

Rep. nr. 34/15

*

NB-016-14
E/XXXX

*

Tegensprekelijke
beslissing van
9 november 2015

*

Beroep tegen de
beslissing van de
Kamer van eerste
aanleg van 19
november 2014

*

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 : A..., KBO-nr. XXXX, met maatschappelijke zetel te XXXX,

Appellante, voor wie als raadsman optreedt :
mr. B... loco mr. C..., advocaten, met kantoor 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, mevr. D..., verpleegkundige-controleur, en dhr. E..., attaché, ambtenaren bij geïntimeerde.

*

* *

Op de openbare terechtzitting van 12 oktober 2015 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;
- de beslissing van de Leidend ambtenaar Dgec dd. 30.08.2013;
- het verzoekschrift tot hoger beroep dd. 01.10.2013;
- de gewisselde besluiten;
- de beslissing dd. 19.11.2014 van de Kamer van eerste aanleg, ter kennis gegeven aan appellant met de aangetekende brieven van 24.11.2014;
- het verzoekschrift tot hoger beroep dd. 19.12.2014;
- de besluiten van geïntimeerde dd. 25.02.2015, neergelegd ter griffie op 25.02.2015;
- de besluiten van appellante dd. 05.03.2015, ontvangen ter griffie op 10.03.2015;
- de oproepingsbrieven van 15.07.2015.

Gehoord op de openbare terechtzitting van 12 oktober 2015:

- mr. B... in de uiteenzetting van de middelen en besluiten namens appellante;
- dhr. E... in de uiteenzetting van het juridische luik van de middelen en besluiten namens de geïntimeerde.
- mevr. D... in de uiteenzetting van het technische luik van de besluiten van namens de geïntimeerde.

De debatten, gevoerd in het Nederlands, werden daarna gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op de openbare terechtzitting van 9 november 2015.

1. VOORWERP VAN HET GESCHIL

Geïntimeerde voerde een onderzoek uit naar de realiteit en conformiteit van de verstrekkingen die middels appellante aan de verplichte ziekteverzekering werden aangerekend.

Het onderzoek resulteerde in het opstellen van een proces-verbaal van vaststelling d.d. 29 augustus 2012.

In een procedure voor de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, diende huidig appellante zich te verantwoorden voor de volgende tenlasteleggingen:

“Tenlasteleggingen.

De A...

XXXX (plaats van de inbreuk)

met derdebetalersnummer XXXX heeft de inning georganiseerd van verschuldigde bedragen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Verpleegkundige verstrekkingen werden aangerekend via verzamelgetuigschriften voor verstrekte hulp, ondertekend door mevrouw F..., zaakvoerder, met RIZIV-nummer XXXX.

Wettelijke basis :

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

Artikel 2

n) onder “zorgverlener”, de beoefenaars van de geneeskunst, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen, de paramedische medewerkers, de verplegingsinrichtingen, de inrichtingen voor revalidatie en herscholing en de andere diensten en instellingen. Worden voor de toepassing van de artikelen 73bis en 142 gelijkgesteld met zorgverleners, de natuurlijke of rechtspersonen, die hen tewerkstellen, die de verlening van de zorgen organiseren of die de inning van de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verschuldigde bedragen organiseren.

Deze getuigschriften vermelden :

Niet-verleende verstrekkingen

De niet-verleende verstrekkingen situeren zich in de periode van 01/09/2010 tot 31/08/2011. Zij werden bij de V.I. ingediend vanaf oktober 2010.

Reglementaire basis

Artikel 53 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994, waarvan uittreksel, zegt :

“...De zorgverlener van wie de verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering zijn ertoe gehouden aan de rechthebbende of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen, een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document uit te reiken waarvan het model door het verzekeringscomité wordt vastgesteld, waarop de **verrichte verstrekkingen** zijn vermeld ; verstrekkingen opgenomen in de in artikel 35 § 1 bedoelde nomenclatuur, worden vermeld met hun rangnummer in de genoemde nomenclatuur...”

Art. 73 bis.

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

1° reglementaire documenten voorzien in deze wet of de uitvoeringsbesluiten ervan op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de **verstrekkingen niet werden verleend** of afgeleverd;

Verklaringen

Mevrouw F... verklaarde op 12/06/2012 :

“...G...

U zegt me dat 's morgens bvba F... hem komt verzorgen maar de rest van de dag en de avond het personeel van de serviceflats hem verzorgd.

U zegt me dat ik voor deze mensen een supplement 3e bezoek aanrekende. Ik weet dit niet, ik ga hier maar 1 keer per dag langs. 's Avonds weigert meneer ons bezoek omdat we te vroeg op de avond langs komen.....

H...

U zegt mij dat ik hier een forfait A aanreken en een supplement 3e bezoek.

U zegt me dat hier niets van terug te vinden is in het dossier van het 3e bezoek. Ook de patiënte verklaart dat sinds haar verhuis de verpleegster maar 2 keer per dag komt.

Ik kom daar effectief maar 2 keer per dag langs sinds zij verhuisd is. De periode ervoor weet ik niet meer....

I...

.... De patiënte verklaart zelf dat, als het te lang duurde, zij zichzelf waste.

Dit staat ook in het verpleegdossier regelmatig vermeld..."

Mijnheer G..., bij wie dagelijks een forfait B werd aangerekend en een supplement voor een derde bezoek, verklaarde op 18/04/2012 :

"...Van de groep thuisverpleging F... is het vooral J... die als verpleegkundige langskomt; zij komen alleen 's morgens langs; 's avonds rond 23 u wordt ik in bed geholpen door de verpleegkundigen van hier (service-flat)....

