

Rep. nr. 13/14

*

NB-033-10

*

Tegensprekelijke
eindbeslissing van 10
maart 2014

*

Beroep tegen de
beslissing de Kamer
van eerste aanleg van
28 januari 2013

*

BEROEP

*

VAN RECHTSWEGE
UITVOERBAAR BIJ
VOORRAAD
NIETTEGENSTAANDE
CASSATIEBEROEP

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

BESLISSING

In de zaak van : Dr. A..., algemeen geneeskundige, wonend te XXXX en

BVBA DOKTER A..., met zetel te XXXX
(ondernemingsnummer XXXX)

Appellanten, met als raadsman, mr. B...,
advocaat te XXXX.

Tegen : RIZIV – DIENST VOOR GENEESKUNDIGE
EVALUATIE EN CONTROLE, openbare
instelling van sociale zekerheid, met zetel te
1150 Brussel, Tervurenlaan 211,

Geïntimeerde, voor wie zijn verschenen,
dr. C..., geneesheer-inspecteur, en de heer D...,
attaché, ambtenaren bij geïntimeerde.

*

* *

Op de openbare terechtzitting van 13 januari 2014 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.

*

* *

RETROACTEN

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- het dossier van de DGEC van het RIZIV;
- de beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 28 januari 2013, betekend aan betrokkenen op 5 februari 2013;
- de beroepsakte van appellanten van 1 maart 2013, ontvangen op de griffie op 4 maart 2013;
- de besluiten namens geïntimeerde van 28 mei 2013, neergelegd op de griffie op 28 mei 2013;
- de besluiten namens appellanten van 14 augustus 2013, ontvangen op de griffie op 19 augustus 2013;
- de vaststelling van de rechtsdag op 13 januari 2014;

Gehoord op de openbare terechtzitting van 13 januari 2014:

- mr. B... in de uiteenzetting van de middelen en conclusies namens appellant en in zijn repliek op de uiteenzetting van de geïntimeerde;
- dr. A... in de uiteenzetting in zijn toelichting;
- dr. C... in de uiteenzetting van het medisch-technische luik van de middelen en conclusies namens de geïntimeerde;
- dhr. D... in de uiteenzetting van het juridische luik van de middelen en conclusies namens de geïntimeerde;

De debatten, gevoerd in het Nederlands, werden gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op de buitengewone openbare terechtzitting van 10 februari 2014.

*
* * *

DE FEITEN

1. De tenlastelegging

De tenlastelegging, zoals geformuleerd in het verzoekschrift, luidt als volgt:

Dr. A... heeft in de periode van **01/04/2008** tot **31/03/2009** (datum inbreng V.I.) de volgende onregelmatigheden begaan betreffende de reglementering van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering:

Het aanrekenen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van overbodige verstrekkingen uit Art. 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Dit vormt een inbreuk op Art 73 §1 en Art 73 bis 4° van de gecoördineerde wet van 14-07-1994 en wijzigingen.

Dat is een inbreuk op:

Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, art. 73, § 1 en 73bis.

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, Art. 2 A

103132 N 5,6

781874

Bij 11 verzekerden werden in de periode van 01/04/2008 tot 31/03/2009 (datum inbreng V.I.) 1084 verstrekkingen 103132 ten onrechte aangerekend. Daarenboven werden bij 1 verzekerde in de periode van 01/04/2008 tot 31/03/2009 (datum inbreng V.I.) 42 verstrekkingen 781874 ten onrechte aangerekend.

De onterechte uitgave voor de ziekteverzekering voor het geheel van de verstrekkingen als inbreuk weerhouden bedroeg 30.913,72 EUR.

Synoptische tabel:

Synoptische tabel periode 01/04/2008 tot 31/03/2009 (datum inbreng V.I.)							
	naam	103132		781874		totaal	
		aantal	bedrag	aantal	bedrag	aantal	bedrag
1	E...	112	2.360,40 €	42	419,58	154	2.779,98 €
2	F...	60	1.269,70 €	0	0	60	1.269,70 €
3	G...	45	955,46 €	0	0	45	955,46 €
4	H...	23	490,51 €	0	0	23	490,51 €
5	I...	84	1.772,12 €	0	0	84	1.772,12 €
6	J...	108	3.311,04 €	0	0	108	3.311,04 €
7	K...	204	6.084,36 €	0	0	204	6.084,36 €
8	L...	188	5.755,84 €	0	0	188	5.755,84 €
9	M...	188	5.771,68 €	0	0	188	5.771,68 €
10	N...	23	1.687,17 €	0	0	23	1.687,17 €
11	O...	49	1.035,86 €	0	0	49	1.035,86 €
Totaal		1084	30.494,14 €	42	419,58	1126	30.913,72 €
Terugbetaald bedrag							0

