

Rep. Nr. 07/14

*

AR. NB-033-06

*

Tegensprekelijke eind
beslissing van
10 februari 2014

*

Beroep tegen de
beslissing van het
Comité Dgec van 25
augustus 2006

*

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 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

BESLISSING

In de zaak van : Dr. A..., cardioloog, wonende te XXXX, die keuze van woonplaats doet bij diens raadsman.

Appellant, die wordt bijgestaan 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

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

*

* *

Op de openbare terechtzitting van 9 december 2013 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.

*

* *

VOORGAANDEN IN DE PROCEDURE

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder

- het dossier van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV,
- de bestreden beslissing van 25 augustus 2006 van het Comité, ter kennis gegeven met een aangetekende brief van 22 september 2006,
- de akte van beroep van 19 oktober 2006, ontvangen ter griffie op 20 oktober 2006;
- de conclusie voor geïntimeerde van 12 februari 2007, neergelegd ter griffie op 12 februari 2007;
- de oproepingsbrieven van 10 oktober 2013;
- de antwoord- en synthesebesluiten voor appellant van 12 november 2013, ontvangen ter griffie op 13 november 2013;
- de beroepsbesluiten voor geïntimeerde van 27 november 2013, neergelegd ter griffie op 27 november 2013;
- de vervangende antwoord- en synthesebesluiten voor appellant van 6 december 2013, ontvangen op de griffie op 9 december 2013; De geïntimeerde heeft niet gevraagd om deze laattijdige conclusies te weren.

Op de openbare terechtzitting van 9 december 2013 werden gehoord

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

De debatten, gevoerd in het Nederlands, werden gesloten, de zaak werd in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op de buitengewone openbare terechtzitting van 13 januari 2014. Alsdan werd de zaak voor verder beraad uitgesteld om uitspraak te doen op heden.

*
* *
*

VOORWERP VAN HET GESCHIL

1. Feiten verwezen naar het Comité van de DGEC van het RIZIV

Er werd een onderzoek ingesteld door de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) inzake de realiteit en conformiteit van de prestaties die door dr A werden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering

Dr A werden het volgende tenlastegelegd :

Tenlastelegging I

Dr A. heeft in de periode van 31/08/2001 tot 23/05/2003 een inbreuk gepleegd door het laten aanrekenen aan de Z I V. in zijn naam van verstrekkingen die niet mochten aangerekend worden, omdat aan bepaalde reglementaire voorwaarden niet werd voldaan

De technische prestaties die inherent zijn aan artikel 34 mogen niet apart worden aangerekend, wanneer die technische prestaties reeds gebeurd en aangerekend zijn bij het stellen van de diagnose

Reglementaire basis .

Nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen :

Art 20, e)

476066 - 476066

Hartcatheterismen buiten het continu toezicht op de hartfunctie
Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurven op verschillende niveaus, inclusief eventueel de afnamen van bloedmonsters voor doseren, de radioscopische controles met televisie, de electrocardiografische controles, de denudatie en de insputing van contrastmiddelen met of zonder krachtsinspanningsproef of farmacodynamische proef, met protocol en tracés (mogen niet worden gecumuleerd met de raadplegingen) Langs de slagaders K 134

Art. 34. § 1 a) Vasculaire transluminale percutane behandelingen

"589013 589024

Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stent(s) onder controle door medische beeldvorming van een vernauwing en/of occlusie van een kransslagader, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, met uitsluiting van de dilatatiecatheter, de farmaca en de contrastmiddelen Voor het geheel van de kransslagaders I 1350

Ten laste gelegd : Dr. A . heeft in de periode van 31/08/2001 tot en met 23/05/2003 bij 361 verzekerden 377 maal het codenummer 476066 - 476066 ten onrechte aangerekend voor het bedrag van 55.960,19 euro

Tenlastelegging II

Dr A heeft in de periode van 31/08/2001 tot 23/05/2003 een inbreuk gepleegd door het laten aanrekenen aan de Z I V in zijn naam van verstrekkingen die niet mochten aangerekend worden, omdat aan bepaalde reglementaire voorwaarden niet werd voldaan.

De technische prestaties die inherent zijn aan artikel 34 mogen niet apart worden aangerekend, wanneer die technische prestaties reeds gebeurd en aangerekend zijn bij het stellen van de diagnose

Reglementaire basis

Nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen

Art 17 ter

464133 - 464144

Bloedvatenstelsel

Coronarografie, één of twee kransslagaders, maximum voor het geheel van twee of meer invalshoeken (minimum 6 clichés per invalshoek)

N 450

Art. 34. § 1 a) Vasculaire transluminale percutane behandelingen

"589013 589024

Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stent(s) onder controle door medische beeldvorming van een vernauwing en/of occlusie van een kransslagader, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, met uitsluiting van de dilatatiecatheter, de farmaca en de contrastmiddelen Voor het geheel van de kransslagaders I 1350

Ten laste gelegd Dr A... heeft in de periode van 31/08/2001 tot en met 23/05/2003 bij 361 verzekerden 377 maal het codenummer 464133 - 464144 ten onrechte aangerekend voor het bedrag van 110.480,06 euro

Tenlastelegging III

Dr A .. heeft in de periode van 04/09/2001 tot 30/05/2003 een inbreuk gepleegd door het laten aanrekenen aan de Z I.V. in zijn naam van verstrekkingen die niet mochten aangerekend

worden, omdat aan de voorwaarden van de omschrijving van de codenummers niet werd voldaan.