Wat de zorgen betreft dagelijks benadruk ik nogmaals dat ik enkel 's morgens door de groep F... gewassen en gekleed wordt; zij doen dan ook de verzorging van de blaassonde en dienen om de 2 dagen laxeermiddelen toe. In de loop van de dag wordt ik verder verzorgd door het personeel van de service-flats; dit is ook het geval 's avonds. Thuisverpleging F... komt slechts 1 maal per dag langs, alle dagen van de week ook tijdens het weekend..."

Motivatie :

De overige verzekerden verklaren eveneens dat een aantal toiletten en/of derde bezoeken niet werden uitgevoerd.

De verleende zorgen worden normaliter steeds door de betrokken verpleegkundige in de verpleegdossiers genoteerd en afgetekend. Het ontbreken van deze notities in het verpleegdossier voor sommige aangerekende verstrekkingen bevestigt de verklaringen van de verzekerden en de tenlastelegging.

Het verhoor van mevrouw F... bevestigt deze inbreuk.

De verklaringen van mevrouw F... waren zeer summier. Ze leek niet volledig op de hoogte te zijn van wat er effectief werd uitgevoerd en aangerekend. Meerdere gegevens zou ze opzoeken en ons later overmaken. Dit gebeurde niet.

Besluit :

5 verzekerden

687 verstrekkingen

Vergoed bedrag : 2.199,07€

Geen terugbetaling.

Verstrekkingen die niet voldeden aan de vergoedingsvoorwaarden

De verstrekkingen situeren zich in de periode van 01/09/2010 tot 31/08/2011. Zij werden bij de V.I. ingediend vanaf oktober 2010.

Reglementaire basis

Art. 73bis - 2° van de gecoördineerde wet van 14.07.1994.

Art. 73 bis.

2° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden;

Overschatting van de afhankelijkheidscriteria ivm forfaitaire honoraria:

Artikel 8 § 1 – 1° II en 2° II van de Nomenclatuur van Geneeskundige Verstrekkingen (K.B. 14.09.1984) zegt :

“1° II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten.

425272 Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :

- afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en
- afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan (score 3 of 4)
W 3,879

425294 Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :

- afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en
- afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan (score 3 of 4), en
- afhankelijkheid wegens incontinentie en/of om te eten (score 3 of 4)
W 7,371”

2° II Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar Zorgafhankelijke patiënten.

425670 Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige

verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :

- afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en
- afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan (score 3 of 4)
W 5,710"

425692 Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :

- afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en
- afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan (score 3 of 4), en
- afhankelijkheid wegens incontinentie en/of om te eten (score 3 of 4)
W 10,944"

Verklaringen

Mevrouw F... verklaarde op 12/06/2012 :

"...G...

Deze man zit in een rolstoel in het XXXX...

U zegt mij dat deze man een suprapubische sonde heeft en ik hierdoor niet meer dan een 2 kan aanrekenen als score.

U toont mij de richtlijnen.

Hij krijgt een lavement en wordt dan op het toilet gezet.

Hij is accidenteel wel incontinent voor stoelgang.

U zegt me dat door de score 2 op continentie en geen forfait B kan aangerekend worden maar slechts een forfait A...

Ik wil eerst zien of wij hier een forfait A of B voor aangerekend hebben. U zegt mij volgens uw gegevens een forfait B...

K...

U zegt me dat hier een forfait A aangerekend werd en na een controle van de mutualiteit en teruggeschoord werd naar een T7.

Ik kom hier niet veel, ik moet dat nakijken....

Ik weet niet waarom hier een forfait A aangerekend werd.

U zegt mij dat meneer geen hulp nodig heeft om naar het toilet te gaan en dat hij enkel buitenshuis een stok gebruikt...

L...

U zegt me dat ik hier een forfait A aanrekende en de mutualiteit dit terugscorede naar een T2....

Zij had veel problemen met haar verplaatsingen. Wij hebben nu een sleutel van haar deur omdat ze zelf niet meer kon opendoen.

Ze kon niet uit haar bed of zetel soms..."

Mijnheer G..., bij wie dagelijks een forfait B wordt aangerekend, verklaarde op 18/04/2012 :

" Ik heb MS en ben rolstoelgebonden sinds 6 jaar.

Ik heb een CVA gehad en ben volledig verlamd rechts.

De CVA heeft meer impact op mijn leven dan de MS....

Ik heb een blaassonde met zakje voor urine; 's morgens en 's avonds komt de verpleegkundige langs om dit zakje te vervangen. Overdag hangt dit zakje langs mijn been, 's nachts aan bed...

Mijn maaltijden worden steeds voorbereid. Mijn vlees snijden lukt niet meer; een boterham smeren kan ik wel zelf...

Om de 2 dagen krijg ik een laxemiddel toegediend; dit gebeurt 's morgens door de verpleegkundigen van F..., dit hoort bij de ochtendzorgen...."

Motivatie :

Bij 3 verzekerden blijkt de overscoring duidelijk uit de verklaringen.

De verklaringen van mevrouw F... bij de bespreking van de verzekerden waren zeer summier, ze bleek nergens volledig van op de hoogte en alles moest verder uitgezocht worden. Het resultaat van deze verdere opzoeken werd ons echter nooit overgemaakt.

Bij de heer K... werd de overscoring reeds teruggebracht door de adviserende verpleegkundige van de mutualiteit.

Voor verzekerde G... bleek mevrouw F... niet op de hoogte te zijn van de richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal. Voor het item continëntie kan bij een **sonde** maximaal score 2 in aanmerking komen. Hierdoor kon slechts een forfait A in rekening gebracht worden.

Voor verzekerde K... weet mevrouw F... niet waarom een forfait A werd aangerekend.