In de besluiten van geïntimeerde van 25 juli 2011 werd de deelvordering met betrekking tot verzekerde N... door huidig geïntimeerde herleid van 1.687,17 EUR naar 485,06 EUR (dat betreft de waarde van de 23 weerhouden verstrekkingen 103132). Aldus wordt het totale bedrag van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen herleid van 30.913,72 EUR naar 29.711,61 EUR.

Voor de Kamer van eerste aanleg vorderde huidig geïntimeerde:

- Het beroep ontvankelijk en gegrond te verklaren;
- Verweerders hoofdelijk op grond van artikel 164 GvU-wet te veroordelen tot de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen;
 - Subsidiar: verweerders in solidum op grond van artikel 2 n) GvU-wet te veroordelen tot de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen;
 - Eerste verweerder een geldboete op te leggen 100% van de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen.

De vordering van huidige appellanten voor de Kamer van eerste aanleg luidde als volgt:

"De vordering van eerste en tweede verweerder luidt als volgt:

- *Betreffende de vordering strekkende tot betaling van een schadevergoeding van 30.913,72 EUR.*

Vast te stellen dat het onderzoek m.b.t. zeven patiënten onvolledig is.

Dienvolgens de vordering m.b.t. deze acht patiënten af te wijzen als ongegrond en onbewezen.

Ondergeschikt: de vordering van eiseres m.b.t. de elf patiënten, aangehaald in het verzoekschrift, af te wijzen als ontoelaatbaar, ongegrond en onbewezen.

Uiterst ondergeschikt: voor recht te zeggen dat de vordering m.b.t. patiënte N... slecht gegrond is ten belope van 485,06 EUR.

- *Betreffende de vordering strekkende tot betaling van een administratieve geldboete.*

Deze vordering af te wijzen als ontoelaatbaar, ongegrond en onbewezen.

Ondergeschikt: de administratieve geldboete te herleiden tot een minimum van 5%; minstens concludenten een uitstel te verlenen van 3 jaar."

2. De beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 28 januari 2013

De Kamer van eerste aanleg oordeelde in haar beslissing van 28 januari 2013:

"Verklaart de vorderingen en het verzoek tot tussenkomst ontvankelijk;

Verklaart de vordering tot terugvordering gegrond;

Veroordeelt dienvolgens verwerende partijen solidair tot (terug-)betaling aan eiser van het bedrag van 29.711,61 EUR;

Verklaart de vordering tot veroordeling van eerste verweerder tot een administratieve geldboete gedeeltelijk gegrond; veroordeelt eerste verweerder tot betaling aan eiser van een administratieve geldboete van 29.711,61 EUR, met dien verstande dat uitstel wordt verleend voor 50% ervan gedurende een periode van 3 jaar;

Zegt dat vermelde bedragen dienen te worden vereffend door overschrijving op rekeningnummer 679-0019779-88 van het RIZIV

binnen de maand volgend op de kennisgeving van deze beslissing.”

3. Vorderingen in hoger Beroep

Appellanten vorderen van de Kamer van beroep blijkens hun besluiten van 14 augustus 2013:

“Het hoger beroep van appellanten ontvankelijk gegrond en bewezen te verklaren.

Dienvolgens de beslissing d.d. 28 januari 2013 van de Kamer van Eerste Aanleg te niet te doen en doende wat de eerste Rechter had moeten doen, desnoods de zaak tot zich trekkende, opnieuw wijzende.

• *Betreffende de vordering strekkende tot betaling van een schadevergoeding van 29.711,61 EUR*

• *Vast te stellen dat het onderzoek m.b.t. tot zeven patiënten:*

- *G...;*
- *H...;*
- *J...;*
- *K...;*
- *L...;*
- *M...;*
- *O...;*

onvolledig is.

