

Rep. Nr. 50/12

*

AR. NB-067-07

*

Tegensprekelijke
eindbeslissing van
10 december 2012

*

Beroep tegen de
beslissing van 27 april
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, dr. C..., geneesheer-inspecteur en dhr. D..., attaché, ambtenaren bij geïntimeerde.

*

* *

Op de openbare terechtzitting van 12 november 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. 27 april 2007 van het Comité, ter kennis gegeven met een aangetekende brief van 20 juni 2007;
- de beroepsakte van appellante van 18 juli 2007;
- de beroepsbesluiten van geïntimeerde van 31 augustus 2007;
- de beroepsbesluiten van appellante van 19 maart 2012;
- de beroepsbesluiten van geïntimeerde van 11 mei 2012;
- de oproepingsbrieven van 15 oktober 2012;

Gehoord op de openbare terechtzitting van 12 november 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 10 december 2012.

*
* *

VOORWERP VAN HET GESCHIL

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

De volgende inbreuken werden ten laste gelegd :

Tenlastelegging 1. Het opmaken, ondertekenen en uitreiken van verzamelgetuigschriften voor verstrekte hulp model D met aanrekenen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen uit Art. 8 van de NGV die niet werden uitgevoerd, dit vormt een inbreuk op Art. 53 van de gecoördineerde wet van 14-07-94 en wijzigingen, op

Art. 1 §1 en §4 en op Art. 8 §1 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (K.B. 14 september 1984 en wijzigingen)

Reglementaire basis :

- Artikel 53 van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994;
- Artikel 1 §§ 1 en 4 en artikel 8, §1 van de Bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (NGV).

Er werden 2.077 verstrekkingen ten laste gelegd bij 8 verzekerden voor een bedrag van € 11.089,21. Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Tenlastelegging 2. Door het opstellen en ondertekenen van de "evaluatieschaal tot kennisgeving van toiletverzorging", bijlage 79, met vermelding van een hogere score voor de afhankelijkheidscriteria dan de werkelijke, aanrekenen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van toiletten (en ermee samenhangende basisverstrekkingen) met een te hoge frequentie aangezien de graad van afhankelijkheid gesteld in de nomenclatuur niet werd bereikt. (Inbreuk op artikel 8 §1, §5 en § 6.) van de Bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen)

Reglementaire basis : Artikel 8, §§ 1, 5 en 6 van de NGV.

Er werden 834 verstrekkingen ten laste gelegd bij 5 verzekerden voor een bedrag van € 2.950,-. Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Tenlastelegging 3. Opmaken, ondertekenen en uitreiken van verzamelgetuigschriften voor verstrekte hulp model D met aanrekenen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen die niet mochten worden aangerekend, aangezien aan de voorwaarden, gesteld in de nomenclatuur, niet was voldaan, met name: aanrekenen van forfaitaire honoraria waar de fysieke afhankelijkheidstoestand van de rechthebbende niet beantwoordde aan de daartoe vereiste criteria. (Inbreuk op artikel 8 § 1 van de Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de

geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen)

Reglementaire basis : Artikel 8, §1 van de NGV.

Er werden 1.307 verstrekkingen ten laste gelegd bij 6 verzekerden voor een bedrag van € 20.362,61. Dit bedrag werd niet terugbetaald

Tenlastelegging 4. Het opmaken, ondertekenen en uitreiken van verzamelgetuigschriften voor verstrekte hulp voor verstrekte hulp model D met aanrekenen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van verstrekkingen die niet overeenstemmen met de werkelijk verleende prestaties, terwijl de werkelijk verleende prestaties niet aanrekenbaar waren.

Reglementaire basis : Artikel 8, §1 van de NGV.

Er werden 103 verstrekkingen ten laste gelegd bij 2 verzekerden voor een bedrag van € 342,92. Dit bedrag werd niet terugbetaald.

Het totaal bedrag voor de vier tenlasteleggingen bedraagt € 34.744,34, waarvan niets werd terugbetaald.