Reglementaire basis :

Nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen

Art 17 ter

464096 - 464100

Bloedvatenstelsel Angiocardiopneumografie, maximum voor het ganse onderzoek, twee of meer invalshoeken (minimum zes clichés per invalshoek)

N 500

464973 - 464984

Dagplafond N 800(bloedvatenstelsel)

Ten laste gelegd Dr. A... heeft in de periode van 04/09/2001 tot en met 30/05/2003 bij 1 227 verzekerden 1.280 maal het codenummer 464096 - 464100 ten onrechte aangerekend voor het bedrag van 234.838,4 euro.

Tenlastelegging IV

Dr. A heeft in de periode van 25/09/2001 tot 30/05/2003 een inbreuk gepleegd door het laten aanrekenen aan de Z.I.V in zijn naam van verstrekkingen die niet mochten aangerekend worden, omdat aan de voorwaarden van de omschrijving van de codenummers niet werd voldaan.

Reglementaire basis.

Nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.

Art 20, e)

476173 - 476184

Kwantitatieve analyse met computer van het ventriculogram met op zijn minst het berekenen van het systolisch eindvolume, het diastolisch eindvolume en de uitstotingsfractie, minimum twee metingen, met protocol

De verstrekking nr 476173 - 476184 kan slechts als supplement worden aangerekend bij de verstrekkingen nrs 453073 - 453084, 453095 - 453106, 464074 - 464085, 464096 - 464100

Dr A heeft in de periode van 25/09/2001 tot en met 30/05/2003 bij 1.250 verzekerden 1 273 maal het codenummer 476173 - 476184 ten onrechte aangerekend voor het bedrag van 84 981,78 euro.

Synoptische tabel

<i>Tenlasteleggingen</i>	<i>Aantal verstrekkingen</i>	<i>Bedrag</i>
<i>1 Cumul Hartcatheterismen</i>	377	55 960,19
<i>2 Cumul Coronarografie</i>	377	110 480,06
<i>3 Ten onrechte angiocardiopneumografie</i>	1280	234 838,4
<i>4 Ten onrechte computer ventriculogram</i>	1273	84 981,78
<i>Totaal</i>		€ 486 260,43

2. De bestreden beslissing van het Comité DGEC van 25 augustus 2006

Het Comité verklaarde de tenlasteleggingen bewezen en weerhield deze.

Het Comité legde aan dokter A .. de terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen, zijnde € 486 260,43 op

Het Comité legde aan dokter A voor tenlasteleggingen 1 en 2 een bijkomende administratieve geldboete van 50% of € 83 220,12 op met opschorting gedurende een periode van drie jaar

Voor de tenlasteleggingen 3 en 4 legde het Comité geen administratieve geldboete op.

Dr A . stelde hiertegen hoger beroep in

*
* *

BEROEPSGRIEVEN

1. Standpunt van appellant

Appellant vraagt dat de Kamer als volgt zou oordelen

Het beroep ontvankelijk en gegrond te verklaren en dienvolgens

- de bestreden beslissing van het Comité Dgec d d. 25 augustus 2006 teniet te doen en de volledige ten opzichte van Dokter A.. hier gevoerde procedure nietig te verklaren;
- voor zover de Kamer van Beroep zou beslissen tot de nietigheid van de beslissing van het Comité en/of niet zou beslissen tot de nietigheid van de hier gevoerde procedure
 - *in hoofdorde*
 - vast te stellen dat de geformuleerde tenlasteleggingen onontvankelijk, minstens ongegrond zijn, minstens geen aanleiding geven om aan Dokter A... ook maar enige terugbetaling of sanctie op te leggen,
 - in ondergeschikte orde, voor zover een of meerdere tenlasteleggingen toch gegrond zou(den) worden verklaard
 - de eventueel op te leggen administratieve geldboete minstens te herleiden tot een administratieve geldboete van maximaal € 250,-,
 - in geval van veroordeling tot een administratieve geldboete ook de gunst van een uitstel toe te kennen,
 - aan Dokter A afbetalingstermijnen toe te staan voor de eventueel opgelegde terugbetaling van prestaties en voor de eventueel opgelegde geldboete door hem toe te laten de totaal terug te betalen som in tien verschillende schijven af te betalen.

2. Standpunt van de geïntimeerde

Geïntimeerde vraagt dat de Kamer als volgt zou oordelen :

Het huidig beroep ontvankelijk, doch gedeeltelijk (on)gegrond te verklaren :

De beslissing a quo te bevestigen, in de zin van :

- * dat de tenlasteleggingen, bewezen zijn en terecht werden weerhouden,

* dat Dr A bijgevolg, krachtens het toenmalig artikel 141, § 5, laatste lid ZIV-wet, de ten onrechte aangerekende verstrekkingen zijnde het bedrag van € 486 260,43 moet terugbetalen

Gelet op de verlopen tijd gedraagt geïntimeerde, wat betreft het opleggen van een eventuele administratieve geldboete, zich naar de rechtspraak terzake van de Kamer van beroep.

*
* *

BEOORDELING

Nopens de ontvankelijkheid

Het hoger beroep werd tijdig en regelmatig naar vorm en inhoud ingesteld. Het komt ontvankelijk voor.