Dienvolgens de vordering m.b.t. deze patiënten af te wijzen als ongegrond en onbewezen.

Ondergeschikt: de vordering van het RIZIV m.b.t. de elf patiënten, aangehaald in het inleidend verzoekschrift, af te wijzen als ontoelaatbaar, ongegrond en onbewezen.

• *Betreffende de vordering strekkende tot betaling van een administratieve geldboete.*

Deze vordering af te wijzen als ontoelaatbaar, ongegrond en onbewezen.

Ondergeschikt: de administratieve geldboete te herleiden tot het minimum van 5 %, weze 68,75 EUR”

Geïntimeerde vordert van de Kamer van beroep blijkens diens

besluiten van 28 mei 2013:

“- Het beroep ontvankelijk te verklaren;

- Het beroep ongegrond te verklaren, met uitzondering van de toepasselijke sanctie;*
- Eerste en tweede appellants te veroordelen tot de terugbetaling van de waarde van de ten onrechte uitbetaalde prestaties, zijnde 29.711,61 euro;*
- Eerste appellants te veroordelen tot het betalen van een administratieve geldboete van 1.375,00 euro.”*

*
* *

BEROEPSGRIEVEN

1. Standpunt van de verzoeker in beroep

De appellants verwijst uitvoerig naar de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts. Hij haalt aan dat de principes inzake verdeling van de bewijslast werden miskend, alsook artikel 73 van de Wet van 14 juli 1994 door een beoordeling in abstracto, dat er geen objectief onderzoek naar de vermeende overconsumptie werd gevoerd. In ondergeschikte orde vraagt hij dat de administratieve geldboete zou herleid worden tot het minimum van 5 %.

2. Standpunt van de geïntimeerde

De geïntimeerde verwijst naar de wetgeving, meer bepaald artikel 73 en 73bis van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en het onderzoek. De Dienst haalt aan dat de hoger vermelde vrijheid niet mag misbruikt worden, dat rekening dient gehouden met het belang van de gezondheidstoestand van de patiënt, maar ook met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen. Er moet geen vergelijking met het voorschrijfgedrag van andere geneesheren gedaan worden maar rekening gehouden met de veronderstelde goede huisvader (in casu medicus). Het bewijs volgt uit de gevallenbespreking. Er dient rekening gehouden met de toepassing van de mildere sanctie

*
* *
*

BEOORDELING

De appellant verwijst naar de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts, verankerd in diverse wetten. Deze vrijheid slaat enkel op de verstrekking en niet op de mogelijkheid tot aanrekening van de verstrekking in de verplichte ziekteverzekering. Bovendien is deze vrijheid echter niet onbeperkt. De arts moet bij zijn zorgverlening immers rekening gehouden met het belang en de rechten van de patiënt, maar ook met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde middelen (artikel 73 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994). Ook artikel 36 van de Code van de Geneeskundige plichtenleer bepaalt dat de geneesheer zich dient te onthouden van overconsumptie, hoewel de medische deontologie hier niet aan de orde is.

Dit artikel 73. § 1 lid 2 van deze Wet bepaalt dat de artsen zich onthouden van overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Er wordt eveneens verwezen naar artikel 73 bis van deze Wet, waarin vermeld wordt dat het verboden is voor de zorgverstrekkers de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 uit te voeren die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73.

Gelet op het hoger beroep ingesteld door de appellant dient opnieuw onderzocht of de appellant overbodige prestaties verstreekte. Het onderzoek wordt hierna besproken alsook het door de appellant ingeroepen gebrek aan motivatie en bewijs.

Aan de hand van de stukken van het dossier kan de Kamer van beroep immers vaststellen, net zoals de Kamer van eerste aanleg, dat de appellant ten onrechte overbodige huisbezoeken heeft aangerekend. Het betrof hier meerdere bezoeken aan verschillende personen, meestal sociale gevallen, terwijl het ziektebeeld van deze patiënten geen dergelijk groot aantal huisbezoeken verantwoordde.

De appellant betwist het onnodig dure of overbodige karakter van de verstrekkingen in zijn beroepsakte. De Kamer van Beroep onderzoekt de beweerde overconsumptie zowel in vergelijking met

de verstrekkingen die een zorgverstrekker voorschrijft in gelijkaardige omstandigheden als in concreto.

