zelfde dag nog halen bij de apotheker;
- dat de dokter zelden aan huis komt, wel 1 keer als zij een rugprobleem had en niet meer recht kon geraken;
- dat zij lijdt aan chronische bronchitis en de huisarts hiervoor medicatie voorschrijft;
- dat zij telkens samen binnengaan bij de dokter; zij laten om de 3 maanden bloed trekken.

Geïntimeerde erkent dat de verzekerde achteraf nog heeft verklaard dat er wel eens huisbezoeken werden uitgevoerd, maar dan voor de echtgenoot van de verzekerde (= de heer T...). De verzekerde vermeldde later ook dat zij sedert begin 2015 pijnstillers liet voorschrijven voor haar dochter. Geïntimeerde aanvaardde niettemin alle raadplegingen en huisbezoeken die gepaard gingen met de aflevering van medicatie.

Rekening houdende met deze vaststelling, is de Kamer van beroep van oordeel dat op basis van de verklaringen van de verzekerde geen correcte vaststellingen kunnen worden gedaan.

Appellante verwijst bovendien naar de uitgebreide psychische voorgeschiedenis van de verzekerde, alsook naar haar medicatieverslaving en alcoholmisbruik. Er zouden veel huisbezoeken plaatsgevonden hebben omdat zij onder invloed was en hierdoor vaak viel.

Geïntimeerde wijst terecht op bepaalde discordanties tussen de vermeldingen in het patiëntendossier en specialistische verslagen.

Bij gebrek aan de mogelijkheid om correcte vaststellingen te doen op basis van de verklaring van de verzekerde en gelet op de beperkte elementen in het dossier, kan voor deze verzekerde niet met voldoende zekerheid worden vastgesteld dat de aangerekende raadplegingen en huisbezoeken niet werden uitgevoerd. De gerede twijfel die zich manifesteert nopens de vaststellingen over verzekerde U..., speelt in het voordeel van appellante.

De tenlastelegging is voor wat de prestaties betreft die appellante aanrekende voor verzekerde U..., onvoldoende bewezen. Het ten laste gelegde bedrag van 1.027,87 euro dient niet te worden terugbetaald.

84 Verzekerde BXX... (°1964) verklaarde tijdens haar verhoor op 23 juli 2019:

- dat de verpleegkundige haar om de 2 weken een inspuiting komt geven en dat deze zorgen voorgeschreven worden door haar huisarts;
- dat appellante nooit aan huis komt; 2 à 3 jaar geleden is zij wel eens op huisbezoek geweest;
- dat zij 1 à 2 keer per maand naar de huisarts gaat, als zij een klacht heeft, de medicatie op is of bloed moet laten trekken; zij gaat zeker niet elke week naar de huisarts;
- dat zij sedert 2018 nog enkel het remgeld betaalt van 4 euro en een klevertje van het ziekenfonds afgeeft.

De aanrekeningen via contante betaler stemmen volledig overeen met de verklaring van de verzekerde (tot begin 2018). Van zodra er via de derdebetalersregeling wordt aangerekend, stijgt het aantal aangerekende prestaties spectaculair (49 raadplegingen in 2018), hetzij 1 raadpleging per week.

Het ontslag van de verzekerde op het werk dateert van midden 2019. Dit verantwoordt de stijging van het aantal aangerekende raadplegingen in 2018 niet. In het patiëntendossier ontbreken ook vaak de tijdstippen van de

consultaties.

Appellante stelt dat er, in tegenstelling tot wat de verzekerde beweert veel bijkomende klachten waren (problemen op het werk). Nochtans wordt veelal een andere verklaring gegeven voor de raadplegingen, met name worden de klachten vermeld die ook steeds bij andere verzekerden terugkeren.

Gelet op de elementen in het dossier (o.m. de duidelijke verklaring van de verzekerde en het gebrek aan vermelding waarom zoveel prestaties noodzakelijk waren), is de Kamer van beroep van oordeel dat de ten laste gelegde prestaties (inclusief avondsupplementen) ten onrechte werden aangerekend omdat deze niet werden uitgevoerd. Appellante dient de ten onrechte aangerekende prestaties terug te betalen voor een bedrag van 721,17 euro.

