

Rep. Nr. 33/12

\*

AR. NB-023-07

\*

Tegensprekelijke  
eindbeslissing van  
10 september 2012

\*

Beroep tegen de  
beslissing van 3 maart  
2007 van het Comité  
DGEC van het RIZIV

\*

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 : mevr. A..., verpleegkundige, wonend te XXXX

Appellante, die wordt vertegenwoordigd door mr. B..., advocaat, met kantoor te XXXX.

Tegen :

**RIZIV - DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE**, openbare instelling, met zetel te 1150 Brussel, Tervurenlaan 211.

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

\*

\* \*

Op de openbare terechtzitting van 14 mei 2012 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 het Comité van de DGEC van het RIZIV;
- de bestreden beslissing d.d. 2 maart 2007 van het Comité, ter kennis gegeven met een aangetekende brief van 3 april 2007;
- de beroepsakte van appellante van 30 april 2007;
- de beroepsbesluiten van geïntimeerde van 21 augustus 2007;
- de beroepsbesluiten van appellante van 26 september 2007;
- de tweede beroepsbesluiten van geïntimeerde van 28 maart 2008;
- de oproepingsbrieven van 26 april 2012.

Gehoord op de openbare terechtzitting van 14 mei 2012;

- mr. B... in de uiteenzetting van de middelen en conclusies namens appellante;
- dhr. D...in de uiteenzetting van het juridische luik van de middelen en conclusies namens de geïntimeerde
- dr. C..., in de uiteenzetting van het technische 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 11 juni 2012. Wegens verder beraad werd de zaak uitgesteld naar de eerst nuttige openbare terechtzitting, dus op heden, om uit te spreken.

\*  
\*       \*

#### **VOORWERP VAN HET GESCHIL**

De Dienst startte in 2004 een onderzoek naar de geneeskundige verstrekkingen, die door verpleegkundige A... werden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering.

De volgende inbreuken werden ten laste gelegd :

Het opstellen van, ondertekenen en afleveren van getuigschriften voor verstrekte hulp waardoor aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verstrekkingen behorende tot Art. 8 van Afdeling 4 van de

Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen (KB 14/09/1984) ten onrechte werden in rekening gebracht in de volgende gevallen :

Het gaat om de volgende nomenclatuurnummers: 245014, 425036, 425110, 425132, 423076, 425154, 425176, 424336, 424351, 425272, 425294, 425412, 425434, 425515, 425530, 423275, 425552, 425574, 424491, 424513, 425670 en 425692

Tenlastelegging 1: *Verstrekkingen aangerekend doch niet uitgevoerd*

Dat is een inbreuk op artikel 53 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14/07/1994.

5.090,78 verstrekkingen voor een bedrag van 19.898,73 EUR werden ten laste gelegd.

Tenlastelegging 2: *I) Verstrekkingen aangerekend op basis van niet originele doch gewijzigde voorschriften.*

*II) Verstrekkingen aangerekend op basis van gewijzigde voorschriften die oorspronkelijk werden opgesteld voor een andere verzekerde:*

De onder deze tenlastelegging opgenomen verstrekkingen mogen volgens art. 8, §2 van de Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen slechts worden vergoed indien ze door een geneesheer zijn voorgeschreven : uit de getuigenissen van de voorschrijvende geneesheren is gebleken dat er op hun voorschriften, buiten hun weten om, wijzigingen werden aangebracht.

491 verstrekkingen voor een bedrag van 1.258,61 EUR werden ten laste gelegd (tenlastelegging 2.I).

4.804 verstrekkingen voor een bedrag van 1.897,98 EUR werden ten laste gelegd (tenlastelegging 2.II).

Totaal 2.I) en 2.II) : 1.295 verstrekkingen ten bedrage van 3.145,59EUR.

*Tenlastelegging 3: Verstrekkingen aangerekend op basis van voorschriften die niet voldoen aan de vereisten van Art. 8 §2 van de Nomenclatuur der Geneeskundige Verstrekkingen:*

Dat is een inbreuk op art. 8, §2 NGV (in werking voor de periode van 01.10.2001 tot 30.09.2002, van 01.10.2002 tot 30.06.2003, en sinds 01.07.2003)

1.595 verstrekkingen voor een bedrag van 7.308,15 EUR werden ten laste gelegd.

