

Rep. Nr. 08/17

*

NB-068-07
E/XXXX

*

Tegensprekelijke
eindbeslissing van 13
maart 2017

*

Beroep tegen de
beslissing van het
Comité van 27 april 2007

*

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
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, dhr. D. ,
verpleegkundige-controleur, en dhr E , attaché,
ambtenaren bij geïntimeerde

*

* *

Op de openbare terechtzitting van 13 februari 2017 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 bestreden beslissing van het Comité Dgec van 27 april 2007, ter kennis gegeven met een aangetekende brief van 20 juni 2007;
- het verzoekschrift tot hoger beroep dd 17 juli 2007, ontvangen ter griffie op 18 juli 2007,
- de beroepsbesluiten van geïntimeerde van 22 november 2007, neergelegd ter griffie op 22 november 2007,
- de openbare terechtzitting van de Kamer van beroep van 14 mei 2012,
- de beroepsbesluiten van geïntimeerde van 23 september 2014, neergelegd ter griffie op 23 september 2014;
- de beroepsconclusies van appellante van 23 februari 2015, ontvangen ter griffie op 26 februari 2015,
- de beroepsconclusies van appellante van 15 september 2016, ontvangen ter griffie op 16 september 2016,
- de beroepsbesluiten van geïntimeerde van 8 november 2016, neergelegd ter griffie 9 november 2016,
- de aanvullende beroepsbesluiten van appellante van 22 december 2016, ontvangen ter griffie op 23 december 2016,
- de oproepingsbrieven van 6 januari 2017

Gehoord op de openbare terechtzitting van 13 februari 2017

- 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 geïntimeerde
- dhr D in de uiteenzetting van het technische luik van de besluiten van namens geïntimeerde

De debatten, gevoerd in het Nederlands, werden daarna gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op de openbare terechtzitting van 13 maart 2017

1. VOORWERP VAN HET GESCHIL

Geïntimeerde voerde een onderzoek uit naar de realiteit en conformiteit van de verstrekkingen die mevrouw A aan de verplichte ziekteverzekering heeft aangerekend, of laten aanrekenen

Mevrouw A, verpleegkundige met rijbewijs XXXX, werd het volgende ten laste gelegd

- a) heeft getuigschriften voor verstrekte hulp opgesteld en ondertekend, en een terugbetaling door de verplichte verzekering van geneeskundige

verzorging en uitkeringen veroorzaakt

- b) heeft het mogelijk gemaakt dat op haar naam nomenclatuurcodes werden vermeld op verzamelgetuigschriften voor verstrekte hulp, ondertekend door D , RIZIV nr XXXX en via het derdebetalers nr XXXX van "XXXX", XXXX aan de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen werden aangerekend en door de verzekeringsinstellingen vergoed

1 Het aanrekenen van verstrekkingen die niet werden uitgevoerd.

Reglementaire basis

Inbreuk op art 53 van de gecoördineerde wet van 14/07/1994

Bij 2 verzekerden werden 293 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van 4 460,44 euro Dit bedrag werd niet terugbetaald

2 Het aanrekenen van nomenclatuurnummers voor verstrekkingen waar niet werd voldaan aan de vergoedingsvoorwaarden

2.1. De afhankelijkheidscriteria zoals voorzien in Art 8, § 1, 1° II en 2° II zijn overschat

Reglementaire basis

NGV Art 8, §§ 1, 5 en 6

Bij 9 verzekerden werden 1 810 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van € 44 573,76 Na toepassing van de verschilregel wordt dit bedrag herleid tot € 20 036,12, dat wordt verminderd met overlapping met tll. 1 tot € 17.447,25.

2 2 De verpleegdossiers zijn niet overeenkomstig de bepalingen vermeld in de NGV, Afdeling 4, Art 8, § 4, 2°.

Reglementaire basis

NGV, Art 8, §§ 3, 4 en 5

Bij 11 verzekerden werden 2367 verstrekkingen ten onrechte aangerekend voor een bedrag van € 48 115,78 Dit bedrag werd niet terugbetaald

3 Het aanrekenen van verstrekkingen waarvoor de nomenclatuur geen terugbetaling voorziet het verzorgen van de ogen, met name uitwassen en aanbrengen van zalf en/of druppels in afwezigheid van een wonde

Reglementaire basis.

Het aanbrengen van zalf en/of druppels is niet als wondzorg aanrekenbaar volgens de nomenclatuur voor geneeskundige verstrekkingen. Wondzorg

wordt als volgt geformuleerd in § 8 van artikel 8 van de NGV

“Met het begrip wondzorg wordt niet bedoeld, de verzorging die door de rechthebbende zelf of door de personen die met hem samenwonen kan worden uitgevoerd, of die bij een chronische behandeling van lange duur kan worden aangeleerd”.