Voor verzekerde L... werd overscoord op het item verplaatsen omdat de patiënt **soms** niet uit bed kan. Volgens de richtlijnen kan voor dit item slecht "3" gescoord worden wanneer de verzekerde **nooit** zelfstandig zijn transfers kan doen.

De overscoringen werden bevestigd door de huisartsen.

Besluit :

3 verzekerden

646 verstrekkingen

Vergoed bedrag : 16.278,73€

Aanrekenbaar bedrag : 8.463,39€

Verschil ten onrechte aangerekend : 7.815,34€

Geen terugbetaling.

Niet aanrekenbare verstrekkingen.

De niet-aanrekenbare verstrekkingen situeren zich in de periode van 01/09/2010 tot 31/08/2011. Zij werden bij de V.I. ingediend vanaf oktober 2010.

Reglementaire basis

Art.8 § 6 8° zegt :

"...8° Het toilet omvat alle verpleegkundige verzorging met betrekking tot het geheel van de hygiëne, preventie inbegrepen; het wordt desgevallend vervolledigd door de mobilisatie van de patiënt..."

Verklaringen

Mijnheer M... bij wie 3 maal per week een toilet en het aanbrengen van drukverbanden werd aangerekend, verklaarde op 16/02/2012 :

"...Ik loop ook al 2 jr. met stokken. Ik heb een hernia en ik val ook regelmatig. Ik word niet gewassen, ik was en kleed me zelf. Dat lukt nog wel.

De verpleegster wast 3 x per week mijn benen en voeten en dan doen ze er nivea zalf op. De verpleegkundige doen dan ook de winkels errond.

's Avonds doe ik ze zelf uit.

Ik vraag het niet 's avonds a/d verpleegsters omdat ze te vroeg zijn. Ik trek mijn plan..."

Mevrouw F... verklaarde op 12/06/2012 :

"...U zegt mij dat bij hem 3 toiletten per week worden aangerekend en drukverbanden. U zegt mij dat er in het dossier staat dat wij enkel de benen

wassen en hij voor de rest zichzelf wast.

Dan kan er geen sprake zijn van een toilet als enkel de benen gewassen worden.

Ik moet dit nakijken..."

Motivatie :

Er werd geen volledig toilet toegediend. Enkel de benen en voeten werden gewassen. In het zorgenplan wordt vermeld : "toilet van benen en voeten 3x per week".

Ook hier was de medewerking van mevrouw F... ondermaats. Ze ging het nakijken. Het resultaat van de opzoeken werd nooit overgemaakt aan onze dienst.

Besluit :

1 verzekerde

442 verstrekkingen

Vergoed bedrag : 1.629,87€

Aanrekenbaar bedrag : 1.364,32€

Verschil ten onrechte aangerekend : 265,55€

Geen terugbetaling."

Synoptische tabellen

	aantal verzekerden	aantal verstrekkingen	aangerekend bedrag	aanrekenbaar bedrag	verschil
niet uitgevoerd	5	687	2.199,07	0	2.199,07 €
overscoring	3	646	16.278,73	8463	7.815,34 €
niet aanrekenbaar	1	442	1.629,87	1364	265,55 €
TOTAAL					10.279,96 €

Tenlastelegging 1: niet verleend

	424314	424476	425014	425051	425110	425272	425294	425412	425434	425456	425515	425670	426635	426650	426672	426694	426731	428035	428050	aantal	bedrag
G...							1						1	1	64	1	1	61	4	134	67,96 €
H...				8						4					72			65	14	163	91,48 €
N...	2	4	2			27		2	2				27				27			93	439,68 €
I...			64		64			40			40									208	1.027,04 €
O...			4		4	9		9			9	12	21				21			89	572,91 €
5 verzekerden	2	4	70	8	68	36	1	51	2	4	49	12	49	1	136	1	49	126	18	687	2.199,07 €

Tenlastelegging 2: overscoring forfaits

3 verzekerden	aangerekend					aanrekenbaar					verschil		
	425272	425294	425670	425692	bedrag	425014	425110	425272	425412	425515		425670	bedrag
G...		212		96	10.932,42 €			212			96	5.651,76 €	5.280,66 €
K...	123		52		2.410,95 €	123	123		52	52		1.276,37 €	1.134,58 €
L...	117		46		2.935,36 €	117	117		46	46		1.535,26 €	1.400,10 €
TOTAAL	240	212	98	96	16.278,73 €	240	240	212	98	98	96	8.463,39 €	7.815,34 €

Tenlastelegging 3: niet aanrekenbaar

1 verzekerde	424314	424476	425014	425036	425110	425412	425515	aantal	bedrag
M...									
aangerekend	74	64	150	4	80	67	3	442	1.629,87 €
aanrekenbaar	150	67	150	0	0	67	0	434	1.364,32 €
verschil									265,55 €

- Beslissing van de Leidend ambtenaar dd. 28.03.2013

De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV oordeelde in zijn administratieve beslissing van 30 augustus 2013 als volgt:

“- stelt vast dat de feiten die vastgesteld zijn in het proces-verbaal van vaststelling van 29 augustus 2012 bewezen zijn en houdt ze dus aan;

- stelt vast dat de feiten opgenomen onder tenlastelegging 1 een inbreuk zijn op het bepaalde in artikel 73bis, 1° van de gecoördineerde wet en dat de feiten opgenomen onder tenlasteleggingen 2 en 3 een inbreuk zijn op het bepaalde in artikel 73bis, 2° van de gecoördineerde wet;

- veroordeelt de A... om de waarde van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen terug te betalen overeenkomstig artikel 142, § 1, 1° en 2° van de gecoördineerde wet, zijnde 10 279,96 euro;