Nopens de verjaring:

Ten onrechte roept de appellant de verjaring in. Overeenkomstig de wettelijke bepalingen, die huidige materie beheersen dient de vaststelling van de feiten, die dateren van 31 augustus 2001 t/m 30 mei 2003, te geschieden binnen de 2 jaar te rekenen vanaf de dag waarop de verzekeringsinstellingen de documenten betreffende de strafbare feiten hebben ontvangen (artikel 174, 1^{ste} lid, 10^o van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

Ook de vordering tot terugvordering werd tijdig ingesteld (artikel 174, 1^{ste} lid, 6^o van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

De Kamer van beroep verwijst immers naar de PJ van 29 september 2003 (voor de prestaties die werden gefactureerd op 30/09/2001 en 31/10/2001) en de PJ van 20 februari 2004 en stelt vast (zie afrekeningsconstante cijfers) dat alle daarin weerhouden verstrekkingen binnen de bij de wet voorgeschreven verjaringstermijn van 2 jaar vallen.

Aangezien deze feiten werden voorgelegd aan het Comité en aan de Kamer van beroep gaat de verjaring pas in op de

datum waarop er door huidige kamer een definitieve beslissing zal genomen zijn (artikel 174, 1^{ste} lid, 6° van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994). Dit impliceert meteen dat er ook geen stuiting van de verjaring moet geschieden daar deze nog loopt.

Er dient derhalve vastgesteld dat de feiten niet verjaard zijn, noch de vordering tot terugvordering Evenmin dient de nietigheid uitgesproken van de tijdige vaststellingen

Er zijn geen redenen voorhanden om in te gaan op de vraag van de appellant naar de data waarop de verzekeringsinstellingen de documenten ontvangen hebben daar dit blijkt uit de stukken van het dossier, die de appellant kon inkijken. Er dient dan ook geen voorbehoud verleend aan de appellant.

*
* *

De appellant formuleert een reeds grieven tegen de bestreden beslissing teneinde aan te tonen dat deze beslissing nietig zou zijn.

Deze grieven beletten niet dat de Kamer van Beroep zich buigt over de door de Dienst weerhouden tenlasteleggingen en de vordering tot terugbetaling

De appellant houdt geen rekening met het feit dat het Comité niet als een administratieve rechtscollege is opgetreden maar als bestuursorgaan, terwijl de Kamer van Beroep als enig rechtscollege uitspraak doet, in eerste en laatste aanleg, met volle rechtsmacht (RvSt 29 oktober 2007, nr 176 303). Een bestuursorgaan moet niet op alle argumenten antwoorden mits het zijn beslissing motiveert, hetgeen in casu geschiedde.

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

De vraag stelt zich of de appellant in feite belang heeft bij het opwerpen van zijn grieven die moeten leiden tot de nietigheid van de bestreden beslissing nu de Kamer van Beroep de zaak niet kan terugverwijzen naar het Comité maar zelf uitspraak moet doen, alsook welke weerslag de excepties van nietigheid kunnen hebben op de oplossing van het geschil

Deze excepties werden in het verleden reeds afgewezen door de Kamer van Beroep, zoals blijkt uit de door de appellant zelf medegedeelde uitspraak van de Kamer van Beroep op 23 mei 2013 in de zaken AR NB 011-07 en AR NB 011bis07 (zijn stuk 5)

Enkel volledigheidshalve wordt vastgesteld dat deze excepties niet gegrond zijn, zoals blijkt uit hetgeen volgt. De Kamer van Beroep behandelt, eveneens volledigheidshalve, deze excepties hierna.

Nopens de motiveringsplicht:

Dit middel van de appellant kan niet worden aangenomen.

Het middel is o.a. gesteund op het feit dat het 18 pagina's lange verweer van de appellant op de nota van de dienst door het Comité niet werd aangenomen.

Het is niet omdat het verweer van de appellant 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 het Comité deze beslissing motiveerde en zich heeft aangesloten bij de argumentatie en de standpunten van de Dienst, enerzijds, en, anderzijds, de argumenten van de appellant niet heeft aanvaard

Zelfs indien bepaalde argumenten in eerste aanleg door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle – volgens de appellant - onvoldoende werden ontmoet omdat het zich meer kon vinden in het standpunt van de Dienst, houdt dit niet in dat de bestreden beslissing daarom

behept is met nietigheid. Er werd niet ingegaan op de door de appellant aangevoerde argumenten omdat het standpunt van de Dienst juridisch correcter werd geacht.

De motiveringsplicht heeft niets te maken met de hoogte van het bedrag dat teruggevorderd wordt, noch met de zware administratieve geldboete.

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

De motivering wordt afdoend geacht wanneer het doel wordt bereikt nl dat de betrokkene in staat gesteld wordt om te begrijpen op grond van welke feitelijke en juridische (en wettelijke) 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).

Dit middel wordt dan ook afgewezen

Nopens de schending van het onpartijdigheidsbeginsel of de onregelmatige bevoegdheid van het Comité

De appellant haalt onterecht aan dat het Comité tegelijk als onderzoekorgaan en als beslissend orgaan zou zijn opgetreden. Huidige betwisting betreft inbreuken op de nomenclatuur. Het gaat dus niet om strafrecht. De argumenten van de appellant uit of op het strafrecht gesteund kunnen niet gevolgd worden. Het arrest Wilsin kan hier niet naar analogie toegepast worden.