Algemene overwegingen

85 In tegenstelling tot wat appellante beweert, zijn de verklaringen van de verzekerden in de meeste gevallen zeer helder en duidelijk. Waar dit niet het geval was, heeft de Kamer van beroep hiermee geen rekening gehouden en appellante het voordeel van de twijfel gegeven.

Van de bewering dat de arts-inspecteur van geïntimeerde de verhoorde verzekerden zou hebben gemanipuleerd, is geen bewijs terug te vinden in het dossier. Uit geen enkel proces-verbaal van verhoor is gebleken dat de verhoorde persoon hierover opmerkingen zou hebben geformuleerd.

Tijdens het verhoor van appellante op 16 oktober 2019 was zij niet bereid om de dossiers van de verhoorde verzekerden (verder) te bespreken. Behalve van de eerste 4 verzekerden, is bijgevolg enkel het standpunt van de verzekerde vermeld.

De verklaringen van de verzekerden kwamen veelal overeen met de aanrekeningen via contante betaling en met de aflevering van medicatie, zodat deze als geloofwaardig konden worden geacht en bijgevolg als voldoende om een bewijs te leveren van de tenlastelegging.

86 Wanneer appellante stelt dat geïntimeerde geen rekening zou hebben gehouden met de inhoud van de medische dossiers die zij van haar patiënten bijhoudt, stelt de Kamer van beroep vast:

- dat de medische dossiers slechts uiterst summier werden ingevuld; zo werden er naar aanleiding van een onderzoek vrijwel nooit onderzoeksresultaten genoteerd; als er “controles” van bepaalde aandoeningen vermeld zijn, volgde geen rapportering van de gecontroleerde aandoeningen of letsels;
- dat bij sommige raadplegingen en huisbezoeken niets vermeld stond;
- dat in vele gevallen de aangerekende prestaties elkaar niet logisch opvolgen en dat het niet te verklaren is waarom op een zeer korte tijd verschillende prestaties werden aangerekend;
- dat van een groot aantal aangerekende prestaties zelfs geen enkel spoor terug te vinden is in deze dossiers;

- dat de agenda waarin appellante de afspraken met haar (chronische) patiënten noteerde, niet meer ter beschikking was, zodat ook deze niet kon geraadpleegd worden om de correcte aanrekening van prestaties te controleren;
- dat wanneer appellante stelt dat het elektronisch medisch dossier nog niet verplicht was voor de gehele onderzochte periode van 4 oktober 2016 tot en met december 2018, heeft zij geen andere dossiers overgemaakt waarmee de bewezen verklaarde prestaties konden worden weerlegd; het getuigt niet van een behoorlijke en correcte patiënten opvolging om geen back-up te voorzien van de oudere medische dossiers wanneer er midden 2018 overgeschakeld werd naar een nieuw programma.

In tegenstelling tot wat geïntimeerde beweert, werden de aangerekende prestaties waarvoor wel een aannemelijke verklaring vermeld werd in het patiëntendossier (met verwijzing naar specialistische verslagen of een verifieerbare behandeling) niet ten laste gelegd.

Waar appellante beweert dat enkel “afwijkende waarden” werden vermeld, stelt de Kamer van beroep vast dat er stevast geen waarden genoteerd werden. Bovendien wordt soms verwezen naar het “bespreken, de opvolging of de controle van parameters”, terwijl van het afnemen ervan geen spoor terug te vinden is en deze dus volgens appellante “normaal/niet-afwijkend” waren.

Een dergelijke inefficiënte controle/opvolging is hoogst ongebruikelijk. Meer aannemelijk is in dit geval dat deze controles nooit werden uitgevoerd. Dit lijkt des te meer het geval als ook de verzekerden hiervan geen melding maakten tijdens hun verhoor.