Betwiste beslissing van het Comité dd. 27 april 2007

Het Comité verklaarde op 27 april 2007 de aan verpleegkundige A...ten laste gelegde feiten bewezen en weerhield deze.

Verpleegkundige A...moest krachtens artikel 141 § 5, laatste lid van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994 de waarde van de weerhouden ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belopen van € 34.744,34 aan de verplichte ziekteverzekering terugbetalen.

Bovendien werd aan verpleegkundige A... een administratieve geldboete van 100% of € 34.744,34 opgelegd, waarvan 50 % of € 17.372,17 effectief en 50 % of € 17.372,17 met opschorting gedurende de periode van drie jaar.

Het is deze beslissing die wordt betwist.

*
* *
*

BEROEPSGRIEVEN

1. Standpunt van appellante

In hoofdde : de beslissing van de Beperkte kamer van 27 april 2007 nietig te verklaren;

In subsidiaire orde :

- voor wat betreft de terugvordering deze ongegrond te verklaren voor wat betreft de patiënten E..., F..., G..., H..., I..., J..., K..., L..., M...en N...en gedeeltelijk ongegrond te verklaren voor de patiënten O..., P... en Q...;
- voor wat betreft de administratieve geldboete deze geheel met uitstel op te leggen en te reduceren tot het minimum van 50% van de waarde van de betrokken verstrekkingen die onterecht door appellante werden aangerekend;

De appellante betwist de verklaringen van haar patiënten afgelegd tegenover de controleurs en legt stukken neer met een andere inhoud. Zij haalt ook aan dat zij reeds stukken heeft overgemaakt aan het RIZIV. Zij vraagt daarom de terugvordering te reduceren, alsook de administratieve geldboete minstens de administratieve geldboete geheel met uitstel op te leggen.

In een conclusie werpt zij de exceptie van nietigheid op wegens gebrekkige motivering van de beslissing, betwist zij de terugvordering met vraag tot toepassing van de verschilregel, roept zij de schending in van de redelijke termijn, alsook verzachtende omstandigheden.

2. Standpunt van geïntimeerde

Geïntimeerde vraagt het hoger beroep ontvankelijk doch ongegrond te verklaren en de beslissing a quo te bevestigen.

De geïntimeerde beantwoordt in conclusies de grieven en opmerkingen van de appellante en poogt deze te weerleggen. Uiteraard is hij het niet eens met hetgeen de appellante voorhoudt zowel m.b.t. de tenlasteleggingen, de redelijke termijn en verzachtende omstandigheden als met haar andere argumenten.

BEOORDELING

1. De ontvankelijkheid

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

2. Ten gronde:

De appellante tekent beroep aan omdat van haar ten onrechte een bedrag van 34.744,34 euro wordt teruggevorderd.

Anderzijds erkent zij in haar beroepsakte dat er in bepaalde omstandigheden, omwille van administratieve vergetelheden van haar kant, ten onrechte prestaties werden aangerekend, gegeven waaromtrent zij fout erkent en bereid is om tot vereffening over te gaan.

Volgens de appellante worden bepaalde prestaties van andere patiënten ten onrechte teruggevorderd.

De Kamer van beroep dient echter vast te stellen dat de appellante op heden niets heeft terugbetaald, ook niet de ten onrechte aangerekende prestaties waarvan zij zelf gewaagt.

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. De wijze waarop het onderzoek werd gevoerd, de inhoud en het aantal pagina's bewijst dat het onderzoek grondig en ernstig werd 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 werd onderzoek gedaan naar de prestaties van de appellante en er werden meerdere overtredingen vastgesteld door deze zorgverlener. Proces-verbaal werd opgemaakt op 7 en 15 december 2004, de appellante werd gehoord en de pro justitia's werden tijdig betekend. De patiënten werden gehoord evenals bepaalde voorschrijvende artsen (huisartsen) en

getuigen. Uit de stukken waarop de Kamer vermag acht te slaan 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 heeft uitgevoerd. De Kamer verwijst voor de reglementaire basis en bedragen naar hetgeen supra werd uiteengezet.