Het Comité is hier niet opgetreden als onderzoekorgaan. Zijn taak bestaat er in de verstrekkingen van de verzekering voor

geneeskundige verzorging te controleren op het vlak van realiteit en conformiteit met de voorschriften van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten doch dit geschiedde door het personeel van de Dienst (cfr. Artikel 141, § 1, eerste lid, 1 van bovenvermelde gecoördineerde wet) Dit volstaat niet om hieruit af te leiden dat het Comité zelf als onderzoekorgaan optreedt Het is wel zo dat na dit onderzoek het Comité een beslissing neemt

Het feit dat het Comité over de mogelijkheid beschikt om de betrokken zorgverlener te horen of in casu te laten horen door 2 leden betreft evenmin een onderzoeksbevoegdheid. Deze mogelijkheid werd voorzien voor het geval de schriftelijke verdediging onvoldoende verantwoording bevat (artikel 141, § 5 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994) Deze opdracht werd niet overschreden.

De appellant slaagt er niet in om een schending van het onpartijdigheidsbeginsel in hoofde van het Comité aan te tonen.

De Kamer van beroep waarborgt door de samenstelling ervan de onafhankelijkheid ervan. De leden, behalve de zetelende magistraat hebben enkel raadgevende stem Zij (leden gekozen uit de artsen) zijn geen concurrenten van de appellant. Bovendien wordt dit niet aangetoond De leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen hebben evenmin een belang Zij zetelen in persoonlijke naam Er werd door de wetgever een paritaire samenstelling betracht teneinde de genomen beslissen meer draagkracht te geven Dit gaf ook het voordeel dat de groep waartoe de appellant behoort betrokken wordt in de zaak Indien de redenering van de appellant wordt doorgetrokken dan kunnen de arbeidsgerechten, de rechtbanken van koophandel bvb niet meer samengesteld worden De leden van de Kamer noch deze van het Comité werden gewraakt door de appellant

Het feit dat de Kamer van beroep is ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV en om logistieke redenen zetelt in de lokalen van het RIZIV betekent geenszins dat deze Kamer daarom geen onafhankelijke en onpartijdige rechterlijke instantie zou zijn. Deze Kamer voldoet trouwens aan de waarborgen vervat in artikel 6 EVRM. De

appellant bewijst niet dat de Kamer niet onafhankelijk is

Nopens de schending van de hoorplicht:

Het betrof hier geen tuchtprocedure zodat de argumenten van de appellant gesteund op een dergelijke procedure niet kunnen aangenomen worden.

De appellant stelt vooraf dat de beslissing van het Comité onwettig was omdat hij niet werd gehoord door het voltallig Comité en dit nadat hij eerst heeft opgeworpen dat dit Comité niet bevoegd was.

Er wordt vastgesteld dat de appellant werd gehoord door 2 auditeurs en dat de beslissing werd genomen door dit Comité nadat hij zijn uitgebreid schriftelijk verweer had kenbaar gemaakt en nadat het Comité kennis had genomen van het schriftelijk verslag opgemaakt naar aanleiding van de hoorzitting, die werd gehouden conform de wettelijke bepalingen.

Er kan niet ingegaan worden op deze grief daar niet aangetoond wordt op welke grond de hoorplicht zou zijn geschonden

Nopens de onregelmatige samenstelling van het Comité:

De bestreden beslissing dient evenmin vernietigd op grond deze grief van de appellant daar het Comité op 25 augustus 2006 rechtsgeldig en reglementair was samengesteld.

Volgens de bestreden beslissing (zie p 26) waren er, naast de Magistraat-Voorzitter, 4 geneesheren aanwezig als vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en 2 geneesheren, vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van het geneesherenkorps.

Verwijzend naar het artikel 140, §2, tweede lid, zoals destijds van toepassing, en § 5, laatste lid van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 was dit in orde, rekening houdend met het feit dat de afwezig gebleven leden, zonder rechtvaardiging aangenomen door de Voorzitter van de zitting, bij het aantal deelnemers werden bijgeteld. Zij worden geacht zich te hebben onthouden bij de stemming over de

beslissing. De beslissing zelf laat niet toe te besluiten tot een onregelmatige samenstelling. Er zijn evenmin concrete aanwijzingen in het dossier die het tegendeel aantonen. Er wordt niet aangetoond dat de wettelijke vereisten, waarover de Voorzitter-Magistraat van het Comité diende te waken, niet werden vervuld.

De afwezigheid van een aantal leden heeft de nietigheid van de beslissing niet tot gevolg.

Nopens de onregelmatige beraadslaging van het Comité wegens de afwezigheid van de beide regeringscommissarissen.

Hun aanwezigheid – zij zijn belast met het toezien op de eenheid van de administratieve rechtspraak, is niet op straffe van nietigheid voorgeschreven. Zij hebben ook geen stemrecht.

De appellant toont niet eens aan nadeel te hebben geleden door hun afwezigheid.

De exceptie van nietigheid opgeworpen door de appellant kan niet worden bijgetreden.

Nopens de schending van de geheimhoudingsplicht:

De appellant, die dergelijke schending inroept, moet deze bewijzen. Hij levert hiervan niet het minste bewijs. Evenmin wordt door hem aangetoond dat de beslissing die hem betreft op een niet anonieme wijze werd gepubliceerd.

Niet de geïntimeerde doch de appellant draagt de bewijslast van hetgeen hij voorhoudt.

Dergelijke grief, die van elke grond is ontbloot en neerkomt op niet gepaste stemmingmakerij, komt tergend en roekeloos voor. De geïntimeerde vraagt echter geen schadevergoeding voor tergend en roekeloos verweer of hoger beroep.