Niettemin heeft geïntimeerde in de bewezen verklaarde gevallen vaak meer prestaties aanvaard dan deze die strikt op basis van de verklaringen van de verzekerden konden worden aangerekend. Enkel manifest vastgestelde niet-uitgevoerde prestaties werden ten laste gelegd. Bij twijfel (bv. wanneer er sprake was van dementie, alcoholverslaving en/of duidelijk gedocumenteerde problematieken) achtte de Kamer van beroep de tenlastelegging niet bewezen.

87 De gehanteerde methode van de “kruisvergelijking van consultaties/huisbezoeken en het afhalen van medicatie”, is in het geheel van de bewijs-elementen een element dat wel degelijk in overweging kon worden genomen. Dit geldt des te meer als de gegevens van de verzekeringsinstellingen over het afleveren van medicatie overeenkomen met de inhoud van de verklaringen van de verzekerden en met het aanrekenen van prestaties via contante betaling.

Op basis van de samenlezing van deze elementen, kon er aldus met voldoende zekerheid worden vanuit gegaan dat de aangerekende prestaties die gepaard gingen met het afleveren van medicatie, wel werden uitgevoerd en aldus mochten worden aangerekend.

Wanneer er echter werd vastgesteld dat een onrealistisch hoog aantal prestaties werd aangerekend via de derdebetalersregeling, er voor deze prestaties geen duidelijk aanknopingspunt terug te vinden was in de verhoren van de

verzekerden, noch in de patiëntendossiers en er evenmin een aflevering van medicatie werd teruggevonden, kon dit – naar het oordeel van de Kamer van beroep – wel als een voldoende bewijs van de tenlastelegging worden aanvaard.

De Kamer van beroep wijst er overigens op dat de aangerekende prestaties die niet gepaard gingen met het afleveren van medicatie, maar wel met medische handelingen waarvan melding werd gemaakt door de verzekerden tijdens hun verhoor (o.m. bloedafnames, inspuitingen, enz.) niet ten laste gelegd werden. Het is bijgevolg onjuist om te stellen dat alle prestaties die niet gepaard gingen met het afleveren van medicatie zonder meer ten laste werden gelegd.

88 De Kamer van beroep stelde daarnaast vast dat het “verwijderen van wratten” bij 36 verzekerden in de patiëntendossiers werd vermeld en hiervoor 164 consultaties werden aangerekend, terwijl geen enkele van de verhoorde verzekerden heeft vermeld dat hij/zij voor deze behandeling naar de huisarts ging. Nochtans spraken zij wel zeer openlijk over al hun andere aandoeningen en problemen.

89 De kamer van beroep volgt de redenering van appellante inzake het door elkaar gebruiken van cash-aanrekenen en de derdebetalersregeling niet. Het is niet aannemelijk dat appellante indien zij van haar patiënt verneemt dat hij/zij voor een bepaalde tijd een bepaalde zorgstatuut toegewezen krijgt, dit niet vermeldt in haar patiëntendossier, noch in haar softwaresysteem. In deze gevallen werden vaak meerdere prestaties per maand aangerekend zodat het weinig aannemelijk is dat zowel appellante als de patiënt zouden vergeten zijn dat hij/zij in aanmerking kwam voor dit statuut. Dit vreemde aanrekeninggedrag louter afdoen als een softwareprobleem is derhalve niet correct.

Uit het dossier blijkt niet dat de aanrekeningen via derde betaler in een bepaalde periode gebeurden en vervolgens nadien niet meer. Integendeel, uit alle bewezen verklaarde dossiers blijkt dat appellante bij de onderzochte verzekerden vanaf eind 2017 en in 2018 systematisch een hoog aantal prestaties aanrekende via de derdebetalersregeling terwijl hiervoor noch in de verklaringen van de verzekerden, noch in haar patiëntendossiers een aanvaardbare verklaring terug te vinden was.

90 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 appellante bewezen zijn voor een totaal bedrag van 65.731,36 euro. Appellante wordt veroordeeld tot terugbetaling van dit bedrag aan geïntimeerde (= aanvankelijke eisende partij).

Het hoger beroep van appellante is in deze mate gegrond.