*Tenlastelegging 4 : Verstrekkingen aangerekend in overtreding van de bepalingen van Art.8, § 3, 5°, daar er niet werd voldaan aan de vereisten van Art. 8, §4, 2° : het verpleegdossier is onvolledig.*

Dat is een inbreuk op art. 8, § 3, 5° NGV (in werking voor de periode van 09.01.1998 tot 30.06.2003, en sinds 01.07.2003) en op art. 8, § 4, 2° (in werking voor de periode van 01.06.1997 tot 30.09.2002, van 01.10.2002 tot 30.06.2003, en van 01.07.2003 tot 31.05.2004)

20.951 verstrekkingen voor een bedrag van 100.939,45 EUR werden ten laste gelegd.

#### **Betwiste beslissing van het Comité dd. 03.03.2007**

Het Comité oordeelde op 3 maart 2007 dat de inbreuken bewezen zijn en weerhield deze.

Het Comité legde aan mevr. A...overeenkomstig het toenmalig art. 141, §5, laatste lid van de ZIV-wet de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van € 101.141,43 op.

Het Comité legde haar eveneens bij toepassing van het toenmalig artikel 141, § 5 van de ZIV-wet een effectieve administratieve geldboete van € 101.141,43 (100%).

Het is deze beslissing die thans wordt betwist.

\*  
\*       \*

## **BEROEPSGRIEVEN**

### **1. Standpunt van appellante**

Appellante vraagt dat de Kamer zou oordelen dat :

*In hoofdorde* : - de tenlasteleggingen ongegrond zijn  
- De programmawet van 24.12.2002 niet retroactief kan worden toegepast voor het opleggen van een administratieve geldboete

*In ondergeschikte orde* : voor recht te stellen dat het onderzoek gebrekkig is en bijkomende onderzoeksdaden te bevelen :

Mbt tenlastelegging 1 : overige 6 patiënten ondervragen, 13 patiënten op te roepen en te horen over hun afgelegde verklaringen en het bewijsstuk van de hospitalisatieperiodes nietig te verklaren

Mbt tenlastelegging 2 : artsen op te roepen en te horen over hun voorschrijfgedrag

Mbt. tenlastelegging 3: welke gegevens ontbreken op de voorschriften

Mbt. tenlastelegging 4 : meedelen obv welke rechtsgrond de 'globale observatie van de rechthebbende en de gezondheidsbegeleiding van de rechthebbende, verplichte vermeldingen zijn van het verpleegdossier.

En naderhand : de tenlasteleggingen ongegrond te verklaren en een eventuele administratieve geldboete volledig met opschorting op te leggen.

### **2. Standpunt van geïntimeerde**

Geïntimeerde vraagt het hoger beroep ontvankelijk doch ongegrond te verklaren en de beslissing a quo te bevestigen in de zin van het weerhouden van de tenlasteleggingen

Voor tenlasteleggingen 1, 2 en 3 : de terugvordering en de administratieve geldboete, zoals opgelegd door het Comité, te bevestigen.

Voor tenlastelegging 4 (onvolledig verpleegdossier) : geïntimeerde gaat akkoord met de toepassing van de mildere wet van 24.12.2006 (in werking vanaf van na 15 mei 2007). De wet bepaalt dat voor niet-conforme verstrekkingen de terugbetaling en/of een administratieve geldboete wordt opgelegd. De Dienst vraagt de terugbetaling te bevestigen.

## **BEOORDELING**

### **1. De ontvankelijkheid**

Het hoger beroep aangetekend bij de Kamer van beroep is tijdig en op regelmatig wijze ingesteld en dus ontvankelijk.

### **2. Ten gronde:**

Met de "Dienst" hierna vermeld wordt bedoeld de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en controle.

De Kamer van beroep zal niet de volgorde van de grieven volgen zoals deze werden vermeld door de appellante in haar verzoekschrift tot hoger beroep, maar beginnen met de tenlasteleggingen en eindigen met de administratieve geldboete. Er kan immers maar een administratieve geldboete worden opgelegd wanneer vaststaat dat er inbreuken werden gepleegd door de appellante.