Bij 2 verzekerden werden 284 verstrekkingen ten onrechte aangerekende voor een bedrag van 1 015,30 euro Dit bedrag werd niet terugbetaald

Tabel

	<i>Aantal verzekerden</i>	<i>Aantal verstrekkingen</i>	<i>Bedrag in euro</i>
<i>TII 1</i>	2	293	4 460,44
<i>TII 2.1</i>	9	1 804	44 432,66 Na verschilregel 20 036,12 + verminderd met overlapping met tII 1 17 447,25
<i>TII 2 2</i>	11	2 367	48 115,78
<i>TII 3</i>	2	284	1 015,30
<i>Totaal = TII. 2 2</i>	11	2 367	48.115,78

Tenlastelegging 2 1 overlapt volledig met tenlastelegging 1
Tenlastelegging 2 2 overlapt met alle andere tenlasteleggingen Er werd niets terugbetaald

2. Betwiste beslissing van het Comité van 27 april 2007

Het Comité verklaarde de tenlasteleggingen bewezen en weerhield deze

Mevr A moest, krachtens toenmalig artikel 141, § 5, laatste lid van de ZIV-wet van 14 juli 1994, de waarde van de weerhouden ten onrechte aangerekende verstrekkingen ten belope van € 48 115,78 terugbetalen

Het Comité legde, bij toepassing van het toenmalig artikel 141, § 5 van de ZIV-wet van 14 juli 1994, aan mevr A een bijkomende administratieve geldboete van 100% of € 48 115,78 op, waarvan 50% of € 24 057,89 effectief en 50% met opschorting gedurende een periode van drie jaar.

Het is deze beslissing die thans wordt betwist

BEROEPSGRIEVEN

1. Standpunt van appellant

Appellante vraagt dat de Kamer van beroep zou oordelen als volgt

De bestreden beslissing teniet te doen en dienvolgens

Alvorens uitspraak te doen, te oordelen aangaande volgende elementen

Geintimeerde te verzoeken de bestaande Nota uit te breiden om alzo tot een billijke bewijsvoering te komen. Dit bijkomend bewijs dient om te bestaan uit volgende elementen

m b t. de eerste tenlastelegging het vermelden van de "bezwarende" passages uit de verklaringen van de 2 patienten, waaruit duidelijk blijkt dat de verpleegkundige prestaties, aangerekend doch niet uitgevoerd werden

m b t de tweede tenlastelegging

1 het vermelden van de "bezwarende" passages uit de verklaringen van de 9 patienten, de huisartsen en de medewerkers van appellante waaruit geintimeerde naar redelijkheid mag besluiten dat de afhankelijkheidsgraad van deze patienten overschat was,

2 het vermelden van de "correcte katzschaal" volgens de geneesheer-inspecteur,

3 het duidelijk weergeven van de aan de geneesheer-inspecteur verstrekte informatie teneinde hem toe te laten tot scoring over te gaan, alsook mede te delen of de patient hiervoor wordt onderzocht,

Appellante toe te laten om op basis van de correcte gegevens en pathologie van de patiënten, een eigen adviserende geneesheer aan te stellen teneinde tot scoring over te gaan,

4 geintimeerde te bevelen om een onafhankelijke arts in samenspraak met appellante aan te stellen teneinde tot een tegensprekelijke evaluatie van de afhankelijkheidsgraad over te gaan

In hoofdorde

De vordering van geintimeerde onontvankelijk te verklaren

De appellante roept de schending in van de zorgvuldigheidsplicht, de waarborg op een eerlijk proces, de rechten van verdediging Volgens haar is de terugvordering ratione materiae onontvankelijk en betwist zij de tenlasteleggingen ten gronde Er kan geen administratieve geldboete wordt opgelegd, minstens beantwoordt zij aan de voorwaarden om volledige opschorting van deze administratieve geldboete te bekomen

2. Standpunt van de geïntimeerde

Geïntimeerde beantwoordt de grieven van de appellante en vraagt dat de Kamer van beroep zou oordelen als volgt

Het beroep ontvankelijk te verklaren,

De beslissing *a quo* te bevestigen, in de zin dat

- * de tenlasteleggingen bewezen zijn en terecht werden weerhouden,
- * mevr A , krachtens het toenmalig artikel 141, § 5, laatste lid ZIV-wet, de waarde van alle weerhouden verstrekkingen ten belope van € 48 115,78 moet terugbetalen,

- Wat betreft het opleggen van een administratieve geldboete, gedraagt geïntimeerde zich naar de rechtspraak terzake van de Kamer van beroep

BEOORDELING

Het hoger beroep werd tijdig ingesteld en is regelmatig naar de vorm Het komt dan ook ontvankelijk voor De appellante haalt tal van grieven aan die hierna, niet in volgorde van de beroepsakte, worden behandeld De Kamer van beroep bespreekt eerst de verjaring Immers indien de vorderingen van de geïntimeerde verjaard zouden zijn, dienen de andere grieven en argumenten niet meer ontmoet

Nopens de verjaring:

Ten onrechte roept de appellante de verjaring in De feiten dateren van 1 september 2002 tot 31 augustus 2003 Zij werden tijdig vastgesteld in het proces-verbaal van vaststelling van 16 september 2004 De bestreden beslissing dateert van 27 april 2007 Dit is dus zeker binnen een redelijke termijn. Enkel prestaties die vallen binnen de wettelijke verjaringstermijn van 2 jaar worden teruggevorderd Dit volgt uit de nota voor het Comité G E C nr 2006/120 dat een korte samenvatting behelst van de feiten die aanleiding hebben gegeven tot huidige zaak

Het proces-verbaal van vaststelling werd opgemaakt binnen de wettelijke termijn van 2 jaar voorzien in artikel 174, 10° van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en aangetekend verstuurd aan de appellante.