6.2.1.2. Tenlastelegging 2: het aanrekenen van niet-conforme verstrekkingen

91 Onder tenlastelegging 2 wordt aan appellante ten laste gelegd dat zij in de periode van 3 november 2016 tot en met 31 december 2018 (datum van ontvangst door de VI's), betreffende prestaties verricht in de periode van 23 maart 2016 tot en met 21 december 2018 reglementaire documenten die de terugbetaling toelaten van de geneeskundige verstrekkingen heeft opgesteld, laten opstellen, afgeleverd of laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in de GVO-wet, haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen, in de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet. Meer bepaald werd nomenclatuurnummer 104215 (= bezoek afgelegd tussen 18 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 zou zijn geweest.

Artikel 73bis, § 1, 2° van de GVO-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: 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 GVO-wet bepaalt verder:

Onverminderd eventuele strafrechtelijke- en/of tuchtrechtelijke sancties, worden de zorgverleners en gelijkgestelden die zich niet schikken naar de bepalingen van artikel 73bis de hiernavolgende maatregelen opgelegd: 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 73bis, 2°.

De tenlastelegging heeft betrekking op volgende bepalingen van de nomenclatuur:

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

Art. 2. - C. Bezoeken

103132	Bezoek door de huisarts	N5,6 + D4 + E1
104215	Bezoek afgelegd tussen 18 en 21 uur door de huisarts	N5,6 + D11,99 + E1

Art. 2. - F. Algemene bepalingen

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 geneesheer om persoonlijke redenen een voor het publiek toegankelijke raadpleging houdt, ontvangt na afspraak of **bezoeken aflegt op de hiervoor vermelde dagen en uren; hetzelfde geldt wanneer die verstrekkingen tijdens diezelfde periodes worden verricht ten gevolge van een bijzondere eis van de patiënt.**

92 De Kamer van beroep wijst er vooreerst op dat de bewering van appellante als zouden bij de ten laste gelegde prestaties “vele verplichte wachtdiensten zitten, waaronder prestaties verricht ’s avonds tussen 21u en 8u en tijdens het weekend”, niet correct is. Voor deze prestaties kunnen immers andere nomenclatuurnummers worden aangerekend, met name 104230 (= bezoek afgelegd tussen 21 en 8 uur door de huisarts) en 104252 (= bezoek afgelegd op een zaterdag, een zondag of een feestdag, tussen 8 en 21 uur, door de huisarts). Uit het proces-verbaal van vaststelling blijkt niet dat de tenlastelegging betrekking heeft op deze nomenclatuurnummers.

93 Voor het bewijs van de tweede tenlastelegging verwijst geïntimeerde naar de verklaring van appellante die ondersteund zou worden door de verklaringen van de ondervraagde verzekerden.

Appellante betwist echter dat de tenlastelegging op basis hiervan afdoende bewezen zou zijn.

94 In verband met de aanrekening van nomenclatuurnummer 104215 verklaarde appellante tijdens haar verhoor op 16 oktober 2019:

“U zegt dat ik veel dringende huisbezoeken heb tussen 18 en 21 uur. Deze huisbezoeken worden aangevraagd tussen 19 en 20 uur. Deze huisbezoeken zijn niet dringend maar worden dan wel aangevraagd omdat ik dan een beluur heb. U leest mij de nomenclatuur voor in verband met nummer 104215. Ik wist niet dat die huisbezoeken dringend moesten zijn. Op het document dat ik krijg van Domus Medica staat dit niet vermeld. De patiënt eist wel dat ik kom.”

Op basis van de initiële verklaring van appellante, blijkt *prima facie* dat zij de nomenclatuebepaling die zij toepaste niet kende en aldus verkeerd toepaste.

95 Niettemin wordt ook vastgesteld dat appellante op het ogenblik van haar verhoor nog niet wist welke prestaties haar concreet ten laste zouden worden gelegd, zodat zij zich hierop niet kon verdedigen.