De Kamer van beroep oordeelt niet op basis van geruchten, maar op grond van feiten waarop de wet wordt toegepast en ziet niet in hoe dergelijke persberichten de belangen van de appellant dienen wanneer de appellant zelf moet vast te stellen "dat wij tot op heden de bestreden beslissing van het Comité

evenwel nog niet terugvinden op de website van het RIZIV”.

Deze grief kan niet worden weerhouden.

Nopens de redelijke termijn

Deze zaak werd binnen een redelijke termijn behandeld in eerste aanleg (proces-verbaal van vaststellingen van 29 september 2003 en 20 februari 2004, met beslissing op 25 augustus 2006). De appellant tekende beroep aan op 19 oktober 2006, waarop de geïntimeerde op 12 februari 2007 reeds concludeerde. De appellant concludeerde niet. De vraag om conclusies te ontvangen vanwege de appellant d.d. 17 november 2011 bleef zonder enige reactie. De zaak werd dan ook gefixeerd (oproepingsbrieven van 10 oktober 2013) waarop de appellant pas 7 jaar na zijn beroepsakte besluiten toezond (van 12 november 2013, die nadien nog werden aangepast). De lange duur is dus uitsluitend te wijten aan de appellant zelf zodat hij niet met succes de overschrijding van de redelijke termijn kan inroepen.

De appellant kan evenmin worden gevolgd waar hij uit de lange duur afleidt dat elke vordering van de geïntimeerde dient afgewezen.

De overschrijding van de termijn, zelfs indien deze zou worden weerhouden, *quod non in casu*, heeft geen verval van de vordering van de geïntimeerde tot gevolg. De rechten van verdediging van de appellant zijn niet geschonden. Hij heeft deze rechten uitvoerig kunnen uitoefenen en ook effectief uitgeoefend. De tenlasteleggingen worden geëvalueerd in functie van de toen toepasselijke nomenclatuur. De nieuwe medische praktijken veranderen daar niets aan en bemoeilijken evenmin de bewijsvoering omtrent de toenmalige nomenclatuurnummers. Interpretatie hoeft niet daar de nomenclatuur duidelijk was. Het feit dat de appellant was geassocieerd met andere leden verandert niets aan het feit of hij nu na 5 of 6 jaar moet terugbetalen of later. Hij is ook niet de enige die presteert in een ziekenhuis waardoor er, volgens hem, ook een deel afhoudingen zouden gebeurd zijn. De prestaties werden immers op zijn naam geregistreerd en het is dus van hem dat de dienst de terugbetaling moet vragen bij niet conformiteit van de prestaties gezien vanuit de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige

verzorging en uitkeringen. Hij kan desgevallend onderzoeken of hij deze onrechtmatig genoten prestaties kan terugvorderen van bv. het ziekenhuis of zijn toenmalige leden van de associatie maar deze juridische relaties overstijgen huidige betwisting. De appelland wist sedert september 2003 dat hem inbreuken werden ten laste gelegd zodat hij de nodige maatregelen kon nemen tegenover zijn associatie, het ziekenhuis, ten opzichte van de bewijsvoering, mocht hij dit nodig hebben geacht (hetgeen niet blijkt). De beslissing dateert reeds van 2006.

Bewijsvoering is nog steeds mogelijk. Alle stukken werden bewaard. De appelland bewijst geen nadeel. Evenmin vraagt hij nog bepaalde zaken te bewijzen.

Nopens de schending van de nomenclatuur

De appelland heeft gelijk wanneer hij stelt dat de nomenclatuur duidelijk moet zijn. Dit werd ook zeer duidelijk door de Raad van State verwoord in punt 2.2.3 van het arrest dd. 2 oktober 2003 (arrest nr. 123 741). De nomenclatuur moet duidelijk geformuleerd zijn opdat er sprake zou kunnen zijn van een inbreuk.

De nomenclatuur is in deze kwestie echter voldoende duidelijk naar mening van deze Kamer. De nomenclatuur wordt gelezen naar de inhoud zoals deze bestaat en niet in het voor- of nadeel van één der partijen.

De appelland hoefde niet beroep te doen op de door hem gehanteerde "creatieve" interpretatie van de volgens hem onaangepaste of onduidelijke nomenclatuur. Dit argument faalt dan ook in feite.

Dit argument kan ook in rechte niet aangenomen worden omdat, indien een zorgverstrekkers van oordeel is dat de nomenclatuur voorbijgestreefd is, het hem niet toekomt deze naast zich neer te leggen.

Desgevallend, wanneer hij de mening toegedaan is dat de nomenclatuur onduidelijk, verouderd, voorbijgestreefd of niet meer kan toegepast worden, kan hij zelf de nodige stappen ondernemen om de bevoegde instanties er toe aan te zetten de nomenclatuur te actualiseren (zie en vgl. arrest nr. 149.700 van 3 oktober 2005 R v. St., www.raadvst-consetat.be)

In afwachting van een wijziging dient en diende de bestaande nomenclatuur scrupuleus gerespecteerd, hetgeen de appellant niet deed, ook niet na de inwerkingtreding van het K.B. van 27 maart 2003.

Het is niet omdat de nomenclatuur nadien werd gewijzigd dat de appellant de toen geldende nomenclatuur niet diende te volgen

Nopens de al of niet gegrondheid van de bestreden beslissing.

De bewijslast van de weerhouden inbreuken berust uitsluitend op de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle

De Kamer van beroep verwijst in dit verband reeds naar de motivering in de bestreden beslissing.