De feiten werden rechtsgeldig opgenomen in dit proces-verbaal van vaststelling en dus binnen de wettelijke termijnen vastgesteld Dit proces-verbaal is bewijskrachtig, overeenkomstig artikel 169 Wet betreffende de

verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, behoudens tegenbewijs Anders dan de appellante voorhoudt verjaren de feiten, die, zoals in casu, tijdig werden opgenomen in de proces-verbaal, niet meer conform artikel 174, 10° van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 Er dient dan ook geen stuiting meer te gebeuren, tweejaarlijks, per aangetekend schrijven, zoals door de appellante voorgehouden

Deze feiten werden voorgelegd aan het Comité, die reeds uitspraak deed op 27 april 2007 – di i binnen de 3 jaar na dit proces-verbaal - en nadien aan de Kamer van beroep zodat ze niet verjaard zijn In artikel 174 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, werd niet bepaald dat de termijn van 2 jaar, waarop de appellante alludeert, ook geldt voor het aanhangig maken van de zaak bij het Comité van de DGEC

Nopens de verjaring van de vordering tot terugbetaling:

De appellante kan niet rechtmatig betwisten dat de verjaring niet loopt tijdens de procedure voor het Comité en de Kamer van Beroep De vordering tot terugbetaling is trouwens om die reden niet verjaard. De vordering van de geïntimeerde was niet verjaard toen deze aanhangig werd gemaakt voor het Comité en er werd tijdig beroep aangetekend door de appellante. Artikel 174, 6° van de hoger vermelde wet is niet van toepassing op de verhouding tussen de zorgverleners en het RIZIV De feiten waren op het ogenblik van de voorlegging nog niet verjaard, zoals hoger reeds overwogen, zodat niet kan ingegaan worden op de door de appellante ingeroepen verjaring van de vordering tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende prestaties

De terugvordering ingesteld tegenover de appellante is wel ontvankelijk

Nopens de vennootschap:

Het is niet omdat de appellante als zorgverlener, die de prestaties verrichtte, deze prestaties factureerde via de XXXX, dat zij deze niet moet terugbetalen

De appellante kon samen met de hoger vermelde vennootschap hoofdelijk aansprakelijk gesteld worden voor de terugbetaling van de door hen ten onrechte aangerekende prestaties (zie artikel 164, lid 2 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994), indien deze vennootschap in het geding werd betrokken door één van de partijen Dit gebeurde echter niet De geïntimeerde diende dit niet te doen De appellante is en blijft immers de zorgverlener in de zin van artikel 2, n) van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 De appellante blijft dit ook wanneer zij optreedt in de hoedanigheid van zaakvoerder van hoger vermelde vennootschap.

De vennootschapswetgeving doet geen afbreuk aan de sanctionering van de zorgverstreker in het kader van de zopas vermelde ZIV-wetgeving en de terugbetaling die daaruit voortvloeit

De tekst van artikel 164, lid 2 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, alhier van toepassing, is dienaangaande overduidelijk

Volgens de gegevens van het dossier stond de appellante, zaakvoerder, in voor het dagelijks bestuur van de vennootschap Dit behelst het regelen van de planning, de thuisverpleging, de aanvragen voor de tegemoetkomingen, de medische begeleiding op gebied van zorgen, wondzorg,

De appellante was dus verantwoordelijk voor het aanrekenen aan het stelsel van de ziekteverzekering van haar verstrekkingen (en die van haar vroegere medewerkers) die niet aanrekenbaar waren om de verschillende redenen die aanleiding gaven tot de weerhouden tenlasteleggingen De appellante stelde ook de Katz-schalen op

De Kamer van Beroep verwijst ten overvloede naar de overwegingen van het arrest van de Raad van State d d 19 februari 2004, nr 128 290, www.raadvst-consetat.be), waarin een zelfde problematiek aan bod kwam

De appellante is als zorgverlener gehouden tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende bedragen en is hoofdelijk aansprakelijk samen met de BVBA De dienst trad op binnen de hem toegekende wettelijke bevoegdheid zodat de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet zijn geschonden

De BVBA van de appellante is in huidige procedure nooit tussengekomen en kon derhalve niet veroordeeld worden tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen Dit impliceert niet dat de terugvordering niet ontvankelijk zou zijn

Nopens de algemene beginselen:

Schending van het recht op behandeling van haar zaak binnen een redelijke termijn

De appellante haalt aan dat de beslissing van deze kamer zal genomen worden na een periode die de redelijke termijn duidelijk overschrijdt

Hierop kan niet ingegaan worden De Kamer van beroep stelt immers vast dat de appellante zelf de oorzaak was van het aanslepen van de zaak Deze zaak werd tijdig en op een diligente wijze afgehandeld in "eerste aanleg"

De appellante stelde tijdig beroep in op 17 juli 2007, wat haar recht is wanneer zij zich niet kan vinden in de beslissing van het Comité

De geïntimeerde besloot reeds op 22 september 2007 De appellante reageerde niet meer en besloot niet.