- legt bovendien, met toepassing van het beginsel van de mildere sanctie, een administratieve geldboete op van 1375 euro, zijnde 250 euro vermenigvuldigd met de opdecimen, voor wat betreft tenlastelegging 1 en een administratieve geldboete van 1375 euro, zijnde 250 euro vermenigvuldigd met de opdecimen, voor wat betreft tenlasteleggingen 2 en 3 (artikel 142, § 1, 1° en 2° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 junctis artikel 2 Strafwetboek, artikel 7.1 van het Verdrag 4 november 1950 tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden en artikel 15.1 Internationaal verdrag 19 december 1966 inzake burgerrechten en politieke rechten, artikel 225, 3°, artikel 101, artikel 102 van het Sociaal Strafwetboek en artikel 1 van de wet van 5 maart 1952 betreffende de opdecimen in strafzaken; voor de inbreuken die dateren van voor 18 maart 2012, zijnde de datum waarop de opheffing van artikel 225, 3° van het Sociaal Strafwetboek in werking is getreden, dient de mildere sanctie te worden toegepast).”

Hiertegen werd beroep ingesteld.

- **Betwiste beslissing van de Kamer van eerste aanleg dd. 19.11.2014**

De Kamer van eerste aanleg verklaarde het hoger beroep ontvankelijk, doch ongegrond.

Huidige appellante werd veroordeeld tot het terugbetalen van € 10.279,96, alsmede tot het betalen van een administratieve geldboete van 2 x 1.375 euro.

Het is deze beslissing die thans wordt betwist.

- **Vorderingen voor de Kamer van Beroep**

Appellante vordert blijkens de besluiten van 05.03.2015:

“De bestreden beslissing teniet te doen in al haar onderdelen en aldus:

In hoofdde de vordering van geïntimeerde onontvankelijk, minstens ongegrond te verklaren;

In uiterst ondergeschikte orde geen administratieve geldboete op te leggen;

In meest ondergeschikte orde overeenkomstig de toepassing van de bepalingen van het Sociaal Strafwetboek een administratieve geldboete van €25 tot €250 op te leggen en deze geldboete volledig

met uitstel op te leggen”

Geïntimeerde vordert blijkens de besluiten van 25.02.2015:

*“Het beroep ontvankelijk, doch ongegrond te verklaren;
Dienvolgens de bestreden beslissing van de Kamer van Eerste
Aanleg te bevestigen.”*

BEROEPSGRIEVEN

1. Standpunt van appellante

De beslissing van de leidend ambtenaar is laattijdig. De algemene beginselen van behoorlijk bestuur zijn geschonden, waaronder de motiveringsplicht, rechtszekerheidsbeginsel met verwijzing naar het voldoende duidelijk artikel 8, § 7 van de nomenclatuur. Zij verwijt de geïntimeerde ook een gebrekkige bewijsvoering. Nadien behandelt zij de 3 tenlasteleggingen met bespreking per verzekerde.

M.b.t. de administratieve geldboete haalt de appellante aan dat de omstandigheden niet van die aard zijn dat een administratieve geldboete gerechtvaardigd zou zijn. Er zijn geen antecedenten en geen kwade trouw aanwezig in hoofde van de verzoekster. Zij vraagt om geen administratieve geldboete op te leggen en, in de meest ondergeschikte orde, een administratieve geldboete voorzien in het Sociaal Strafwetboek op te leggen.

2. Standpunt van geïntimeerde

De geïntimeerde beantwoordt uitvoerig de hoger vermelde grieven van de appellante. Hij legt de gehanteerde onderzoeksmethode uit, alsook het bewijs en behandelt specifiek de weerhouden tenlasteleggingen met verwijzing naar de individuele verzekerden.

BEOORDELING

Het hoger beroep werd tijdig ingesteld en is regelmatig naar de vorm. Het komt dan ook ontvankelijk voor.

De grieven opgesomd door de appellante in haar uitvoerige beroepsakte beletten niet dat de Kamer van Beroep zich buigt over de door de Dienst weerhouden tenlasteleggingen en de vordering tot terugbetaling.

Vooreerst dient opgemerkt dat de termijn van 3 maanden voorgeschreven door artikel 143 § 3 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 niet voorgeschreven is op straffe van verval of nietigheid, zodat de beslissing van de Leidend Ambtenaar van de geïntimeerde niet als laattijdig kan worden aanzien. Het betreft een termijn van orde, zoals terecht overwogen door de eerste rechter.

De Kamer van eerste aanleg en de Kamer van Beroep doen als rechtscollege uitspraak, in eerste aanleg en in graad van hoger beroep, met volle rechtsmacht.

Ingevolge het hoger beroep ingesteld door de appellante wordt de zaak volledig opnieuw beoordeeld door de Kamer van Beroep, die volledige beoordelingsbevoegdheid heeft zowel ten aanzien van de feiten als ten aanzien van het recht. Huidige beslissing zal dan ook in de plaats komen van deze van de Kamer van eerste aanleg, ongeacht of het beroep van de appellante wordt ingewilligd of verworpen.

Bepaalde grieven (beginselen van behoorlijk bestuur, motiveringsplicht, recht van verdediging, ...) die de appellante thans opwerpt werden in het verleden reeds herhaaldelijk opgeworpen door de zorgverstrekkers en behandeld door de verschillende Kamers van eerste aanleg en van Beroep, zoals blijkt uit de uitspraken die terug te vinden zijn op www.riziv.be.

Er wordt vastgesteld dat deze grieven niet gegrond zijn, zoals blijkt uit de hiernavolgende overwegingen. De appellante roept ten onrechte deze schendingen in teneinde de vernietiging te bekomen van de betreden beslissing.