Het proces-verbaal van vaststelling heeft een bijzondere bewijswaarde voor wat betreft de materiële vaststellingen

De Kamer van Beroep heeft als administratief rechtcollege de volle bevoegdheid te oordelen of een door de Dienst voor Geneeskundige Controle gegeven interpretatie van de toe te passen norm de juiste is

De Kamer van Beroep dient dan ook per tenlastelegging na te gaan of de specifieke inbreuk die steunt op begrippen uit de nomenclatuur, duidelijk geformuleerd zijn. Elke tenlastelegging wordt dan ook onder de loep genomen.

Nopens de eerste tenlastelegging

De appellant betwistte op dit punt ten onrechte de stelling van de geintimeerde. Uit de teksten volgt dat wanneer de diagnostische fase ter voorbereiding van de endovasculaire dilatatoire reeds gebeurd is, kan in de therapeutische fase niet opnieuw een hartcatheterisatie samen met een coronarografie worden aangerekend. De technische procedures (prestaties) die inherent zijn aan artikel 34 mogen niet apart aangerekend worden o.a. hartcatheterisatie, coronographie, hetgeen de appellant wel deed. In de laatste alinea van artikel 34 § 1a wordt dit cumulverbod nog eens herhaald (wijziging van artikel

34 § 1 vanaf 1 april 2003 met uitzondering voor de werkelijke eerste diagnostische coronagrafie en bijhorende verstrekkingen).

Bij een eerste ondervraging was de appellant hiervan niet op de hoogte van de nomenclatuur die deze combinatie zou verbieden. Hij blijft volhouden dat hij dit mocht doen en dat dit niet in strijd is met artikel 34 van de nomenclatuur. De appellant houdt voor dat hij telkens 2 hartcatheterismen uitvoerde, maar daar gaat het niet over. De problematiek waarover de Kamer zich moet buigen betreft niet de realiteit maar de conformiteit van de aangerekende prestaties. Feit is dat hij er maar één mocht aanrekenen volgens de nomenclatuur. Hij blijft bij zijn standpunt dat hij dit toch mocht doen, hetgeen onjuist is. De appellant gaat er van uit dat het steeds ging om labiele patiënten waarbij er zich nieuwe coronaire veranderingen hebben voorgedaan. Dit wordt echter niet aangetoond.

De Kamer van beroep meent dat de nomenclatuur dienaangaande voldoende duidelijk is en stelt vast dat de appellant bij het aankruisen van coronographie telkens en systematisch een hartkatheterisatie heeft aangerekend. Dit verschilt van enkele labiele gevallen. Manipulaties en controles tijdens de behandeling is een klaar en duidelijke tekst zodat een cardioloog, als specialist in zijn vakgebied, weet waarover het gaat. Een dergelijke tekst is allesomvattend en wordt gebruikt om te vermijden dat indien werkelijk alle prestaties zouden dienen opgesomd er sommige niet zouden vermeld worden. Wanneer de Koning nadien (K.B. van 23 maart 2003), om alle misverstanden bij sommige creatieve geneesheren te vermijden, dit nog eens preciseert en benadrukt dan kan de appellant niet met succes voorhouden dat er vroeger geen cumulverbod bestond. De uitvoerige redenering, argumenten en grieven van de appellant kunnen dan ook niet gevolgd worden. Hartkatheterisatie is een "manipulatie", zoals gesteld in de omschrijving van het nomenclatuurnummer voor de PTCA die essentieel is voor het uitvoeren van de PTCA en er dus integraal deel van uitmaakt. Dit wordt nog bevestigd omdat later in de omschrijving wordt vermeld "met uitsluiting van de dilatatiecatheter". De toenmalige reglementering is hier op geen andere wijze te lezen dan dat het de combinatie van het aanrekenen van het nummer voor PTCA en het nummer voor hartkatheterisatie verbiedt, ongeacht of dit na de recente wijzigingen in de nomenclatuur al dan niet is toegelaten.

De Dienst heeft in bepaalde gevallen wel de hartkatheterisatie aanvaard in de gevallen wanneer meerdere PTCA's in een periode van 14 dagen werden aangerekend.

Er werden ook prestaties aangerekend die niet mochten na de inwerkingtreding van het K.B. van 27 april 2003.

Deze tenlastelegging komt, gelet op de voorgelegde stukken en verklaringen integraal gegrond voor.

Nopens de tweede tenlastelegging

Een zelfde redenering dient gevolgd wat betreft deze tenlastelegging

Uit de teksten volgt dat wanneer de diagnostische fase ter voorbereiding van de endovasculaire dilatatie reeds gebeurd is, kan in de therapeutische fase niet opnieuw een coronagrafie worden aangerekend. De technische procedures die inherent zijn aan artikel 34 mogen niet apart aangerekend worden, hetgeen nogmaals benadrukt wordt in de laatste alinea van artikel 34 § 1 a. Telkens was er minder dan 15 dagen tussen beide fasen (diagnostische en therapeutische).

De technische prestaties die inherent zijn aan artikel 34 mogen niet apart aangerekend worden, zoals de appellant deed, wanneer deze reeds gedaan werden en aangerekend werden tijdens het stellen van de diagnose. De inbreuk is hierop gestoeld. Ook hier gebeurde dit systematisch.

Ook voor deze inbreuk heeft de Dienst in bepaalde gevallen wel de coronografieën aanvaard, namelijk in de gevallen wanneer meerdere PTCA's in een periode van 14 dagen aangerekend werden. Dit om dezelfde redenen: mogelijks had er zich een complicatie voorgedaan zodat opnieuw de diagnose dient gesteld.