Uiteindelijk werd de zaak gefixeerd op 14 mei 2012

Op deze zitting vroeg de appellante uitstel om te kunnen besluiten ! Zij besloot echter niet onmiddellijk De geïntimeerde wel Het is dan ook niet ernstig dat zij, in de gegeven omstandigheden de schending van het recht op behandeling van haar zaak binnen een redelijke termijn vordert wanneer vastgesteld wordt dat zij zelf de enige oorzaak is van het aanslepen van de zaak

De appellante wachtte dan nog 5 maanden om haar conclusies op te maken en op te zenden naar de Kamer van beroep

De geïntimeerde diende echter op te merken dat bijna alle in deze conclusie besproken verzekeringen niet eens voorkwamen in het dossier A en dat ook de stavingstukken eveneens uit een ander dossier leken te komen

De attaché van de geïntimeerde was zo correct om dit op 3 maart 2015 aan de raadsman van de appellante en aan de griffie van de Kamer van beroep te melden

De appellante wachtte opnieuw meer dan één jaar om uiteindelijk op 15 september 2016 te besluiten Zij was de enige onwillige procespartij en de enige reden waarom de zaak geen normale doorgang en doorlooptijd kende Zij is dan ook slecht geplaatst om de schending van de redelijke termijn in te roepen De appellante kan immers niet om uitstel verzoeken, niet besluiten of niet tijdig besluiten, verkeerde besluiten opstellen en na maanden opnieuw nieuwe en de zaak nodeloos rekken om nadien de schending van het recht op behandeling binnen een redelijke termijn in te roepen. Op deze grief wordt dan ook niet ingegaan Het is juist om de appellante ter wille te zijn en haar toe te laten haar rechten van verdediging ten volle te kunnen benutten dat de zaak geen sneller verloop kende Dit had geen invloed op de bewijsvoering en zeker niet op de rechten van verdediging Het bewijs van de inbreuken werd immers geleverd zoals blijkt uit het uitgebreid onderzoek en hetgeen volgt

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 meestal ook toe op het RIZIV 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, 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 haar evaluatieschalen niet correct invult, hetgeen blijkt uit hetgeen volgt, kan zij zich niet beroepen op het rechtszekerheids- en/of het vertrouwensbeginsel. Wanneer zij aldus handelt, schendt 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 mag 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).

Op deze grief kan derhalve niet ingegaan worden.

Er is in huidig dossier geen sprake van een **gebrekkige bewijsvoering**, zoals hoger reeds vermeld. Er zijn, om te beginnen, de vaststellingen gedaan door de inspecteurs-verplegers zelf. Deze personen zijn bevoegd

om vaststellingen te doen en zijn uitermate vertrouwd met de evaluatie van de Katz-schalen. Ook werden er tal van verzekerden verhoord, alsook verschillende van hun huisartsen in verband met de aangerekende prestaties en de overscore van de evaluatieschaal. De appellante kan onmogelijk voorhouden dat er geen voldoende objectieve bewijzen zijn of dat het PV van vaststelling gebrekkig is. Uiteraard geschiedt het onderzoek na de feiten. De appellante haalt zelf aan dat de ondervraagde personen goed ondervraagbaar waren. Van een gebrekkig onderzoek of gebrekkige bewijsvoering is er geen sprake. Er zijn geen redenen voorhanden, gelet op het grondig onderzoek, om bijkomende bewijzen te verzamelen zoals door de appellante ten onrechte gevorderd. Ook de appellante werd ondervraagd en haar medewerksters

De belangrijkste eerste daad van onderzoek is deze van het persoonlijk contract dat de inspecteur of de controleur heeft met de betrokken verzekerden en zijn omgeving waarbij door anamnese en door de visu vaststellingen een eigen score wordt gegeven. De geïntimeerde haalt aan dat om de objectiviteit maximaal te garanderen, in het belang van de appellante zelf, steeds de meest gunstige score werd weerhouden tussen deze van de huisarts én deze door de inspecteur of controleur. Bovendien werd de appellante steeds gehoord nopens deze overscore. Zij gaf het "overscoren" zelf toe.

Nopens het recht op een eerlijk proces:

De appellante houdt onterecht voor dat het recht op een eerlijk proces in de zin van artikel 6 van het EVRM werd geschonden. Het recht op een eerlijk proces op tegenspraak, gewezen en het recht op een onpartijdige rechter, gelden als algemene rechtsbeginselen ten aanzien van elke jurisdictionele beslissing. Het beginsel van onafhankelijkheid en onpartijdigheid is vanzelfsprekend ook van toepassing op de huidige Kamer van beroep die kennis neemt van dit dossier.

Overeenkomstig artikel 144 § 1 van de ZIV-wet 1994 worden bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle thans Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep ingesteld. Het Comité zetelde en handelde volgens de toen geldende wetgeving. Zelfs indien de appellante de mening toegedaan is dat de wetgeving aldan niet correct was, heeft zij thans geen punt omwille van het feit dat door daar hoger beroep de zaak opnieuw volledig overgedaan wordt door de Kamer van Beroep. M.a.w. de zaak wordt volledig hernomen en opnieuw behandeld door een onafhankelijke instantie, die de wetgeving naleeft, de rechten van verdediging respecteert alsook de waarborg op een eerlijk proces, enz.

Trouwens de Kamer van Beroep is krachtens de wet samengesteld uit een door de Koning benoemde magistraat (of eremagistraat), als werkend lid, en twee leden, verplegers, met raadgevende stem, benoemd door de Koning uit de kandidaten door de verzekeringsinstellingen, als werkende leden én twee leden, met raadgevende stem, benoemd door de Koning uit de kandidaten voorgedragen door de groepen representatieve organisaties/verenigingen van zorgverleners/verzorgingsinstellingen als

werkende leden

De voordracht door de Koning uit lijsten voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de groepen representatieve organisaties van zorgverleners en/of verzorgingsinstellingen impliceert niet dat de leden van de Kamer van eerste aanleg of van de Kamer van beroep zouden zetelen als vertegenwoordigers van deze instellingen. De leden zetelen in hun persoonlijke naam en leggen als lid van de Kamer van eerste aanleg of van de Kamer van beroep de bij decreet van 20 juli 1831 voorgeschreven eed af betreffende de naleving van de wet (artikel 145, § 9 van de Z I V -wet van 1994). Bovendien is bij de wet bepaald dat hun mandaat onverenigbaar is met dat van lid van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (artikel 145, § 2, tweede lid Z I V -wet 1994).