Wanneer de patiënten verklaren dat zij niet gewassen werden dan volstaat het voor de appellant niet het tegendeel te beweren. Immers het bewijs van de prestaties wordt in dit geval niet geleverd. De prestaties staan immers niet vast wanneer één partij voorhoudt deze geleverd te hebben en de andere net het omgekeerde beweert. Het valt trouwens op dat er zoveel patiënten zijn die beweren dat zij niet gewassen werden, dat er geen toilet werd toegediend, dat zij niet gewassen werden in het weekend ... e.d.m. De Kamer verwijst ook naar de nota voor het Comité G.E.C., waarin de belangrijkste stukken uit de verklaringen van de patiënten worden aangehaald. Het spreekt vanzelf dat de toiletten die niet werden of mochten uitgevoerd, zelfs wanneer de zorgverlener zich naar de patiënt begaf, niet kunnen aangerekend worden aan de geïntimeerde. Wanneer de appellante bijvoorbeeld alleen de voeten van de verzekerde P... waste, mocht zij hiervoor geen toilet aanrekenen. De appellante bewijst niet dat zij R... elke dag gewassen heeft in de periode van 1 november 2002 tot 20 april 2003. Deze verzekerde ontkende dit en haalt aan slechts 2 keer per week verzorgd te zijn. Wanneer O... de deur niet opendeed en de appellante hem dus geen verzorging kon geven, mocht zij geen verzorging of forfait aanrekenen omdat zij er haar tijd had ingestoken. J...verklaarde dat zij maar 2 keer per week werd gewassen, hetgeen de appellante zich niet meer kon herinneren. Bij Q... werden er nog prestaties aangerekend na 1 augustus 2003 hoewel betrokkene geen verpleegkundige zorgen meer kreeg. I... werd niet verzorgd op zondag, volgens de appellante wel op zaterdag, hetgeen in strijd is met de verklaring van de verzekerde ...

Er zij dus een ganse rij van verzekerden van wie blijkt dat zij een juiste verklaring hebben afgelegd waardoor ontegensprekelijk vast staat dat de appellante niet correct heeft gehandeld. Wat meer is, de appellante komt weinig geloofwaardig over. In haar brief van 10 november 2006 heeft zij het niet over fraude maar fouten veroorzaakt door

vergetelheid, door de druk en de stress tijdens het werk. Uit de verklaringen blijkt ook dat er bepaalde situaties niet werden doorgegeven aan de echtgenoot van de appellante die de administratie doet of dat hij bepaalde zaken over het hoofd zou gezien hebben. De door de appellante aangegeven en aangerekende prestaties zijn dus niet betrouwbaar en ook niet correct.

Wanneer er zich in andere verklaringen van verzekerden eveneens contradicties bevinden in vergelijking met de aanrekening en de verklaring van de appellante dan kan de Kamer van beroep, gelet op de tegenstrijdigheid van de verklaringen, niet aannemen dat de appellante het bij het rechte eind heeft. Er dient alsdan geconcludeerd dat, gelet op de tegenspraak, de aangerekende prestaties niet bewezen worden. Dit geldt niet alleen voor de gevallen waarin de appellante toegeeft dat zij zich vergist heeft maar voor alle door het RIZIV weerhouden prestaties.

De Kamer van beroep hecht uiteraard meer belang aan de eerste verklaringen van de verzekerden dan aan deze die zij nadien en op uitdrukkelijke vraag van de appellante hebben opgemaakt teneinde de appellante te plezieren. Dergelijke stukken worden als weinig geloofwaardig ervaren. Sommige verzekerden verklaren in de stukken van de appellante net het tegenovergestelde van hetgeen ze vroeger aan de controleurs hadden verteld, hetgeen uiteraard niet kan. Bepaalde verklaringen werden voorgeschreven door de appellante en ondertekend door haar patiënten. Dergelijke welwillendheidsverklaringen worden niet alleen als weinig geloofwaardig maar ook als weinig bewijskrachtig ervaren.

De eerste tenlastelegging (aangerekende maar niet uitgevoerde verstrekkingen) wordt dan ook bewezen geacht.