Wanneer het profiel van het werkvolume van de appellant wordt nagegaan voor de periode van 1 april 2008 tot 31 maart 2009 (datum inbreng verzekeringsinstelling) wordt vastgesteld dat het aantal huisbezoeken zich in percentiel 99 bevinden. Ook dit wijst op overconsumptie. Deze tenlastelegging werd, na onderzoek van een aantal patiënten weerhouden in hoofde van de appellant wegens het veelvuldig aanrekenen van huisbezoeken bij een aantal verzekerden.

De Dienst stelde immers vast dat de appellant in 2008 op de tweede plaats staat van alle huisartsen werkzaam in België voor wat betreft het aanrekenen van huisbezoeken en op de zevende plaats in 2007 (99^e percentiel). Hij was toen al 63 en 64 jaar en zijn prestaties namen toen nog toe.

Op vraag van een lid van de Kamer van Beroep na de pleidooien antwoordde de appellant dat hij 30 tot 40 huisbezoeken per dag aflegde.

De zorgverstrekker verklaarde in zijn brief van 14 april 2010 dat hij gevolg geeft aan elke oproep van zijn patiënten omdat hij dit als zijn plicht als geneesheer beschouwt, dat hij als huisarts door gelukkig een zeer klein aantal patiënten als vertrouwenspersoon wordt beschouwd niet louter voor medische aangelegenheden en dat elke huisarts met een drukke praktijk geconfronteerd wordt met enkel patiënten die zeer regelmatig, en misschien bovenmatig beroep doen op hun huisarts. Hij is ervan overtuigd dat hem niets ten kwade kan geduid worden.

Ook deze verklaring toont aan dat de appellant zo maar gevolg geeft aan elke oproep die binnenkomt zonder zich ervan te vergewissen of een huisbezoek nu wel echt nodig was of niet. Hij heeft het over enkele personen die "misschien" bovenmatig beroep doen op hun huisarts. Welnu het gaat hier nu net over die gevallen. In elk geval toont de verklaring aan dat de appellant elke oproep beantwoordt met een huisbezoek, zelfs wanneer dit medisch niet verantwoord voorkomt. De Kamer van Beroep meent dat de appellant met zijn jarenlange en ruime ervaring toch moet in staat geweest zijn, mocht hij dit gewild hebben, om na te gaan of het nodig was telkens in te gaan op al de oproepen van de 11 patiënten in kwestie of niet. De omvang van het aantal huisbezoeken aan de 11 personen in de door de Dienst weerhouden periode van 1 april 2008 t/m 31 maart 2009 werd terecht door de geïntimeerde in vraag gesteld.

Het dossier leert ook dat de appellant dubbel zo veel huisbezoeken als raadplegingen aanrekende. In vergelijking met andere huisartsen met dezelfde erkenning rekenen zij 2 tot 3 maal meer raadplegingen dan huisbezoeken aan. Dit toont aan dat er iets niet klopt. Het gevolg daarvan was een nader onderzoek naar de dossiers met het hoogst aangerekende huisbezoeken. De appellant verwijt de Dienst dat niet alle patiënten werden onderzocht doch dit was niet nodig nu blijkt, uit de feiten, vaststellingen en ondervragingen (ook van de appellant), dat steeds dezelfde werkwijze werd toegepast. Er werden 9 verzekerden ondervraagd hetgeen een voldoende ruim beeld geeft van de manier waarop de appellant tewerk ging.

De te grote omvang van de huisbezoeken wordt bewezen aan de hand van de voorgelegde stukken en verklaringen. De nadien door de appellant gegeven uitleg ontkracht de verklaringen van de ondervraagde patiënten en de bevindingen van het onderzoek niet. Het gaat hier wel degelijk om het overbodig karakter van deze verstrekkingen.