Het geheel van de voormelde bepalingen en uitgangspunten in zake de benoeming, de samenstelling en het mandaat van de leden van de Kamer van beroep staat garant voor de onafhankelijkheid van de Kamer ten aanzien van beide partijen in deze zaak. De Kamer is geen vervolgende partij.

De Kamer van beroep is niet opgericht in de "schoot" van het RIZIV. In artikel 144, § 1 van de Z I V -wet 1994 wordt enkel vermeld dat de kamers worden ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. In geen geval maken de Kamers deel uit van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle.

Het feit dat de terugbetalingen die ten laste van appellante kan worden opgelegd, ten goede komen aan het RIZIV (in het algemeen belang), is evenmin een reden om deze Kamers met het RIZIV te vereenzelvigen. Het zijn gelden van het RIZIV die ten onrechte werden geïnd en dus dienen terugbetaald.

Schending van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur:

Deze beginselen werden naar mening van de Kamer van beroep niet geschonden, correct toegepast en gerespecteerd. Er werd correct gehandeld, wat niet kan gezegd worden van de zorgverlener die, zoals blijkt uit hetgeen volgt, de wetgeving en reglementering niet volgde en zelfs flagrant overtrad op bepaalde gebieden. Er wordt voor de beweerde schendingen verwezen naar de hieronder vermelde overwegingen.

Schending van de motiveringsplicht:

Dit middel van de appellante kan niet worden aangenomen.

Het middel is o.a. gesteund op het feit dat het verweer van de appellante waarbij zij de schending van de motiveringsplicht van het proces-verbaal van vaststelling inriep, niet werd aangenomen.

Het proces-verbaal van vaststelling gaat om de vaststelling van de aan de appellante verweten inbreuken en brengt op zichzelf geen rechtsgevolgen mee, in tegenstelling tot een individuele beslissing van een bestuur. Het kwestieus proces-verbaal is geen bestuurshandeling zodat de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen dan ook niet van toepassing is. Het proces-verbaal bevat alle noodzakelijke vermeldingen en werd correct opgesteld.

Het geding inleidend verzoekschrift werd eveneens volgende gemotiveerd:

Het is niet omdat het verweer van de appellante niet werd aangenomen en het Comité zich aansloot bij de motivering van de Dienst dat de beslissing niet of onvoldoende gemotiveerd is.

De beslissing 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 thans bestreden beslissing de argumentatie en de standpunten van de Dienst heeft gevolgd en de argumenten van de appellante niet heeft aanvaard.

Zelfs indien bepaalde argumenten van de appellante in eerste instantie onvoldoende werden ontmoet, houdt dit niet in dat de bestreden beslissing daarom behept is met een nietigheid. Er werd niet ingegaan op de door de appellante aangevoerde argumenten omdat het standpunt van de Dienst 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 zouden toegedaan zijn dat de motiveringsplicht en andere rechtsbeginselen of wetgeving werden 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, zoals hoger reeds overwogen.

De motivering wordt afdoend geacht wanneer het doel wordt bereikt nl. dat de betrokkenen in staat gesteld worden 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).

Het verzoekschrift 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 synthesesnota 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 maar moeten niet veruitwendigd worden in de beslissing zelf

Wanneer de tenlastelegging duidelijk en bewezen voorkwam door de verklaringen van de patiënten, de verplegenden, was het niet nodig al de huisartsen van de patienten ook te ondervragen Wanneer een huisarts wordt ondervraagd en hij heeft hierbij zijn standpunt nopens bijv de afhankelijkheidsgraad van de patient en dit wordt aldus genoteerd, dan is het niet nodig dat hij nogmaals een evaluatieschaal invult Zijn verklaringen volstaan De elementen zijn terug te vinden in de gevalsbespreking 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

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 werden uitgevoerd, of verstrekkingen werden aangerekend die niet conform waren,

Er werd een degelijk en objectief onderzoek gevoerd Wanneer na verhoor bleek dat er geen inbreuk kon vastgesteld worden, werd de inhoud van dit proces-verbaal niet weerhouden Het onderzoek gebeurde dus ook "à décharge"

Het gaat dus om de realiteit en de conformiteit van de verstrekkingen verleend door de appellante die overduidelijk niet met de werkelijkheid overeenstemden en waarvan de appellante trouwens voor een deel toegaf dat dit ook zo was (overscore bij een groot aantal patienten)

Dit middel wordt dan ook afgewezen daar het proces-verbaal van vaststelling de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen en het motiveringsbeginsel niet schendt

Nopens de gebrekkige bewijsvoering:

Zoals hoger reeds overwogen zijn de tenlasteleggingen gesteund zowel op de verklaringen van de patiënten, de zorgverlener zelf en haar medewerkers, getuigen, artsen en op de vaststellingen van de geneesheren-inspecteurs

De tenlasteleggingen werden terecht afgeleid uit het proces-verbaal van vaststelling

De Kamer van beroep ziet niet in waarom er niet zou kunnen gesteund worden op de verklaringen van de verzekerden Deze werden bevestigd

door eigen vaststellingen van de controleurs en door sommige artsen

Zelfs wanneer de patienten verklaard hebben de aangerekende zorgen niet ontvangen te hebben en de zorgverlener net het omgekeerde voorhoudt, dan nog staat niet vast dat de aangerekende prestaties effectief werden geleverd en uitgevoerd