Ook de tweede, derde en vierde tenlastelegging komen bewezen voor.

Er werden verstrekkingen aangerekend die niet beantwoordden aan de reglementaire bepalingen. Zo wordt vastgesteld dat bij 5 patiënten de evaluatieschaal tot kennisgeving van de toiletverzorging overschat werd. De onderscheiden scores van de appellant werden nagegaan en vergeleken op basis van de verklaringen van de verzekerde en de getuige i.v.m. haar zelfredzaamheid, maar ook met de eigen bevindingen van de onderzoeker en deze van de huisarts. Dit

heeft tot gevolg dat de appellante ten onrechte 834 verstrekkingen aanrekende aan de ziekteverzekering voor een bedrag van € 2.950.

Er werden forfaitaire honoraria aangerekend waar de fysieke afhankelijkstoestand van de rechthebbende niet beantwoordde aan de daartoe vereiste criteria en er werd verstrekte hulp aangerekend voor verleende prestaties daar waar de werkelijk verleende prestaties niet aanrekenbaar waren.

Er wordt vastgesteld dat de appellante de verklaringen van de verzekerden betwist, maar alleen wanneer deze niet concorderen met haar eigen verklaringen. Uiteraard kan het RIZIV niet anders dan de verzekerden ondervragen naar conformiteit en realiteit. De verschillen tussen de verklaringen van de verzekerden en deze van de appellante zijn echter zo talrijk - en zo groot - dat er dient uit afgeleid dat de prestaties van de appellante, zoals ze werden aangerekend, niet bewezen worden en dus niet vaststaan.

Dit geldt ook voor al de tenlasteleggingen die de appellante worden aangewreven.

De verzekerden werden ondervraagd door een geneesheer-inspecteur en in de meeste gevallen samen met een verpleegkundige-controleur, die hiervoor speciaal opgeleid zijn. Zij nemen de tijd, stellen de verzekerden gerust en lichten hen in over de draagwijdte van de vragen. Niet consistente verklaringen worden door de onderzoekers niet weerhouden (zie dossier). Bij mogelijke overscoring wordt de huisarts ondervraagd over de relevante elementen in de betrokken periode, waarbij rekening wordt gehouden met positieve maar ook met negatieve evoluties.

De ondervragingen gebeuren echter onaangekondigd teneinde beïnvloeding te vermijden. Het geheel levert een bewijskrachtige basis op waarbij de zelfredzaamheid van de verzekerden, ook voor de voorbije periodes, correct is ingeschat.

Uit de verklaringen van de verzekerden blijkt dat de appellante een te hoge score hanteerde (bijvoorbeeld score 4 waar de huisarts maar een score 2 toekent). De Kamer van beroep verwijst naar de processen-verbaal van vaststelling van de geneesheer-inspecteur, de verklaringen van de verzekerden

en deze van de behandelende artsen. De inhoud ervan komt neer op een lagere score dan die door de appellante toegepast. Uiteraard heeft dit gevolgen op de forfaits die door de appellante werden toegepast. Volgens de verklaringen van de verzekerden werden de zorgen niet verleend op zondag zodat hiervoor geen forfaitaire honoraria kon toegepast worden.

Bovendien geldt het opgesteld proces-verbaal van vaststelling tot bewijs van het tegendeel (artikel 169 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994). Aan de geneesheren-inspecteurs wordt deze bevoegdheid toegekend om overtredingen vast te stellen.

De terugbetaling van onrechtmatig genoten verstrekkingen is geen sanctie maar het herstel van de fouten begaan door de appellante wanneer zij de vigerende RIZIV-reglementering niet volgde. Zij moet de ten onrechte genoten vergoedingen terugbetalen omdat zij er geen recht op had. D.i. dus geen sanctie, maar wordt beschouwd als het herstellen van de berokkende schade aan de verplichte ziekteverzekering.

De verschilregel moet niet toegepast gezien de prestaties van de appellante niet beantwoorden aan de nomenclatuur en zij de wettelijke bepalingen terzake niet heeft nageleefd.

Alle onrechtmatig ontvangen sommen dienen terugbetaald.