De Kamer van beroep stelt vast aan de hand van de stukken en verklaringen dat er systematisch een dubbele aanrekening geschiedde zonder dat de cumulregeling werd toegepast, hetgeen niet kan omdat, net als in de tenlastelegging 1 (supra) vermeld aan de reglementaire voorwaarden niet werd voldaan.

De appellant ging er, ook hier, van uit dat het steeds labiele patiënten betrof waarbij er zich nieuwe coronaire veranderingen hebben voorgedaan.

De omschrijving van de verstrekkingen 589013-589024 zijn duidelijk "Percutane endovasculaire dilatatie inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling" De manipulaties zijn in de verstrekking vervat en de technische procedures die inherent zijn aan artikel 34 mogen niet apart worden aangerekend. De teksten zijn duidelijk, hoewel de appellant er een andere mening op nahoudt en voorhoudt dat hij, als cardioloog en specialist in deze materie, niet weet of kan afleiden om welke prestaties hier bedoeld worden Dit wordt nog eens expliciet en ten overvloede geëxpliciteerd in de laatste alinea van artikel 34§ 1a. De terminologie "manipulaties en controles tijdens de behandeling" is niet vaag Een tekst behoeft slecht uitleg wanneer hij niet duidelijk is

Hetgeen supra werd overwogen wordt hier als herhaald beschouwd, ook m.b.t. het K B van 27 maart 2003

Zoals hoger reeds overwogen werd in bepaalde gevallen (meerdere PTCA's in een periode van 14 dagen) de hartkatheterisatie aanvaard

De technische prestaties die inherent zijn aan artikel 34 mogen niet apart aangerekend worden, zoals de appellant deed, wanneer deze reeds gedaan werden en aangerekend werden tijdens het stellen van de diagnose. De inbreuk werd hierop gebaseerd De appellant verwijst telkens naar bepaalde nomenclatuurnummers alwaar de prestaties worden omschreven zonder rekening te houden met het feit dat de technische prestaties die inherent zijn aan artikel 34 in de gegeven feitelijke omstandigheden niet apart mogen aangerekend worden

Er werden ook prestaties aangerekend die niet mochten na de inwerkingtreding van het K B van 27 april 2003. De toepasselijke wetgeving werd verfijnd bij dit K B. (nu termijn van 15 dagen). Deze regeling is niet in het nadeel van de appellant daar nieuwe coronografieën die buiten de termijn van 15 dagen liggen opnieuw werden aanvaard

Deze inbreuk wordt afdoende bewezen verklaard gelet op de stukken en verklaringen van het dossier en de wetgeving terzake

Nopens de derde tenlastelegging:

Wat deze tenlastelegging betreft stelt de Kamer van beroep vast dat de aangerekende prestaties evenmin beantwoorden aan de voorwaarden van de nomenclatuur. Het argument dat de techniek van de nomenclatuur niet meer wordt toegepast is geen geldig argument om een andere prestatie aan te rekenen onder dit nomenclatuurnummer.

Het feit dat thans een nieuwe nomenclatuur werd aangenomen liet de appellant niet toe creatief met de nomenclatuur om te springen teneinde zijn prestaties toch terugbetaald te zien door het RIZIV.

Uit de verklaringen volgt dat voor de ten laste gelegde gevallen er geen rechter hartkatheterisatie werd uitgevoerd waardoor het nomenclatuurnummer voor de angiocardiopneumografie ten onrechte werd aangerekend. Er werd een nieuwe techniek toegepast (contraststof rechtstreeks ingespoten in linker ventrikel) die niet voorzien was in de nomenclatuur en die niet correspondeert met de prestatie "angiocardiopneumografie" zoals beschreven in de nomenclatuur. De toepassing van deze 'nieuwe' techniek wordt toegegeven in de beroepsakte van de appellant.

Om aan de nomenclatuur te voldoen diende voor het evalueren van de linkerventrikelfunctie een rechter hartkatheterisatie uitgevoerd om een duidelijk angiografisch beeld van hart en longen te bekomen. De beelden van de appellant van de a pulmonaris waren wazig en geven geen angiografisch beeld van de longen.

De Kamer van Beroep kan moeilijk aannemen dat de appellant, als cardioloog met een ruime beroepservaring, niet weet wat onder een "angiocardiopneumografie" verstaan wordt. Volgens hem betreft dit een vage nomenclatuurregel. Hij kan hierin niet gevolgd worden.

Evenmin kan hij gevolgd worden wanneer hij zijn prestaties aanrekenet op grond van zijn eigen interpretatie wegens zogenaamd gebrek aan duidelijk nomenclatuur (beroepsakte blz 16 in fine voor Besluit).

Wanneer de voorwaarden niet vervuld zijn om een zoals beschreven in de nomenclatuur aan te rekenen, dan mocht de appelland dit ook niet doen. Het is niet omdat de nomenclatuur volgens de appelland verouderd is en niet aangepast aan de moderne technieken dat de appelland de nieuwe technieken die niet omschreven worden in de nomenclatuur en dus totaal verschillend zijn, hier zomaar kon en mocht toepassen. De techniek die de appelland toepaste verschilde van de duidelijk geformuleerde prestatie in de nomenclatuur. Er was dus geen interpretatie nodig.

De door de appelland voorgebrachte interpretatieregeling gaat niet uit van het RIZIV, is een informatieve coördinatie en heeft geen juridische bindkracht. De nomenclatuur dient toegepast.