Het gaat hier om een manifeste afwijking in vergelijking met de praktijk van normaal voorzichtige en toegewijde zorgverleners (de veronderstelde goede medicus, vrije vertaling van de "bonus medicus in abstracto") in gelijke omstandigheden. Er bestaat, bij weten van deze Kamer van Beroep, blijkbaar nog geen wetenschappelijke informatie aanvaard door wetenschappelijke verenigingen (en/) of instellingen die een algemene bekendheid genieten. De geïntimeerde heeft hier echter wel rekening gehouden met andere indicatoren (de ondervragingen bvb. van de patiënten) en de vergelijking gemaakt met de andere huisartsen waardoor de manifeste afwijking werd vastgesteld. Deze vergelijking is niet gesteund op willekeur en schendt de ziektereglementering niet. De bewijsvoering is niet gebrekkig en wordt trouwens niet weerlegd door de appellant. De cijfergegevens die in het feitenrelaas en de synthesesnota zijn opgenomen zijn zeer klaar en pertinent en wijzen ontegensprekelijk in de richting van de stelling van de geïntimeerde.

De geïntimeerde heeft in casu ook de praktijk van de appellant vergeleken met andere geneesheren-huisartsen en is, na een omstandig en technisch onderzoek en vergelijking van het voorschrijf- en prestatiegedrag over een min of meer lange periode tot het besluit gekomen dat er bij de appellant misbruiken inzake overconsumptie kunnen worden vastgesteld.

Deze overconsumptie situeert zich bij een elftal personen. Het onderzoek leert dat de appellant ingaat op elke telefonische oproep van de onderscheiden personen zonder na te gaan of een doktersbezoek in elk van die oproepen werkelijk noodzakelijk en niet overbodig is. Er wordt bovendien vastgesteld dat er bij deze patiënten van de appellant eigenlijk geen pathologie aanwezig is die de frequentie van het aantal doktersbezoeken kan verantwoorden. De kwalen waaraan de 11 patiënten lijden vereisen normaliter geen dagelijks of zelfs wekelijks doktersbezoek, noch het aantal huisbezoeken, die de appellant aanreket aan de ziekteverzekering. Er wordt niet aangetoond door de appellant dat er telkens een medisch probleem was bij elke oproep. Het staat ook vast dat de medische problematiek van de betrokken patiënten geen dergelijk aantal medisch huisbezoeken verantwoordde. De geïntimeerde bewijst de overconsumptie. Deze overconsumptie volgt eveneens uit de stukken van het dossier en de verklaringen van de appellant.

Er worden geen ziekenhuisopnames vermeden door dit overmatig doktersbezoek, minstens wordt dit niet aangetoond.

De veel te talrijke en overbodig geachte doktersbezoeken aan deze patiënten beantwoorden niet aan de noodzakelijke toegewijde en bekwame verzorging in het belang van de patiënt.

Door de werkwijze die de appellant hanteert (derdebetalersregeling, werkt met uitgestelde contante betaling), bestaat er geen enkele rem op het gedrag van de patiënten in kwestie. Zij moeten minder betalen dan hetgeen het geval zou zijn bij de spoeddienst in een ziekenhuis.

Er wordt vastgesteld dat door hoger vermelde werkwijze de appellant absoluut geen rekening houdt met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen.

De appellant houdt voor dat hij zeer sociaal ingesteld is (rekent soms maar één bezoek aan), maar de rekening van zijn overbodig "dienstbetoon" tegenover zijn patiënten, komt wel ten laste van de gemeenschap, in casu het RIZIV, terwijl de opbrengst van de overbodig aangerekende prestaties de appellant zelf ten goede komen. Het gaat steeds om huisbezoeken die uiteraard duurder zijn dan wanneer de huisarts de patiënt ontvangt en onderzoekt in zijn kabinet, los van de noodzaak van dit sociaal "dienstbetoon".

De appellant ging op huisbezoek bij E... telkens als hij daar om vroeg. De appellant verklaarde ook dat deze patiënt zelf

verantwoordelijk is voor 90 % van de huisbezoeken. De therapeutische vrijheid van de arts houdt ook in dat hij niet ingaat op elk verzoek of elke gil van zijn patiënt indien dit medisch niet verantwoord voorkomt. Uit het verslag van Dr. P..., specialist (inwendige ziekten) blijkt na onderzoek dat glycemie zeer goed geregeld was, dat de nierfunctie normaal was en het lipidenprofiel gunstig zodat meer dan één huisbezoek per week niet verantwoord voorkomt. Volgens de appelland waren er nog andere klachten bij deze patiënt. Er wordt niet aangetoond dat deze meer dan 1 huisbezoek per week vereisten.

Eenzelfde verklaring werd afgelegd door de appelland m.b.t. N... waar de appelland 3 keer per week op huisbezoek gaat omdat zij mij steeds vraagt ...