De appellante roept de overschrijding van de redelijke termijn in en beweert dat de motivering van de beslissing van het Comité gebrekkig is.

De appellante heeft een eerlijke en openbare behandeling van haar zaak gehad door een onafhankelijke en onpartijdige instantie. Door het aanslepen van de zaak (de in aanmerking genomen periode loopt van 1 december 2002 tot 29 februari 2004) wordt haar geen sanctie meer opgelegd, niettegenstaande het feit dat de Kamer van beroep de mening toegedaan is dat zij schuldig geacht wordt aan de weerhouden tenlasteleggingen. Het komt echter niet aangewezen voor, door het verloop van al die jaren – en dus de redelijke termijn – nog een strafsanctie op te leggen aan de appellante, zoals door haar raadsman gevorderd.

Dit betekent echter niet dat zij daarom de sommen, die zij ten

onrechte heeft ontvangen om de redenen zoals hoger uiteengezet, niet moet terugbetalen. De strafsanctie en de terugbetaling van ten onrechte ontvangen prestaties zijn 2 volledig onderscheiden elementen.

Door allerlei omstandigheden (wetwijziging, benoeming van nieuwe leden voor de Kamers ...) heeft de zaak van de appellante enige vertraging opgelopen maar d.i. geen reden om ten onrechte genoten verstrekkingen niet te moeten terugbetalen wanneer de vordering daartoe tijdig werd ingesteld, wat hier het geval is.

De terugbetaling is het gevolg van het feit dat de appellante ten onrechte prestaties heeft aangerekend aan de ziekteverzekering. Er zijn trouwens geen redenen voorhanden om de appellante te belonen voor het feit dat zij de nomenclatuur niet stipt heeft gevolgd en de hoger vermelde tenlasteleggingen heeft begaan.

Van de verplegers en verpleegsters wordt verwacht dat zij correct handelen en de regels van de nomenclatuur inzake realiteit en conformiteit scrupuleus naleven. Er wordt van hen niet verwacht dat zij de evaluatieschalen zodanig opmaken dat zij een hoger forfait kunnen aanrekenen in vergelijking met de werkelijke toestand van de verzekerde. Het feit dat de controle pas achteraf geschiedt kan als een nadeel ervaren worden, maar niet indien de schatting op een correcte wijze wordt uitgevoerd.

De appellante kan niet gevolgd worden wanneer zij aanhaalt dat hij ten allen tijde de juiste inschatting heeft gedaan, zoals blijkt uit hetgeen supra werd overwogen.

Nu de Kamer van beroep het niet nodig acht een administratieve geldboete op te leggen, vervalt de laattijdig geuite grief van de appellante dat de beslissing van het Comité gebrekkig gemotiveerd is. De Kamer meent – en dit ten overvloede - dat dit hoe dan ook niet het geval is daar de beslissing daar de beslissing verwijst naar de concrete feiten die eraan ten grondslag liggen, dat de toegepaste juridictionele regels worden vermeld waarop het Comité zich steunt, alsook hoe en waarom de juridische regels toegepast op de feiten tot de beslissing leiden.

Het hoger beroep komt dan ook ongegrond voor, behalve m.b.t. de opgelegde geldboete.

*
* *
*

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 m.b.t. de opgelegde administratieve geldboete.

En, opnieuw wijzend,

Zegt voor recht dat er geen administratieve geldboete dient opgelegd.

Bevestigt voor het overige de bestreden beslissing van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 10 december 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;
- De heer Martin VOLCKE, griffier van de Kamer van beroep.

Volgen de handtekeningen:

De griffier,

De Voorzitter,

M. VOLCKE

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 dokter en de heer dokter E. TRAEY en K. POULIN, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, alsmede mevrouw en de heer V. DE FREYNE en F. RAYMACKERS, vertegenwoordigers van de representatieve verenigingen van de verpleegkundigen en hebben aan de beraadslaging deelgenomen bij wege van advies. De Kamer van beroep werd bijgestaan door de heer M. VOLCKE, griffier van de Kamer van beroep.