De Kamer van beroep stelt immers vast dat de appellante het niet al te nauw namen met de realiteit en conformiteit, zelfs wanneer enkel rekening wordt gehouden met hetgeen vaststaat en weerhouden wordt of niet ernstig kan betwist worden (verstrekkingen aangerekend op basis van Katzschalen) Er wordt op grond van de vaststellingen en verklaringen terecht getwijfeld aan haar geloofwaardigheid voor wat betreft de aangerekende prestaties in deze zaak

De appellante bewijst de aangerekende verstrekkingen niet wanneer deze worden ontkend of tegengesproken door de patienten zelf. Zij kon reageren op de verklaringen van hun patienten

De verklaringen van de patienten (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 Uiteraard mag er verwezen worden naar gelijklopende of gelijkaardige verklaringen De appellante kan deze trouwens controleren Zij zijn ter beschikking van de appellante en hun raadslieden in de griffie en zijn zelfs "fysiek" aanwezig in de koffer dat het dossier inhoudt ter pleitzitting De appellante kon er ook een afschrift van vragen, mocht zij van oordeel zijn dat één en ander niet met de werkelijkheid overeenstemt

De gevallenbespreking volgt hierna. Uiteraard worden enkel de items waarover betwisting bestaat of die van doorslaggevend belang kunnen zijn behandeld (bijv wassen en kleden) Een summier verhoor of onderzoek volstaat De nota uitbreiden wordt niet nodig geacht daar het bewijs van de tenlastelegging voldoende wordt geleverd aan de hand van de voorradige stukken

Deze grief van de appellante wordt niet weerhouden.

Schending van het beginsel van onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de rechtsinstantie:

De Kamer van eerste aanleg en de Kamer van beroep zijn administratieve rechtscolleges bedoeld in artikel 161 van de Grondwet en zijn onafhankelijk en onpartijdig Dit werd trouwens reeds bij herhaling bevestigd door de Raad van State in verschillende uitspraken waarbij overduidelijk werd overwogen dat er geen sprake kan zijn van een schending van het beginsel van onafhankelijkheid en onpartijdigheid. Zij werden trouwens bij wet ingesteld

De Kamer van beroep meent dat de magistraten die zitting nemen in deze Kamers dit zeker niet zouden doen indien er zelfs ooit maar zou kunnen getwijfeld worden aan hun onafhankelijkheid en integriteit. Er is geen enkele verantwoording verschuldigd aan het RIZIV, DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE VAN HET RIZIV of wie dan ook, behalve, op wettelijk gebied, tegenover de Raad van State, indien cassatieberoep wordt ingesteld. De onafhankelijkheid van de Kamers wordt op die manier gewaarborgd.

Het RIZIV speelt geen rechter in dit dossier en de Kamers zijn evenmin niet onafhankelijk omdat de zittingen ervan plaatsgrijpen in de gebouwen van het RIZIV. Ook op dat laatste punt heeft de Raad van State zich reeds uitgesproken en geen schending vastgesteld (29 juni 2004, nr. 133.338, ACKE).

De onafhankelijkheid en onpartijdigheid wordt bovendien gegarandeerd door de samenstelling van de zetel (zie artikel 145 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994) en dit ter vrijwaring van de belangen van de partijen. De samenstelling geschiedt op een evenwichtige wijze door de aanwezigheid van evenveel leden van de beroepsorganisaties als van de verzekeringsinstellingen. Er is zelfs geen schijn van partijdigheid aanwezig. Er is geen schending van artikel 6.1 EVRM voor zover dit artikel hier van toepassing zou zijn.

De appellante slaagt er niet in om een schending van het onafhankelijkheidsbeginsel of van het onpartijdigheidsbeginsel in hoofde van deze Kamer aan te tonen.

Nopens de tenlasteleggingen ten gronde:

Nopens de aangerekende doch niet verleende (= uitgevoerde) verstrekkingen (eerste tenlastelegging) verklaarde de appellante zich niet akkoord met de ten laste gelegde niet uitgevoerde verstrekkingen. Hoewel het hier gaat om bijna 300 verstrekkingen (293 exact) voor een bedrag van € 4.460,44.

Uit de gevalsbespreking blijkt dat de appellante bij verzekerde G bv 7 forfaits per week aanrekende, terwijl er maar 3 dagen per week een toilet werd uitgevoerd. De verklaring van deze patiënte van 19 februari 2004 spreekt boekdelen. Volgens haar behandelend geneesheer, die haar elke maand zag, kende zij geen depressieve fases. Volgens de appellante, die geen geneesheer is, was zij manisch depressief, maar zij tekende de goede en slechte periodes niet aan in haar verpleegdossier. Van deze patiënte zegt de appellante dat zij psychisch goed ondervraagbaar was.

Een zelfde verhaal bij Mevrouw H, die maar 1 keer per week werd gewassen, nl. de vrijdag en nooit een andere dag. De appellante spreekt dit tegen maar bewijst geen bijkomende prestaties. Het verpleegdossier geeft geen bijkomende informatie zodat niet vaststaat dat de appellante de aangerekende prestaties ook effectief heeft uitgevoerd. Het is niet omdat de dame in kwestie op een bepaald moment naar een rusthuis gaat dat

hieruit dient afgeleid dat de aangerekende prestaties ook werden uitgevoerd. De stelling van de Dienst wordt bevestigd door de verklaring van de verzekerde.