Bovendien voert appellante in conclusies aan dat het proces-verbaal van verhoor van 16 oktober 2019 haar verklaringen niet correct heeft weergegeven. Zij betwist dat zij erkend zou hebben dat zij het nomenclatuurnummer 104215 verkeerd gebruikte. Zij beweert verder dat het pv van verhoor een foutieve weergave van de werkelijkheid heeft gegeven. Zij zou aangegeven hebben dat er onwaarheden werden genoteerd en dat woorden en zinnen volledig uit hun context werden gerukt. Om deze reden zou zij geweigerd hebben om een gevalsbespreking van haar patiënten te doen. Initieel wou zij het pv van haar verhoor niet ondertekenen, maar zij deed dit toch op aanraden van haar voormalige raadsman. Deze staat haar nu niet langer bij.

96 Het feit dat een verhoorde weigert te ondertekenen, betekent nog niet dat het proces-verbaal van verhoor zijn waarde verliest (W. VAN EECKHOUTTE, “De opsporing van sociaalrechtelijke misdrijven” in Sociaal Strafrecht, G. VAN LIMBERGHEN (ed.), Antwerpen, Maklu 1998, p. 191).

De processen-verbaal van verhoor binden de “rechter” evenwel niet. De Kamer van beroep kan aldus op onaantastbare wijze de bewijswaarde ervan beoordelen (Cass. 19 oktober 2005, P.05.1182). De bepalingen inzake de bijzondere bewijskracht van een proces-verbaal van vaststelling gelden alleen voor de materiële vaststellingen die de opstellers van het proces-verbaal regelmatig hebben gedaan en vermeld in de akte (Cass. 20 maart 2000, RW 2000-2001, 623). De inhoud van de verklaring afgelegd door de overtreder naar aanleiding van het onderzoek valt hier niet onder, omdat het niet gaat over zaken die zintuiglijk zijn waargenomen door de verbalisant. Inzake de verklaringen geldt de bijzondere bewijswaarde enkel in die zin dat een proces-verbaal bewijst dat de verklaringen werden afgelegd zoals deze werden opgetekend, zolang het tegendeel hiervan niet bewezen is (W. VAN EECKHOUTTE, “De opsporing van sociaalrechtelijke misdrijven” in Sociaal Strafrecht, G. VAN LIMBERGHEN (ed.), Antwerpen, Maklu 1998, p. 197). De Kamer van beroep stelt dienaangaande vast dat appellante weliswaar opwerpt dat haar verklaringen niet correct werden weergegeven, maar zij heeft hiervan geen bewijs geleverd.

97 De Kamer van beroep wijst er verder op dat de bepalingen van de nomenclatuur de openbare orde aanbelangen (Cass. 20 november 2017, C. 15.0213.N).

Een bekentenis kan niet slaan op zaken waarover de wet niet toelaat te beschikken of waarover geen dading mag worden aangegaan. De bekentenis van een feit dat een beslissend gegeven uitmaakt voor de al dan niet toepasselijkheid van een wet van openbare orde, mag dienvolgens door de rechter niet worden aangenomen (Cass. 24 april 2006, S.04.0121.N). Hieruit volgt dat geen bekentenis mogelijk is met betrekking tot feitelijke elementen inzake de toepassing van de nomenclatuur.

De tenlastelegging kan aldus niet bewezen worden verklaard, louter op basis van de “bekentenis” van appellante naar aanleiding van haar verhoor. Niettemin betreft de verklaring van appellante een gewoon bewijselement waarvan de Kamer van beroep de bewijswaarde beoordeelt (cf. *supra*).

Naar het oordeel van deze Kamer is de verklaring van appellante op zichzelf onvoldoende om de tenlastelegging als afdoende bewezen te verklaren.

98 Tenlastelegging 2 heeft betrekking op 2.848 verstrekkingen op naam van 365 verzekerden.

Voor 19 van deze 365 verzekerden werd er een verhoor afgenomen (hetzij van de verzekerde zelf, hetzij van een naast familielid).

Voor 6 van de 19 verzekerden wordt de tenlastelegging niet bewezen geacht bij

gebrek aan voldoende duidelijke elementen in het dossier, met name voor XD..., XU..., DX..., NX..., UX... (de tenlastelegging heeft betrekking op 1 prestatie in 2017) en U....