Een gelijkaardig verhaal bij F... die de appelland dagelijks opbelt en bij G....

Aan het kind H... mankeert in feite niets volgens de appelland. Toch worden er heel veel huisbezoeken vastgesteld. De appelland verklaart dat deze huisbezoeken medisch en psychisch verantwoord zijn. Gezien het hoge aantal huisbezoeken per dag (tot 40) stelt zich, terloops, de vraag of de appelland wel degelijk tijd heeft voor die gevallen en of er nog een kwalitatieve geneeskunde kan beoefend worden. De appelland heeft echter nooit problemen gehad met patiënten of de Orde of welke instantie ook, volgens zijn raadsman, op huidige zaak na.

Dit zijn maar enkele voorbeelden van de overconsumptie. Uiteraard moet gans het onderzoek hier niet herhaald worden daar dit geen nut heeft. De andere weerhouden dossiers geven een gelijkaardige analyse van de weerhouden tenlastelegging. De Kamer van Beroep verwijst naar het gevoerde onderzoek, de 9 verzekerden die ondervraagd werden en de verklaringen (zie proces-verbaal van verhoor en proces-verbaal van vaststelling). Terecht weerhoudt de Dienst één huisbezoek per week of om de 2 weken naar gelang het geval, zodat de overige als overconsumptie worden aangemerkt. Bij bepaalde patiënten worden er 4 à 5 huisbezoeken per week gedaan, hetgeen onverantwoord voorkomt gelet op de pathologie (bvb. K..., derdebetalersregeling: 261 huisbezoeken in 57 weken; L...: 246 huisbezoeken in een periode van 58 weken om bloeddruk en glycemie te meten en gerust te stellen; M...: 310 huisbezoeken in 61 weken, terwijl er slechts 2 per week werden aanvaard, ...). Een geneesheer, zoals de onderzoeker, kan oordelen hoeveel huisbezoeken er voor een bepaalde pathologie nodig zijn. In casu werd misbruik gemaakt van de therapeutische vrijheid door de

appellant om een overdreven aantal huisbezoeken af te leggen waarvan niet aangetoond wordt door de appellant dat deze noodzakelijk waren.

De overconsumptie wordt in concreto bewezen aan de hand van de dossiers, waarvan er enkel supra ter motivatie werden aangehaald. De overconsumptie wordt nog eens bevestigd aan de hand van de statistische gegevens zoals deze blijken uit de synthesesnota NA 2010/33.

Er was evenmin enige of dringende nood aan een dergelijk aantal huisbezoeken. Dit verschilt met het begrip schuldig verzuim. De stelling die de appellant in zijn brief van 14 april 2010 en in conclusies voorhoudt (komt neer op schuldig verzuim indien hij geen gevolg zou geven aan dergelijke oproepen), is niet in overeenstemming met zijn eigen verklaring waarin hij aanhaalt dat sommige patiënten misschien bovenmatig beroep doen op hun huisarts en dat zij hem als vertrouwenspersoon beschouwen, ook voor niet louter medische aangelegenheden.

De geïntimeerde hield rekening met de medische pathologie van de betrokken personen. De therapeutische vrijheid van de arts noch de wet op de patiëntenrechten worden geschonden wanneer de DGEC duidelijke gevallen van overconsumptie ontdekt, bestrijdt en er aan remedieert door in te grijpen. Het onderzoek heeft tot gevolg gehad dat er nu, volgens de pleidooien, beduidend minder huisbezoeken worden gedaan, wat kan wijzen op een andere benadering door de appellant. De appellant zelf wijt dit aan het feit dat hij en zijn cliënteel verouderen, waardoor de prestaties afnemen.

De appellant hield ook geen gedetailleerde beschrijving bij van zijn talrijke huisbezoeken. Hij kan deze op medisch gebied niet verantwoorden en derhalve het standpunt van de geïntimeerde dat er overconsumptie was niet eens weerleggen.

De tenlastelegging weerhouden in het verzoekschrift van de DGEC van het RIZIV d.d. 24 maart 2011 betreffende de activiteit van de appellant voor de betrokken periode komt bewezen voor. Het onderzoek werd door Dr. Q... op een correcte wijze gevoerd. De gegevens van het onderzoek worden trouwens niet weerlegd door de appellant. Na het onderzoek wordt de zaak behandeld door een onafhankelijke Kamer van Beroep (rechtscollege), zodat deze grief van de appellant niet kan worden gevolgd.