Deze tenlastelegging lastens de zorgverlener, die hoger beroep heeft aangetekend, staat dan ook vast.

Uiteraard dient het bedrag van € 4.460,44 terugbetaald.

De **tweede tenlastelegging** betreft het aanrekenen van verstrekkingen die niet conform de wet en haar uitvoeringsbesluiten werden aangerekend (overschatting van de Katzschalen).

Hoger werd reeds uiteengezet dat de controle post factum geschiedt zodat de uitleg nopens de aanvraag die de appellante geeft, niet voldoet. Indien elke aanvraag door een adviserend geneesheer moet nagegaan worden, impliceert dit dat deze geneesheer ook al de patiënten moet zien. Dit is onwerkbaar. Het zijn de verplegers die hun werk correct en op een eerlijke wijze moeten doen, zo niet moet de wetgeving aangepast worden.

De nomenclatuur stelt duidelijk hoe de verpleegkundigen de evaluatieschaal moeten invullen. Een waarheidsgetrouwe invulling is dan ook niet moeilijk en zelfs niet onmogelijk, ook niet wanneer het gaat om de toestand van de patiënten 2 jaar voordien. Hierbij wordt rekening gehouden met de toestand van de patiënten (bijv. ouderdom, beperkingen, wisselende gezondheidstoestand, ...). De appellante had reeds ervaring in deze materie gezien haar beroepsloopbaan (thuisverpleegster bij XXXX, verpleegster in een rusthuis, thuisverpleging in bijberoep vanaf 1996, vervangdienst, ...) zodat zij diende te weten hoe zij moest handelen.

De geneesheren-inspecteurs zijn specifiek geschoold om met dergelijke gevallen om te gaan en de noodzakelijke vragen en informatie te bekomen teneinde met een volledige kennis van zaken een correcte inschatting van de problemen van de patiënten te maken.

Uiteraard wordt er met alle nuttige informatie rekening gehouden. Het is zo dat er een grondig onderzoek dient en werd gevoerd teneinde de waarheid te ontdekken.

Er wordt vastgesteld dat de appellante deze tenlastelegging nu betwist. Voordien verklaarde zij zich akkoord met het feit dat zij sommige afhankelijkheidscriteria en dus ook de aangerekende forfaits te hoog had ingeschat bij 6 verzekerden. Hieruit blijkt overduidelijk dat zij niet correct handelde. Bij 1 verzekerde zei ze dat ze niet voldoende geïnformeerd was, niet wist of hij al dan niet overdag incontinent voor urine was. Een andere patiënt mocht zich volgens de appellante om medische redenen niet verplaatsen, hetgeen niet strookte met de werkelijkheid en een andere verzekerde zou met periodes hulp tijdens de maaltijd nodig hebben gehad. Met 1 verzekerde was zij niet akkoord met de vaststellingen van de inspecteur.

De appellante kan geen afhankelijkheidscriteria correct inschatten wanneer zij niet eens voldoende geïnformeerd is en de m. Terecht wordt vastgesteld dat de appellante scoorde naargelang de prestaties die ze

diende te doen. Haar verklaringen bewijzen dit (zie proces-verbaal van 11 juni 2004 i v m. Mevrouw G en Mevrouw I). Het is niet omdat de adviserend geneesheer geen verzet aantekende (omdat hij de verzekerden niet onderzocht) dat het de appellante toegelaten was "creatief" te zijn door bij een aantal verzekerden de afhankelijkheidscriteria te hoog in te schatten waardoor zij, onterecht, een hoger forfait kon aanrekenen.

Bij 9 verzekerden paste de appellante dit systeem toe (1810 verstrekingen). Dit volgt uit de verklaringen van de patienten zelf, van de inspecteurs, maar ook van geneesheren, medewerkers en ander verplegend personeel. Het volstaat te verwijzen naar het verhoor van Mevrouw A van 11 juni 2004 (i v m Mevrouw G "Ik ga akkoord met uw opmerking dat een forfait A te hoog is gescoord", eenzelfde verklaring volgt bij verzekerde I , een score 2 voor incontinentie en een score 3 voor eten verantwoordt geen forfaitair honorarium "forfait B", van verzekerde P verklaarde de appellante dat deze verzekerde zich gedeeltelijk zelf kon wassen en gaf toe dat zij de verplaatsing "overscoord" had, bij Mevrouw J. . kon er maximaal een forfait A aanrekenbaar, rekening houdend met een maximale score 2 voor incontinentie en eten, onafhankelijk van de score voor verplaatsing; enz). De Kamer van beroep kan zo doorgaan met verwijzing naar de stukken en het onderzoek voor de verzekerden I..., K , G , L , M en H . Telkens werd een overscoring vastgesteld waardoor de verzekerde slechts recht had op ofwel een lager forfait of een aantal toiletten i p v het aangerekend forfait.

De appellante kan evenmin betwisten dat haar verpleegdossiers niet voldeden aan de terugbetalingsvoorwaarden. Er ontbrak elke vorm van planning en evaluatie van de verzorging, er was onvoldoende informatie over de "evolutie van de opeenvolgende evaluatieschalen waar de verzorging een toilet behelsde, het verpleegdossier bevatte niet "alle verpleegkundige zorgen die over elke verzorgingsdag verleend werden indien er bij het aanrekenen van een forfait honorarium, buiten het toilet ook nog andere verpleegkundige zorgen werden toegediend. Dit geschiedde bij 11 verzekerden en betrof een bedrag van € 48 115,78. De appellante moet de wetgeving en de nomenclatuur volgen, niet de leverancier van haar softwareprogramma, die zij trouwens niet in het geding heeft betrokken.