Voor 13 van de 19 verzekerden wordt de tenlastelegging wel bewezen verklaard op basis van de overeenstemmende elementen in de verklaringen van appellante en de verzekerden, met name voor G... (9,21 euro), K... (4 x 9,72 euro = 38,88 euro), R... (9,72 euro), W... (5,41 euro), XB... (2x 10,51 euro + 10,76 euro = 31,78 euro), XC... (10,59 euro + 4x 10,76 euro = 53,63 euro), XE... (2x 9,21 euro + 5x 5,41 euro = 36,26 euro), XM... (10,76 euro), XN... (4x 10,76 euro), XL... (10,59 euro + 4x 10,76 euro = 53,63 euro), AX... (9,21 euro), CX... (9,21 euro) en AXX... (2x 10,76 euro = 21,52 euro), hetzij in totaal 332,26 euro (na toepassing van de verschilregel).

Het dossier bevat verder geen elementen op basis waarvan de tenlastelegging verder werd ondersteund.

Het is bovendien niet omdat appellante in haar (betwiste) verklaring zou hebben erkend dat zij niet wist dat zij het avondsupplement niet mocht aanrekenen, dat er daarom mag van uitgegaan worden dat alle aangerekende prestaties niet dringend waren, en al zeker niet bij de niet verhoorde verzekerden.

99 Op de zitting van 12 december 2023 voerde geïntimeerde – onder verwijzing naar artikel 146, §2/1 van de GvU-wet aan - dat zij de tenlastelegging kan bewijzen via steekproeftrekking en/of extrapolatie.

Artikel 146, § 2/1 van de GvU-wet bepaalt:

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

Deze methode bestaat uit :

- 1° het vaststellen van een steekproefkader door het identificeren en definiëren van een reeks onafhankelijke gevallen die onderzocht zullen worden;
- 2° het uitvoeren van een willekeurige steekproeftrekking uit dat steekproefkader teneinde een steekproef samen te stellen en het documenteren van de methode van steekproeftrekking;
- 3° het analyseren van de gevallen in deze steekproef en het berekenen binnen de steekproef van het percentage van de bedragen die onterecht zijn terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering;
- 4° het berekenen van de waarde waarvoor geldt dat de kans dat het percentage op populatieniveau dat men probeert te schatten, zich eronder bevindt, kleiner is dan 2,5 %;
- 5° het gebruiken van die waarde om het terug te vorderen bedrag te berekenen voor alle prestaties in het steekproefkader.

De methode op basis waarvan de tenlastelegging werd geformuleerd, werd noch in het proces-verbaal van vaststelling, noch in de gevalsbespreking toegelicht.

100 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 appellante slechts bewezen zijn voor een totaal bedrag van 332,26 euro. Appellante wordt veroordeeld tot terugbetaling van dit bedrag aan geïntimeerde (= aanvankelijke eisende partij).

Het hoger beroep van appellante is in deze mate gegrond.

6.2.2. De gevorderde administratieve geldboete

101 Het staat vast dat appellante inbreuken heeft gepleegd op de nomenclatuur door enerzijds verstrekkingen aan te rekenen die zij niet heeft uitgevoerd en door anderzijds een supplement voor dringende avondverstrekkingen aan te rekenen terwijl deze geen 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.

Aangezien de terugvordering in wezen het herstel betreft van een niet-verschuldigde betaling, kan deze niet worden gelijkgesteld met een onteigening in de zin van artikel 16 van de Grondwet. De administratieve geldboetes zoals bepaald in artikel 142 van de GvU-wet zijn voorzien van een minimum en een maximum (van 50% tot 200% van de waarde van de terugbetaling van de niet-uitgevoerde verstrekkingen en van 5% tot 150% van de waarde van de terugbetaling van de niet-conforme verstrekkingen). De administratieve geldboete staat aldus altijd in verhouding tot de waarde van de eerder onterecht aangerekende prestaties. Van een mogelijke schending van het recht op

eigendom zoals gewaarborgd door artikel 1 van het Eerste Aanvullend Protocol van het EVRM is bijgevolg geen sprake.