Het hoger beroep ingesteld door de appellant tegen de betichting die neerkomt op "overconsumptie" dient als niet gegrond afgewezen.

Elke onrechtmatig ontvangen bedrag dient door de appellant terugbetaald. De bestreden beslissing dient derhalve ook op dat punt bevestigd. De terugbetaling is inmiddels geschied, waardoor de appellant intresten op deze som vermeed.

Wat de administratieve geldboete betreft, komt het hoger beroep wel gegrond voor.

De geïntimeerde past, lopende het geding, rekening houdend met de toepasselijke wetgeving, in conclusies het beginsel van de mildere sanctie toe waardoor hij het gevoerd bedrag van de administratieve geldboete herleidt tot € 1.375 (€ 250, verhoogd met 45 opdecimen, dus maal 5,5) in de zaak waarin de appellant hoger beroep instelde (artikel 225, 3° Sociaal Strafwetboek).

De appellant werd dienaangaande in de mogelijkheid gesteld om hierop te antwoorden. De grieven van de appellant m.b.t. de opgelegde administratieve geldboete kunnen dan ook niet gevolgd worden. Gelet op hetgeen supra werd overwogen komt de gevorderde administratieve geldboete gepast voor.

Gezien de feitelijke omstandigheden, de bewezen overtredingen en het grote aantal huisbezoeken van de appellant, die getuigen van een verkeerde en te lakse houding tegenover de patiënten, zoals reeds door de Kamer van eerste aanleg vastgesteld, komt een administratieve geldboete van € 1.375 gepast en billijk voor.

De Kamer van beroep houdt rekening met de toepasselijke wetgeving en het beginsel van de mildere sanctie. Het door de geïntimeerde gevorderd bedrag van de administratieve geldboete wordt door deze partij herleid tot € 1.375.

De administratieve geldboete wordt dan ook bepaald op € 1.375 (opdecimen inbegrepen, - het gaat om een sanctie van niveau 2 Soc.Sw. -) rekening houdend met de feiten en het feit dat het hier overduidelijk gaat om overconsumptie van een huisarts die zeer goed op de hoogte was van het feit dat hij de reglementering niet correct naleefde maar zijn houding niet heeft aangepast in de in aanmerking genomen periode.

Aangezien de appellant de administratieve geldboete opgelegd door de Kamer van eerste aanleg reeds betaald heeft, zal dit bedrag ofwel moeten terugbetaald ofwel verrekend.

Het hoger beroep van de appellant komt enkel in die mate gegrond voor.

*
* *

OM DEZE REDENEN,

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

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

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

Recht doende op tegenspraak.

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk doch enkel gegrond in de volgende mate.

Vernietigt de bestreden beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 28 januari 2013 enkel waar het aan de appellant een geldboete oplegt van € 29.711,61 met uitstel voor 50 % ervan gedurende een periode van 3 jaar.

En, opnieuw wijzende, legt de eerste appellant een administratieve geldboete op van 1.375,00 euro.

Wijst het meer gevorderde af als ongegrond.

Bevestigt voor het overige de bestreden beslissing van de Kamer van eerste aanleg d.d. 28 januari 2013, met AR. NA-033-10.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 10 maart 2014 van de Kamer van Beroep die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten behandeld 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:

- De heer Jan VILAIN, Voorzitter van de Kamer van beroep;
- De heer Martin VOLCKE, griffier van de Kamer van beroep.

Volgen de handtekeningen:

De griffier,

De Voorzitter,

Martin VOLCKE

Jan VILAIN

De Kamer van beroep die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten behandeld worden, die in die taal de zaak heeft gehoord en er in die taal over beraadslaagde, was samengesteld uit de heer Jan VILAIN, magistraat-Voorzitter, en dokter André TIELENS, lid voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede dokter Johan BOCKAERT, lid voorgedragen door de representatieve organisaties van het geneesherenkorps; de leden-geneesheren hebben aan de beraadslaging deelgenomen bij wege van advies. De Kamer van beroep werd bijgestaan door de heer Martin VOLCKE, griffier in de Kamer van beroep.