Wat de inbreuken betreft wordt vastgesteld aan de hand van de stukken van het dossier dat deze voldoende bewezen voorkomen.

De prestaties van de appellante werden grondig onderzocht en de onderzoekers zijn niet over één nacht ijs gegaan. Het groot aantal pagina's onderzoek (meer dan 500) bewijzen dat zij dit onderzoek grondig en ernstig hebben gevoerd. De bezwaren van de appellante kunnen dan ook niet worden aanvaard. Uit het hoger vermeld onderzoek blijkt dat de weerhouden tenlasteleggingen gegrond zijn.

Er wordt geen geloof gehecht aan de verklaringen van de appellante noch aan de nadien door haar patiënten op haar verzoek getekende maar voorgeschreven verklaringen die zij thans neerlegt. Bovendien werden bepaalde patiënten die een dergelijke verklaring ondertekenden nadien, bij wijze van steekproef naar de betrouwbaarheid van deze verklaringen, opnieuw ondervraagd en toen bleek dat zij het document dat de appellante hen onder de neus schoof ondertekenden zonder het goed te lezen en dat zij bij hun oorspronkelijke verklaring bleven. De bewijswaarde van deze post factum stukken opgemaakt door de appellante zelf is dan ook van nul en generlei waarde. D.i. de reden waarom de Kamer van Beroep meer geloof hecht aan de aanvankelijke verklaringen van de patiënten in kwestie en aan de steekproef uitgevoerd door de geïntimeerde dan aan de door de appellante neergelegde verklaringen.

Het aanvankelijk onderzoek kwam tot stand omdat vastgesteld werd, na klacht door een verzekeringsinstelling, dat de appellante voor één van haar leden dagelijkse zorgen aanrekende terwijl er enkel een wekelijks toilet werd uitgevoerd.

Naar aanleiding van deze klacht werd verder onderzoek gedaan naar de prestaties van de appellante en werden meerdere overtredingen vastgesteld door deze zorgverlener. Proces-verbaal werd opgemaakt, de appellante werd gehoord en de pro justitia's werden tijdig betekend. De patiënten werden gehoord evenals bepaalde voorschrijvende artsen, zowel specialisten als huisartsen en 2 verpleegkundigen. Nieuwe onderzoeksdaden, zoals door de appellante gewenst voor de onderscheiden betichtingen, zijn dan ook niet meer nodig, temeer dat blijkt dat het onderzoek zeer grondig werd gevoerd.

Tijdens het onderzoek werd ook vastgesteld dat de appellante prestaties aanrekende voor patiënten terwijl bleek dat zij deze prestaties niet kon geleverd hebben omdat de patiënten in kwestie die dagen aan zee verbleven. De hospitalisatieperioden van de verzekerden en van de appellante bevinden zich in het dossier.

De appellante verklaarde dan dat dit niet kon en dat er van niet uitgevoerde prestaties geen sprake was. Dit toont aan dat de appellante getuigt van weinig realiteitszin en zelfs van kwade trouw.

Het gaat hier zelfs niet om een vergissing, hetgeen trouwens evenmin zou aanvaard worden. Indien de appellante haar prestaties nauwkeurig noteerde, hetgeen nodig was om deze aan te rekenen, kan het niet dat zij niet gepresteerde prestaties aanreken, tenzij het haar bedoeling was de sociale zekerheid op te lichten.

Meteen staat vast dat de appellante allesbehalve correct ageerde temeer dat zij, reeds voor de tweede keer, prestaties aanrekenende die zij niet eens deed.

Er wordt immers vastgesteld dat de appellante in het verleden het ook al niet te nauw nam met haar verplichtingen binnen het kader van de hier toepasselijke wetgeving daar haar een verbod op verzekeringstegemoetkoming werd opgelegd gedurende 2 maanden en haar een terugbetaling van € 6.917,52 werd opgelegd, nadat zij eerder reeds € 1.356,70 spontaan terugbetaalde, wegens vaststelling van 1.465 niet uitgevoerde en 318 niet conform uitgevoerde verstrekkingen.