102 Bij het opleggen van de administratieve geldboete, houdt de Kamer van beroep rekening met de aard en de objectieve ernst van de bewezen verklaarde feiten, de omstandigheden waarin deze werden gepleegd, de persoonlijkheid, de sociale situatie en de antecedenten van appellante, 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 appellante ervan te weerhouden zich in de toekomst nog aan dergelijke feiten schuldig te maken, haar aan te sporen tot meer verantwoordelijkheidsbesef en tot het naleven van de wet.

103 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 appellante die al een lange staat van dienst heeft en derhalve het dringend karakter van haar consultaties correct zou moeten kunnen beoordelen, hiervoor een gepaste sanctie dient te worden opgelegd.

Appellante heeft manifest misbruik gemaakt van het systeem van de derdebetalersregeling. Zij overhandigde haar patiënten geen betalingsbewijs zodat de verzekerden niet wisten, noch konden weten dat appellante verstrekkingen aanrekende die hetzij niet werden uitgevoerd, hetzij niet passend werden aangerekend.

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

104 De administratieve geldboete wordt als volgt bepaald:

- met betrekking tot tenlastelegging 1:

100% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 65.731,36 euro waarvan de helft of 32.865,68 euro effectief wordt opgelegd en de helft of 32.865,68 euro voorzien wordt van een uitstel gedurende 3 jaar;

- met betrekking tot tenlastelegging 2:

100% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 332,26 euro waarvan de helft of 116,13 euro effectief wordt opgelegd en de helft of 116,13 euro voorzien wordt van een uitstel gedurende 3 jaar.

Het hoger beroep van appellant is in die zin gegrond.

105 De Kamer van beroep bevestigt ten slotte de aan appellante toegekende faciliteiten om de verschuldigde bedragen af te betalen *a rato* van 4.000 euro per maand.

De door appellante verschuldigde bedragen dienen immers binnen een redelijke termijn te worden terugbetaald. Gelet op omvang van de bedragen die zij jaarlijks aanreken aan de verplichte ziekteverzekering, kan de inspanning om 4.000 euro per maand terug te betalen niet als onoverkomelijk worden beschouwd. De door appellante neergelegde stukken, zijn niet van aard om de Kamer van beroep tot een ander oordeel te brengen.

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 gecoördineerde 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 appellante tot terugbetaling aan het RIZIV van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen voor een bedrag van 66.063,62 euro, hetzij 65.731,36 euro voor tenlastelegging 1 en 332,26 euro voor tenlastelegging 2.

Veroordeelt appellante 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 65.731,36 euro waarvan de helft of 32.865,68 euro effectief wordt opgelegd en de helft of 32.865,68 euro voorzien wordt van een uitstel gedurende 3 jaar;
- voor tenlastelegging 2: een administratieve geldboete van 100% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, hetzij 332,26 euro waarvan de helft of 116,13 euro effectief wordt opgelegd en de helft of 116,13 euro voorzien wordt van een uitstel gedurende 3 jaar.

Bevestigt de bestreden beslissing waar deze appellante toelaat de vermelde bedragen af te korten *a rato* van 4.000 euro per maand en zegt dat bij gebreke aan één maandelijksse betaling op de vervaltermijn het hele bedrag, zo in hoofdsom, geldboete als interesten, onmiddellijk, zonder ingebrekestelling en van rechtswege opeisbaar wordt.

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,

Martin
Volcke
(Signature)



Digitally signed
by Martin Volcke
(Signature)
Date: 2024.02.20
13:34:08 +01'00'

Martin VOLCKE

De Voorzitter,

Sara
Sablon
(Signature)



Digitally signed
by Sara Sablon
(Signature)
Date: 2024.02.20
13:52:08 +01'00'

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 mevrouw Sara Sablon, magistraat, stemgerechtigd Voorzitter, dokter Dessie Roothans en dokter Viviane Van Elshocht, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede dokter UX...nne Mertens en dokter Jan Van De Perre, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve verenigingen 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 van 14.07.1994). De sommen brengen 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 tegen interest, vanaf de dertig dagen volgend op de kennisgeving van de beslissing (art. 156, § 1, tweede lid Gvu-wet van 14.07.1994). 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 van 14.07.1994).