De wettelijke basis waarop de tenlasteleggingen zijn gesteund, alsook de weerhouden feiten en de tenlastelegging werden uitdrukkelijk vermeld in de aanvankelijk bestreden beslissing van de Leidend Ambtenaar. De geïntimeerde had eveneens een legaliteitsbasis om te getroffen beslissing t.a.v. de appellante te kunnen nemen.

De appellante heeft haar recht van verdediging ten volle kunnen benutten, zowel voor de beslissing van de Leidend Ambtenaar, als nadien, tot 2 keer toe (voor de Kamer van eerste aanleg en de Kamer van Beroep). Zij deed dit ook uitvoerig. Het volstaat te verwijzen naar haar verschillende verweerschriften en

beroepsconclusies. Zij kan dus niet voorhouden dat zij niet wist waartegen hij zich diende te verdedigen.

Na de administratieve fase heeft de appellante beroep aangetekend bij de Kamer van eerste aanleg en deze van beroep. Dit zijn onpartijdige en onafhankelijke rechtsinstanties. Er werd recht gesproken binnen een redelijke termijn. De zorgvuldigheidsplicht werd nageleefd.

De appellante bewijst geen fout in hoofde van de geïntimeerde. Anderzijds worden inbreuken op de nomenclatuur en regelgeving begaan door de appellante, aangetoond door de geïntimeerde.

Wat de schending van de **motiveringsplicht** betreft, stelt deze Kamer van beroep vast dat deze grief van de appellante kan niet worden aangenomen. Er is geen schending van het motiveringsbeginsel wanneer in de bestreden beslissing op omstandige wijze uiteengezet wordt waarom de Leidend Ambtenaar van oordeel is dat de gewraakte handelingen onrechtmatig zijn en aanleiding kunnen geven tot de opgelegde sanctie.

De beslissing van de Leidend Ambtenaar verwijst naar de feiten, het onderzoek, de verklaringen en de processen-verbaal en eveneens naar de toegepaste rechtsregels, werd eveneens meer dan voldoende gemotiveerd. De motivering is duidelijk, concreet en pertinent. De processen-verbaal bevatten alle noodzakelijke vermeldingen en werden correct opgesteld. De synthesenota is geen bestuurshandeling, net als het proces-verbaal van vaststelling omdat zij geen directe gevolgen ressorteren voor de appellante. Het zijn ook geen "beslissingen", maar de vaststellingen van de feiten die op papier worden gezet met het oog op een mogelijk gevolg en het desgevallend verder zetten van de procedure (verzoek om verweermiddelen te laten kennen, onderzoek van de verweermiddelen en nadien, indien nodig, een daarop volgende administratieve beslissing, die dan wel directe gevolgen heeft voor de betrokken dienstverlener. Er wordt gemotiveerd waarom er inbreuken werden vastgesteld. De appellante volgde de nomenclatuur niet.

De beslissing zelf is voldoende gemotiveerd wanneer de motivering afdoende en draagkrachtig is en de beslissing de iure en de facto draagt, hetgeen hier het geval is. De genomen beslissing dient niet nietig verklaard te worden nu de Kamer van eerste aanleg zich heeft aangesloten bij de argumentatie en de standpunten van de Dienst en de argumenten van de appellanten niet heeft aanvaard. Uiteraard mag er gesteund worden op de verklaringen van de patiënten.

Anders dan de appellanten voorhouden hebben zij geen geringe bewijswaarde. De patiënten zijn de eerste betrokkenen in deze zaak en weten maar al te goed welke zorgen zij ontvingen van de appellanten. Het standpunt van de geïntimeerde werd niet enkel afgeleid uit deze verklaringen, maar ook uit de eigen vaststellingen van de inspecteurs, de huisartsen, familieleden ... e.d.m.

Door de Kamer van eerste aanleg werd niet ingegaan op de door de appellante aangevoerde argumenten omdat het standpunt van de Dienst in feite en juridisch correcter werd geacht.

Bovendien worden, ingevolge het hoger beroep ingesteld door de appellante, de tenlasteleggingen opnieuw onderzocht, zodat, zelfs indien de appellante de mening zou toegedaan zijn dat de motiveringsplicht werd geschonden, zij in feite thans weinig belang heeft bij het inroepen van de beweerde schending daar de Kamer van beroep zich opnieuw moet buigen over hetgeen de Dienst de appellante ten laste legt.

De motivering wordt afdoend geacht wanneer het doel wordt bereikt nl. dat de betrokkene in staat gesteld wordt om te begrijpen op grond van welke feitelijke en juridische gegevens de beslissing werd genomen. Aan deze vereiste werd ruimschoots voldaan. Hierbij dient rekening gehouden met het feit dat de plicht tot formele motivering van bestuurshandelingen niet gelijk te stellen valt met de plicht tot motivering van jurisdictionele beslissingen. Niet alle feitelijke en juridische argumenten moeten door het bestuur worden beantwoord. Het volstaat dat de determinerende motieven voor de beslissing worden aangeduid (cfr. I. OPDEBEECK en A. COOLSAET, Formele motivering van bestuurshandelingen, Die Keure, 1999, nr. 198, blz. 158-160, en de aldaar geciteerde rechtspraak van de Raad van State).

De beslissing van de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Riziv verwijst voor wat de feiten en de vaststellingen betreft naar het neergelegde dossier en de synthesenota die als bijlage werd gevoegd. De weerhouden tenlasteleggingen volgen uit deze vaststellingen, de processen-verbaal van vaststellingen lastens de zorgverlener. De motieven zijn terug te vinden in het administratief dossier en mogen – hetgeen het geval was - maar moeten niet veruitwendigd worden in de beslissing zelf.