De eerste tenlastelegging (aangerekende maar niet uitgevoerde verstrekkingen) wordt bewezen geacht. De Dienst onderzocht ook de hospitalisatieperiodes van de appellante. Dat een bepaalde mutualiteit hiervoor een formulier gebruikte waarop er ook andere gegevens op stonden die de appellante betroffen (reden opname, diagnose ziekte-toestand), die de Dienst niet had gevraagd, en, waarvan geen gebruik of misbruik werd gemaakt door de Dienst, is te betreuren maar geen reden om het bewijsmateriaal dat betrekking heeft op hetgeen er mocht en kon gevraagd worden, en ook werd gevraagd, nietig te verklaren. Het Comité is niet ingegaan op de opmerkingen van de appellante dienaangaande en heeft terecht geoordeeld dat de gevraagde informatie mocht gevraagd en gebruikt worden. Wanneer de mutualiteit meer inlichtingen verschaft dan gevraagd en de Dienst daarvan geen gebruik maakt (of zelfs kon maken, daar niet relevant voor het onderzoek zelf), dan worden de grieven die de appellante daaromtrent opwerpt verworpen. De appellante zoekt, en d.i. haar recht, allerlei middelen om de aandacht af te leiden van de essentie van de huidige zaak, nl. de tenlasteleggingen en de daaruit volgende terugbetaling en sanctie. Het privéleven van de appellante werd geëerbiedigd door de Dienst. Er is geen schending van het beroepsgeheim wanneer de mededelingen geschieden binnen de wettelijke perken, wat



hier zeker het geval is.

Ook de tweede tenlastelegging komt bewezen voor.

De appellante verklaarde dat zij "geen tijd (heeft) om altijd naar de dokters te lopen om hun voorschriften te laten verbeteren of aanvullen". Hieruit kan worden afgeleid dat de appellante zelf de voorschriften aanpaste in een voor haar gunstige zin. De geneesheren hebben de voorschriften niet gewijzigd, en verklaarden dit ook (een verder onderzoek lijkt dan ook niet nodig), zodat er alleen de appellante rest.

Later ontkent zij dat zij verantwoordelijk kan gehouden worden voor de wijzigingen aan de voorschriften. In het licht van haar vorige verklaring komt zij weinig geloofwaardig over.

Er zijn geen redenen voorhanden om de zaak nogmaals uit te stellen om te onderzoeken of het soms de arts zelf niet is die zijn voorschrift heeft gewijzigd. De voorschriften in kwestie werden gewijzigd. Uit de verklaringen van de appellante blijkt dat zij deze zelf heeft aangepast.

Uit het onderzoek blijkt dat er verstrekkingen werden uitgevoerd op basis van onvolledige voorschriften. Uiteraard kan dit niet aanvaard worden. Ook de derde tenlastelegging komt bewezen voor. Verstrekkingen aangerekend op basis van voorschriften die niet voldoen aan de vereisten van artikel 8 § 2 van de Nomenclatuur kunnen niet door de beugel. Waar natuurlijk de voorschrijvende geneesheer in eerste instantie er over moet waken dat zijn voorschriften in overeenstemming zijn met de geldende wets- en verordeningbepalingen zijn de tekorten m.b.t. de vereisten van artikel 8 §2 eveneens een vergoedingsvoorwaarde. De appellante kan niet worden vergoed wanneer blijkt, zoals in casu, dat de voorschriften niet conform de wettelijke bepalingen werden opgesteld.

Wat de vierde tenlastelegging betreft (verstrekkingen aangerekend in overtreding met artikel 8, § 3 5° NGV, onvolledig verpleegdossier), verwijst de Kamer van beroep naar de verklaring van de appellante zelf (proces-verbaal van 9 juli 2004 waarin zij verklaart m.b.t. de opmerking over artikel 8 § 4 1° en 2° van de nomenclatuur: ... ik deel U mede dat dit in geen enkel van mijn dossiers in orde is ...) (dossier E..). Identieke vaststellingen en verklaringen voor wat betreft F...en G....

De appellante sprak toen (9/07 en 13/07/2004) niet van een geautomatiseerd bestand. Zij toont niet aan dat zij toen van een dergelijk bestand gebruik maakte. In de dossiers ontbraken de planning en evaluatie van de verzorging, alsook alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend werden. De appellante vulde enkel de medicatie, de eigen voorschriften en kopies van medische voorschriften in. De geneesheren-inspecteurs hebben deze feiten zelf vastgesteld. De globale observatie van de rechthebbende en zijn gezondheidsbegeleiding ontbraken ook. De appellante werd er toen ook op gewezen welke elementen in het dossier dienden aanwezig te zijn.