De appellante rekende ook verstrekingen aan die niet terugbetaalbaar waren volgens de nomenclatuur. Het gaat hier om de verzorging die door de verzekerde zelf of door personen die met hem samenwonen kunnen worden uitgevoerd. Het gaat om het aanbrengen oogdruppels en zalf bij de verzekerden N. . en O. . De appellante gaf toe dat het ging om uitwassen, indruppelen en zalf indoen. Ook deze tenlastelegging wordt ten onrechte betwist gelet op de verklaringen van de geneesheer, de dochter van de patient en de oogarts. De appellante bewijst hier niet dat het wel om wondzorg gaat. Volgens het proces-verbaal gaat het hier om het verzorgen van de ogen met name uitwassen, aanbrengen van druppels en/of zalf in afwezigheid van een wonde.

Ook deze tenlastelegging, net als de vorige, komt bewezen voor.

De tenlasteleggingen komen duidelijk en **bewezen** voor door de verklaringen van de patienten, de verpleegster(s) en de huisartsen van de patienten. De huisartsen werden ondervraagd en gaven hierbij hun standpunten nopens bijv. de afhankelijkheidsgraad van de patient. Dit alles volstaat als bewijs.

Van alle verzekerden bij wie een inbreuk werd vastgesteld werd er een proces-verbaal opgemaakt. Elke weerhouden inbreuk wordt ondersteund door verklaringen van de verzekerden.

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 zoals blijkt uit de stukken van dit dossier. De Nota dient niet uitgebreid. Er wordt aan de vereiste bewijsvoering ruimschoots voldaan.

Het gaat dus om de conformiteit en de realiteit van de aangerekende verstrekkingen door de appellante 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 patienten, de zorgverlener zelf, de artsen, familieleden en op de vaststellingen van de inspecteur.

De tenlasteleggingen werden terecht afgeleid uit het proces-verbaal van vaststelling en worden bewezen. Deze werd bevestigd door eigen vaststellingen van de controleurs en door de ondervraagden zelf (patienten, artsen).

De verklaringen van de patienten (proces-verbaal van verhoor, hierna PVV) steken in het dossier en kunnen nagegaan worden door de appellanten. 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 en zijn zelfs "fysiek" aanwezig in de koffer dat het dossier inhoudt ter pleitzitting.

De door de appellante voorgehouden geringe bewijswaarde werd hoger reeds beantwoord. Naast deze verklaringen zijn er bovendien ook nog de andere gegevens (eigen onderzoek door de inspecteurs, verklaringen van de appellante zelf, haar medewerkster, familieleden, artsen,)

De door de appellanten aangehaalde gebrekkige bewijsvoering wordt niet aanvaard. De tenlastelegging werden wel grondig onderzocht en worden alle bewezen geacht.

Nopens de terugbetalingen.

Het bedrag van de niet uitgevoerde en niet conforme verstrekkingen dient terugbetaald conform de wettelijke bepalingen. Nu de tenlasteleggingen bewezen zijn, dient de appellante 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 zorgverleners (artikel 142 § 1 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

De appellante dient dan ook, gelet op hoger vermelde overwegingen, het bedrag van € 48 115,78 terug te betalen.

Nopens de opgelegde administratieve geldboete

De opgelegde boete in de bestreden beslissing van het Comité dient vernietigd naar mening van deze Kamer van beroep.

Hoewel de houding van de appellante op zijn minst als niet correct wordt beschouwd (in veel gevallen bijvoorbeeld werden de zorgbehoevenden manifest overschoord bij het opstellen van de Katz-schalen waardoor met opzet niet-conforme verstrekkingen werden aangerekend door de appellante, er werden verstrekkingen aangerekend waarvoor de nomenclatuur geen terugbetaling voorziet,) Dergelijke praktijken kunnen niet door de beugel, komen neer op oplichting van de sociale zekerheid en bezwaren onrechtmatig het budget van het RIZIV.

Er zijn echter, gelet op de data van de feiten die onder de tenlasteleggingen vallen en de huidige uitspraak, m a w het verstrijken van de termijn, voldoende redenen aanwezig om geen administratieve geldboete meer op te leggen. Ook dient in aanmerking genomen dat de wetgeving intussen dienaangaande grondig werd gewijzigd. De feiten dateren van 1 september 2002 tot 31 augustus 2003 zodat het niet meer passend voorkomt de appellante hiervoor thans nog een straf op te leggen.

De geïntimeerde gedraagt zich naar de wijsheid van de Kamer van Beroep.

Het hoger beroep komt 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 gegrond

Vernietigt de bestreden beslissing van het Comité van 27 april 2007

En, opnieuw wijzend, verklaart de tenlasteleggingen lastens de appellante bewezen

Veroordeelt de appellante tot terugbetaling van de waarde van alle weerhouden verstrekkingen ten belope van € 48 115,78

Zegt voor recht dat er geen administratieve geldboete meer dient opgelegd aan de appellante

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 13 maart 2017 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 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 André TIELENS en dokter Eva TRAEY, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, alsmede de heer Diego BACKAERT en mevrouw Mimount EL ABBOUDI, vertegenwoordigers van de representatieve verenigingen van het 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