De tenlasteleggingen komen duidelijk en **bewezen** voor door de verklaringen van de patiënten, de verpleegster en de huisartsen van de patiënten. De huisartsen werden ondervraagd en gaven

hierbij hun standpunten nopens bijv. de afhankelijkheidsgraad van de patiënt. Zij vulden nogmaals een evaluatieschaal in. Dit alles volstaat als bewijs. De huisartsen kennen de wijze van scoren en dienen dit zeer regelmatig te doen voor allerlei zaken. Een score van de huisarts is ook niet steeds nodig wanneer de werkelijkheid kan afgeleid worden uit andere elementen.

Van alle verzekerden bij wie een inbreuk werd vastgesteld werd er een proces-verbaal opgemaakt. Elke weerhouden inbreuk wordt ondersteund door een verklaring van de verzekerde zelf of zijn familieleden.

Het is de taak van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV controle uit te oefenen en de nodige vaststellingen te doen. Wanneer zij vaststellingen doen moeten zij niet motiveren waarom zij dit doen, gezien dit tot hun wettelijk takenpakket behoort.

In casu wordt vastgesteld dat de vaststellingen werden gedaan omdat aangerekende verstrekkingen niet conform of niet uitgevoerd waren.

Er werd een degelijk en objectief onderzoek gevoerd, zowel à charge als à décharge.

Het gaat dus om de conformiteit en de realiteit van de aangerekende verstrekkingen die duidelijk niet met de wettelijke bepalingen of de werkelijkheid overeenstemden.

Zoals hoger reeds overwogen is de tenlastelegging gesteund zowel op de verklaringen van de patiënten, de zorgverlener zelf, de artsen, familieleden en op de vaststellingen van de inspecteur.

De tenlasteleggingen werden terecht afgeleid uit deze verklaringen en het proces-verbaal van vaststelling en worden bewezen geacht.

De verklaringen van de patiënten (proces-verbaal van verhoor, hierna PVV) steken in het dossier en kunnen nagegaan worden door de appellante. Al deze verklaringen dienen niet volledig of "expressis verbis" opgenomen in het PVV of in het verzoekschrift, hetgeen niet werkbaar zou zijn of materieel ondoenbaar. De appellante kan deze trouwens controleren. Zij zijn ter beschikking van de appellante en haar raadslieden ter griffie.

De door de appellante voorgehouden geringe bewijswaarde wordt tenietgedaan door hoger vermelde verklaringen. Naast deze

verklaringen zijn er bovendien ook nog de andere gegevens (eigen onderzoek door de inspecteurs, verklaringen van de familieleden, artsen, ...). Bovendien zijn de inspecteurs speciaal geschoold om om te gaan met patiënten zoals deze van de appellante.

De door de appellante aangehaalde gebrekkige bewijsvoering wordt niet aanvaard.

Wat betreft het rechtszekerheidsbeginsel en het vertrouwensbeginsel:

Het vertrouwensbeginsel kan enkel geschonden worden wanneer de overheid op een niet te verantwoorden wijze terugkomt op een vaste gedragslijn of op toezeggingen of beloften die zij in een concreet geval gedaan heeft (RvSt. (7° K), 3 juli 2012, nr. 220.161). De schending bestaat er volgens de appellante in dat er een vertrouwen werd gewekt door het uitblijven van verzet door de adviserend geneesheer.

Deze arts is echter geen agent of medewerker van het RIZIV zodat deze grief niet opgaat. De hoger vermelde beginselen kunnen hoe dan ook geen toepassing vinden "contra legem" (Cass. 1 maart 2010, nr. C.09.0390.N; Cass. 11 februari 2011, F.09.0161.N).

Het stelsel voor de terugbetaling van de prestaties aan de zorgverleners is zo geconcipieerd dat de zorgverleners hun prestaties overmaken aan de mutualiteiten. De lijsten met verstrekkingen komen dus M...tal ook toe nadat deze werden uitgevoerd. De beoordeling geschiedt dan ook achteraf. De adviserend geneesheer kan bovendien niet alle verstrekkingen nagaan. De mutualiteiten moeten er van uitgaan dat de Katzschalen door de zorgverleners op een correcte wijze werden ingevuld en dat er geen overscoringen en andere onjuistheden werden ingevuld teneinde meer of een hogere prestatie te kunnen aanrekenen.

Het feit dat de beoordeling van de evaluaties nadien gebeurt, houdt geen schending in van het rechtszekerheidsbeginsel, het vertrouwensbeginsel, noch van het redelijkheidsbeginsel. De controle is per definitie een controle achteraf. Deze gebeurt zeer omzichtig en hierbij worden alle beschikbare elementen in rekening gebracht door de geneesheren-inspecteurs en de verplegers-inspecteurs die daarvoor speciaal zijn opgeleid, zodat een betrouwbare beoordeling tot stand komt.

Wanneer de appellante en haar personeel hun evaluatieschalen niet correct invullen, hetgeen blijkt uit dit dossier, kan de appellante zich

niet beroepen op het rechtszekerheids- en/of het vertrouwensbeginsel. Wanneer de verpleegsters van de appellante aldus handelen schenden zij het vertrouwen dat het RIZIV noodgedwongen (in de huidige stand van zaken, gezien de wetgeving ter zake) moet stellen in de zorgverleners. Er is in casu geen sprake van het schenden van de gerechtvaardigde verwachtingen verwekt in hoofde van de zorgverleners.

Het feit dat er geen verzet komt tegen de evaluatieschalen die werden verzonden door de appellante laat haar niet toe onjuiste evaluaties en evaluaties "contra legem" vergoed te zien.

De evaluaties kunnen pas worden aanvaard en zijn vaststaand na controle en op voorwaarde dat zij als juist en correct werden aanvaard. Het toezenden van de evaluaties aan de mutualiteit impliceert geen automatische en definitieve goedkeuring ervan door het RIZIV.