De beslissing van het Comité werd voldoende gemotiveerd en de vraag naar bijkomende onderzoeksdaden werd en wordt als niet dienstig afgewezen.

Anders dan de appellante denkt, mag het Comité verwijzen naar het onderzoek, de processen-verbaal, en de documenten waaruit de feiten blijken. Er mag niet verlangd worden dat er voor elk feit of overtreding verwezen wordt naar een specifiek stuk. De appellante heeft immers kennis genomen van de uitvoerig onderzoek. Trouwens de feiten kunnen ook gehaald worden uit 2 of meer verklaringen samen, zowel van patiënten, geneesheren of de zorgverstrekker zelf. Het feit dat er slechts 2 zinnen nodig zijn om aan de motiveringsplicht te voldoen, schendt de wetgeving dienaangaande niet. Zelfs één zin kan volstaan om de motieven die feitelijk juist zijn en de beslissing effectief draagt en verantwoordt zowel naar de feiten als naar recht, kenbaar te maken.

De rechten van verdediging van de appellante worden niet geschonden door de procedure voor het Comité van de DGEC (Dienst Geneeskundige evaluatie en controle) nu zij beroep aantekende en in de mogelijkheid werd gesteld gehoord te worden door de Kamer van Beroep en aldaar haar verdediging uitvoerig naar voor te brengen, hetgeen zij ook deed. Het feit dat zij in het verleden verhoord werd door 2 auditeurs schond haar rechten niet daar dit aldus geregeld was onder de vorige wetgeving en zij niet aanhaalt noch bewijst dat haar verklaringen niet correct werden genoteerd. Het Comité verhoorde de zorgverstrekker alleen onrechtstreeks (en dit om praktische redenen) conform de toen vigerende wetgeving, die intussen werd aangepast. De appellante werd opgeroepen om zich te verdedigen en heeft haar standpunt naar voor kunnen

brenge. Thans heeft zij dit nogmaals gedaan in huidige procedure, zodat zij niet met succes kan voorhouden dat zij geen recht had op tegenspraak, op een eerlijk proces en dat er geen sprake was van onafhankelijkheid en onpartijdigheid. Huidige procedure waarborgt trouwens deze principiële begrippen ten volle. De magistraat die dient te oordelen over deze zaak doet dit in volle onafhankelijkheid en volgens zijn eigen geweten. De zaak van de appellante werd opnieuw onderzocht in graad van beroep en dit na kennisname van het volledig dossier. De appellante kreeg een eerlijk proces dat op een correcte manier is verlopen. Haar zaak werd onderzocht overeenkomstig de toepasselijke wetgeving en na de verdediging van de appellante en de pleidooien werd zeker door huidige kamer voorgezeten door een magistraat, maar ook door het Comité, een gemotiveerde beslissing genomen waarbij de rechten van verdediging van de beide partijen werden gerespecteerd. Het Comité is bovendien samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende beroepscategorieën zoals voorzien in de wet (artikel 140 § 1 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994). Het Comité heeft soeverein en in alle onafhankelijkheid en onpartijdigheid geoordeeld.

De appellante bezit beroepsmogelijkheden, waarvan zij reeds gebruik maakte (beroep bij de Kamer van Beroep). Mocht zij het nog niet eens zijn met huidige beslissing kan zij zich nog wenden naar de Raad van State voor een eventueel administratief cassatieberoep.

Aan de appellante werd een administratieve geldboete opgelegd. De wet voorziet in deze mogelijkheid (vanaf de inwerkingtreding ervan) en de appellante geeft zelf toe dat een deel van de feiten dateren van na de invoering van de deze mogelijkheid in de wet. Dit wordt ook afgeleid uit het feit dat de appellante argumenteert in haar beroepsakte dat een deel van de feiten dateren van voor het invoeren van deze mogelijkheid in de wet.