Wanneer de zorgverlener een onjuiste evaluatie opstelt, zoals in casu, dan kan hij alleen en niet de adviserend geneesheer van de betrokken verzekeringsinstelling hiervoor verantwoordelijk gesteld worden. De verantwoordelijkheid voor een correcte aanrekening blijft steeds bij de zorgverlener zelf. Hij kan deze niet afschuiven op de adviserend geneesheer.

De stelling van de appellante dat bij gebrek aan verzet door de adviserend geneesheer zij ervan mogen uitgaan dat de door hen opgegeven prestaties of forfaits correct zijn, is niet juist. Het gebrek aan verzet leidt niet tot de automatische vaststelling dat de nomenclatuur correct werd toegepast. De Raad van State heeft dienaangaande reeds herhaaldelijk een standpunt ingenomen (RvS 29 juni 2004, nr. 133.337; RvS 30 september 2010, nr. 207.751).

Het **rechtszekerheidsbeginsel** werd niet geschonden.

Op deze grief kan derhalve niet ingegaan worden.

Zoals hoger uiteengezet werden er 3 tenlasteleggingen lastens de appellante weerhouden.

Uit de gegevens van het dossier volgt dat er niet-verleende verstrekkingen werden aangerekend door de appellante aan het RIZIV in strijd met de nomenclatuur en de regelgeving, hetgeen uiteraard een inbreuk uitmaakt. De appellante kan zich niet verschuilen achter het feit dat zij met personeel werkt. Zij heeft als taak haar personeel te controleren en na te gaan of hetgeen zij

doorgeven (en hetgeen de appellante aanrekenen ingevolge deze informatie) correct is of niet. Zij kan zich niet verschuilen achter het feit dat zij haar personeel niet controleerde en niet naging of de verpleegkundigen de door hen uitgevoerde prestaties bijhielden in het verpleegdossier. Uit hetgeen volgt wordt eveneens vastgesteld dat de appellante verschillende keren één en ander zou nagaan n.a.v. de controle, maar hieraan geen gevolg gaf.

Dhr. G... had - dit betreft de **eerste tenlastelegging** - duidelijk geen recht op een forfait B en evenmin op een supplement voor een derde bezoek. De appellante kwam maar één keer per dag langs. Voor de rest werd hij verzorgd door de verpleegkundigen van de service-flat. Mevrouw F... gaf toe dat zij maar één keer per dag langsgaan bij deze persoon die geen verzorging wenst 's avonds, omdat zij te vroeg komen. In de gegeven omstandigheden diende de andere verpleegkundigen niet meer ondervraagd. De verklaring van zijn huisarts of diens score waren dan ook niet meer nodig.

H...werd een forfait A aangerekend en meerdere keren per week een supplement voor een derde bezoek. Deze verzekerde verklaarde dat de verpleegsters 2 keer per dag langskwamen, maar slechts 2 keer vanaf augustus 2011. De appellante kon niet meer zeggen wat er voor de verhuis gebeurde. Het verpleegdossier bevatte geen notities, noch de aftekening van de prestaties. Het blijkt derhalve evident dat de 3^{de} basisverstrekking en het supplement voor een 3^{de} bezoek ten onrechte werd aangerekend.

Ook voor N... werden er niet-verleende verstrekkingen aangerekend. Dit blijkt uit de verklaring van zijn echtgenote (de verzekerde zelf, 56 jaar maar lijkt wel 85, heeft Parkinson). Het ontbreken van notities en aftekening van de verstrekkingen bevestigt deze verklaring. Mevrouw F... ging dit nakijken maar liet niets meer van zich horen ! In dit geval werden de niet verleende prestaties terecht als niet verschuldigd aanzien.

Bij I... werd dagelijks een basisverstrekking en een toilet aangerekend terwijl Dhr. O... verklaarde dat de verpleegster dikwijls heel laat komen, hetgeen zij niet graag hebben omwille van het talrijk bezoek. Daarom helpen de echtgenoten elkaar bij het wassen. In het verpleegdossier staat vermeld: "reeds gewassen", hetgeen de tenlastelegging bevestigt. De niet uitgevoerde prestaties mochten niet aangerekend worden. Hetzelfde dient overwogen voor wat betreft haar echtgenoot, O....

De aangegeven gevallen duiden op een onterechte aanrekening van niet geleverde prestaties.

De **tweede tenlastelegging** betreft het niet voldoen aan de terugbetalingsvoorwaarden.

De appellante rekende voor verzekerde G... dagelijks een forfait B aan. Uit zijn verklaring blijkt dat hij 's morgens altijd zelf uit bed komt en dan zelf naar het toilet gaat. Hij toonde dit laatste voor. Hij had enkel hulp nodig om zijn broek op te trekken. Het overige lukt zelfstandig. Zijn maaltijden worden bereid. Vlees snijden lukt niet meer, een boterham smeren kan hij zelf wel. Deze patiënt had een blaassonde voor urine. De appellante mocht hiervoor niet meer dan 2 aanrekenen als score, volgens de richtlijnen.

Mevrouw F... bleek niet op de hoogte te zijn van de richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal. De minimumscore 3 voor de items 'transfer en verplaatsen', 'toiletbezoek' en 'continentie' en/of 'eten' werd niet bereikt. Bij een sonde kon er maximaal een score 2 toegekend worden. De appellante mocht hoogstens een forfait A in rekening gebracht hebben. Het blijkt overduidelijk dat de regelgeving hier niet werd gevolgd. Het was dan ook niet nodig andere verpleegkundigen te ondervragen.