De appellante kan geen administratieve geldboete worden opgelegd voor de inwerkingtreding van de Programmawet van 24 december 2002. Het vroeger verbod tot tegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen werd niet aanzien als een strafsanctie (cfr. arrest nr. 133/2001 van 30 oktober 2001 van het Arbitragehof, B.S. 21 december 2001).

Er kan aan de feiten slechts een strafsanctie gekoppeld worden op grond van een voorafbestaande wettelijke strafbaarstelling (legaliteitsbeginsel, niet-retroactiviteit van de wet). Dit impliceert dat aan de appellante geen geldboete voor de feiten die dateren van voor 15 februari 2003, kan worden opgelegd.

Hoewel de feiten als ernstig worden bestempeld, en het feit dat de appellante in het verleden ook reeds feiten pleegde (- zie hoger -), zijn er echter redenen voorhanden om de administratieve geldboete (voor de periode waarvoor het wettelijk mogelijk zou geweest zijn) volledig op te schorten, zoals door de appellante gevorderd.

Gezien het tijdsverloop komt het toch aangewezen voor de opgelegde administratieve geldboete (voor de feiten vanaf 15 februari 2003 op te schorten wegens overschrijding van de redelijke termijn. De feiten dateren van 1 april 2002 tot 31 oktober 2003. Op het moment van de uitspraak zijn er net geen 9 jaren verstreken tussen de laatste weerhouden feiten en de uitspraak in hoger beroep. De administratieve rechtscolleges of zelfs de bijzondere beslechtingssystemen (term gebruikt door de geïntimeerde in de conclusies van 21 augustus 2007) zijn, net als rechtbanken en hoven, er toe gehouden hun uitspraken te verlenen binnen een redelijke termijn.

De Kamer van Beroep dient vast te stellen dat in huidige zaak de redelijke termijn manifest werd overschreden en dat de appellante niet is berecht zonder onredelijke vertraging. Het feit dat er opeenvolgende wetten zijn tussengekomen die mede aan de basis liggen van de vertraging in de afhandeling van het dossier van de appellante, doet geen afbreuk aan het fundamenteel recht van de zorgverlener om zijn zaak binnen een redelijke termijn afgehandeld te zien. De appellante mag de overschrijding van de redelijke termijn ook opwerpen voor de Kamer van Beroep, zelfs wanneer zij dit niet eerder deed.

Er dient dan ook om die reden geen administratieve geldboete opgelegd aan de appellante. De overschrijding van de redelijke termijn heeft echter geen invloed op de terugbetaling van de prestaties die het gevolg zijn van de inbreuken die supra bewezen werden verklaard.

Er kan geen verbod tot verzekeringstegemoetkoming meer worden uitgesproken aangezien dit verbod wettelijk werd afgeschaft. Alle ten onrechte genoten bedragen dienen

terugbetaald. De beslissing van het Comité dient dienaangaande bevestigd.

De gemotiveerde en juridisch correcte overwegingen van het Comité kunnen worden bijgetreden behalve m.b.t. de administratieve geldboete.

Het hoger beroep komt dan ook 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.

Ontvangt het hoger beroep en verklaart het enkel gegrond in de hiernavolgende mate.

Vernietigt de beslissing van 2 maart 2007, betekend op 3 april 2007, van het Comité doch enkel waar het een effectieve geldboete oplegt van 101.141,43 euro.

En, opnieuw wijzend, zegt voor recht dat er geen administratieve geldboete dient te worden opgelegd aan de appellante.

Bevestigt voor het overige de hoger vermelde bestreden beslissing van het Comité betekend op 3 april 2007.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 10 september 2012 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;
- Mevrouw Cécile DE WIN, griffier van de Kamer van beroep.

Volgen de handtekeningen:

De griffier,

De Voorzitter,

C. DE WIN

J. 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 J. VILAIN, magistraat-Voorzitter, mevrouw en de heer dokter E. TRAEY en J. BOYDENS, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, alsmede de dames M. ROMBAUT en V. DE FREYNE, vertegenwoordigsters van de representatieve verenigingen van verpleegkundigen en hebben aan de beraadslaging deelgenomen bij wege van advies. De Kamer van beroep werd bijgestaan door de heer C. DE WIN, griffier in de Kamer van beroep.