Ook bij K... werd een te hoog forfait aangerekend (A tot 23/02/2011), tot er werd overgeschakeld naar dagelijks toilet. Zijn echtgenote verklaarde in zijn bijzijn dat hij zich gedeeltelijk nog zelf kan wassen (gezicht) en zich zelf scheert. De rest is moeilijk omdat hij veel valt. Hij wordt gedeeltelijk gekleed. Hij kan in en uit bed zonder hulp. Hij loopt zo rond in het huis. Buiten gebruikt hij een stok. Hij heeft geen incontinentieprobleem. Hij kookt samen met zijn vrouw en heeft geen hulp nodig bij het eten. Mevrouw F... kon niet uitleggen waarom hem een forfait A werd toegekend. Zij zou dit nakijken. Er kwam blijkbaar geen reactie. De overscoring werd bevestigd door de huisarts en de inspecteur. Er mochten 7 toiletten worden aangerekend i.p.v. een forfait A. Ten onrechte gaat de appellante er van uit dat de huisarts niet op de hoogte is van de richtlijnen i.v.m. het gebruik van de Katz-schalen.

Mevrouw L... werd eveneens te hoog (forfait A) gescoord door de appellante en haar team. Dit blijkt uit haar eigen verklaring. Het item verplaatsing werd te hoog ingeschat door de verpleegkundigen van de appellante. Score 3 kan enkel wanneer de verzekerde zich nooit zelfstandig kan verplaatsen of zijn transfers doen. Ook de adviserend verpleegkundige van de mutualiteit bracht de scores terug tot deze die recht gaven op 2 toiletten per week (24/01/2011). De behandelende geneesheer van de patiënte schatte de scores lager in dan de appellante. Deze verzekerde had voordien enkel

recht op maximaal 7 toiletten per week. Het is niet omdat een verhoor summier is dat deze per schuldeiser onjuist zou zijn. Wanneer er discrepanties zijn in de scores van de verschillende items (bijv. van de behandelende arts en de inspecteurs), wordt meestal de hoogste genomen.

Voor M... rekende de appellante 3 toiletten per week aan en drukverbanden. M... verklaarde dat hij niet werd gewassen behalve 3 maal per week zijn benen en voeten, die dan worden voorzien van windels nadat er Nivea werd opgedaan. Hij doet de windels 's avonds zelf uit. Voor deze patiënt mochten er geen toiletten aangerekend worden wanneer enkel de benen worden gewassen. Er is uiteraard geen sprake van een volledig toilet.

Mevrouw F... zou dit nakijken maar liet niet meer van zich horen. De notities in het verpleegdossier vermelden (in het zorgenplan): toilet van benen en voeten 3x per week. Het staat dan ook vast dat deze prestaties niet aanrekenbaar waren volgens de nomenclatuur voor geneeskundige verstrekkingen. De derde tenlastelegging komt eveneens bewezen voor.

Wat de **administratieve geldboete** betreft, wordt vastgesteld dat de mildere strafwet reeds werd toegepast. De lichtere straf die hiervan het gevolg is, komt ten goede aan de appellante.

De appellante kan niet gevolgd worden wanneer zij voorhoudt dat er geen administratieve geldboete gerechtvaardigd is omdat er geen antecedenten aanwezig zijn en omdat er geen kwade trouw aanwezig is in hoofde van de appellanten.

Voor de sanctie van niveau 2 verwijst deze Kamer naar het artikel 225,2° van het Sociaal Strafwetboek. Er kan een strafrechtelijke geldboete opgelegd worden van 50 tot 500 euro, of een administratieve geldboete van 25 tot 250 euro.

Een administratieve geldboete van telkens € 250,00 (meer 45 opdecimen) komt gepast voor en dringt zich hier op voor zowel de eerste als voor de tweede tenlastelegging, samen met de derde tenlastelegging.

Een administratieve geldboete kan worden opgelegd in geval van een louter administratieve vergissing, onachtzaamheid, slordigheid of onwetendheid.

De opgelegde sanctie is proportioneel ten aanzien van de gepleegde inbreuken, zelfs bij gebrek aan antecedenten mede gelet

op de intrinsieke ernst van de begane inbreuken. Er is geen wanverhouding tussen de begane inbreuken en de gevorderde en toegekende sanctie. De aanrekening van niet-vergoedbare verstrekkingen heeft een bepaalde tijdsduur gekend wat niet kan aanvaard worden. Dat niet uitgevoerde verstrekkingen niet mogen aangerekend worden staat buiten kijf. Een strenge bestraffing via een hoge administratieve geldboete dringt zich hier dan ook op.

De sancties schenden het evenredigheidsbeginsel niet. Er zijn geen redenen voorhanden om de geldboete volledig met uitstel op te leggen.

Uiteraard dient het bedrag van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen integraal terugbetaald. D.i. trouwens de toepassing van de wet.

Nu de tenlastelegging ook in graad van hoger beroep bewezen geacht wordt, werd de appellant terecht veroordeeld tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen.

Wanneer de aangerekende verstrekkingen niet overeenkomen met de wet of haar uitvoeringsbesluiten moet de waarde ervan terugbetaald worden door de zorgverlener (artikel 142 § 1 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

Het hoger beroep komt ongegrond 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.

Ontvangt het hoger beroep en verklaart het niet gegrond.

Bevestigt derhalve de beslissing van de Kamer van eerste aanleg d.d. 19 november 2014, AR.NA-014bis-13.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 9 november 2015 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 de 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 Vera DE GROOF en dokter André TIELENS, leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede mevrouw Mimount EL ABBOUDI en de heer Freddy RAYMACKERS, leden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de verpleegkundigen; de leden-geneesheren en leden-verpleegkundigen 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.