De voorwaarden van toekenning van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging zijn van openbare orde (de Wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen als onderdeel van het sociaal zekerheidsrecht) en moeten derhalve strikt geïnterpreteerd worden. Aangezien niet voldaan werd aan de omschrijving van de angiocardiopneumografie zoals vermeld in de nomenclatuur konden deze prestaties niet aangerekend worden. De stelling van de geïntimeerde kan dan ook worden bijgetreden.

Deze tenlastelegging wordt dan ook bewezen geacht.

Nopens de vierde tenlastelegging

Deze tenlastelegging is in feite een gevolg van de vorige tenlastelegging. Nu de derde tenlastelegging werd weerhouden ten laste van de appelland, komt ook deze tenlastelegging gegrond voor. De verstrekking nr 476173 – 476184 kon in de door het RIZIV weerhouden gevallen immers niet als supplement aangerekend worden. Deze verstrekking kan enkel als supplement bij bepaalde verstrekkingen worden aangerekend zie nomenclatuur nr 476173-476184. Het gaat hier niet om de realiteit van de uitvoering van deze verstrekking, wel om de conformiteit. De aanrekeningen van het ventriculogram gebeurden niet conform de nomenclatuur wat de appelland ook moge voorhouden.

De stelling van de appellante kan derhalve niet worden

gevolgd

Nopens de herleiding van de terugbetaling.

Er zijn geen redenen voorhanden om de terugbetaling te herleiden nu de verjaring niet werd weerhouden (zie supra) en nu blijkt uit hetgeen supra werd uiteengezet dat de aangehaalde tenlasteleggingen dienen weerhouden. De verjaring van de vordering tot terugvordering gaat pas in op de datum waarop een definitieve beslissing van de Kamer van beroep is genomen. Zolang de zaak aanhangig is, kan de appelland zich niet beroepen op de verjaring.

Nu de tenlasteleggingen bewezen zijn, werd de appelland terecht veroordeeld tot terugbetaling van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen. Wanneer de aangerekende verstrekkingen niet overeenkomen met de wet of haar uitvoeringsbesluiten moet de waarde ervan terugbetaald worden door de zorgverlener (artikel 141, §5, zesde lid Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals van toepassing tot 15 mei 2007 en bij wijze van overgangsbepaling ter zake van toepassing cfr. artikel 112 Wet van 13 december 2006; thans artikel 142 § 1 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

Deze zaak sleept al jaren aan o.a. door toedoen van de appelland (hoger beroep, geen conclusies,) De appelland kon een reserve aanleggen voor de terugbetaling gezien hij wist dat de Dienst het niet eens was met zijn standpunten en de kans zeker niet irreeel was dat hij vroeg of laat zou aanlopen tegen een veroordeling tot terugbetaling. Deze werd reeds in eerste aanleg geformuleerd. De bestreden beslissing waarbij de appelland werd veroordeeld dateert reeds van 25 augustus 2006. Reeds op 16 februari 2004 verklaarde de appelland dat hem gewezen werd op de mogelijkheid tot vrijwillige terugbetaling, hetgeen hij weigerde. Er zijn derhalve geen redenen voorhanden om aan de appelland afbetalingstermijnen toe te staan voor de oplegde terugbetaling van de door hem ten onrechte genoten prestaties. Bij gebeurlijke inbreuken op de ZIV-verplichtingen draagt de appelland als zorgverlener, de verantwoordelijkheid voor de correcte aanrekening van de verstrekkingen die door hem werden uitgevoerd.

De appellant legt geen bewijsstukken neer die moeten toelaten de gegrondheid van zijn aanvraag te beoordelen

Op deze vraag kan niet worden ingegaan

Nopens de herleiding van de administratieve geldboete

De feiten die thans ten laste gelegd worden van de appellant situeren zich in de periode van 31 augustus 2001 t/m 30 mei 2003.

Door het Comité werd een administratieve geldboete opgelegd van 50 % van de waarde van alle ten onrechte aangerekende verstrekkingen, met opschorting gedurende een periode van 3 jaar voor de tenlasteleggingen 1 en 2. Voor de tenlasteleggingen 3 en 4 werd er geen administratieve geldboete opgelegd. Thans wordt dit evenmin nog nodig geacht voor deze laatste 2 tenlasteleggingen.

Na de uiteenzetting van de grieven en argumenten van de verzoeker in beroep haalt de geïntimeerde aan dat hij zich gedraagt naar de rechtspraak van de Kamer van beroep gezien de verlopen tijd sinds de feiten die aanleiding hebben gegeven tot deze procedure, voor wat betreft het opleggen van een eventuele administratieve geldboete aan de appellant

Gezien de verlopen lange duur sinds de weerhouden feiten en de intussen nieuwe mildere wetgeving komt het meer wenselijk of dienstig voor de appellant geen administratieve geldboete op te leggen voor de eerste 2 tenlasteleggingen niettegenstaande de feiten bewezen geacht worden

De bestreden beslissing wordt op dit punt dan ook gewijzigd. De opgelegde administratieve geldboete wordt tenietgedaan en vervangen door een schuldigverklaring

*
* *

OM DEZE REDENEN,

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

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

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

Recht doende op tegenspraak

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

En, opnieuw wijzende, vernietigt de bestreden beslissing van het Comité van 25 augustus 2006 waarbij de huidige appellant een administratieve geldboete werd opgelegd van € 83.220,12 met opschorting gedurende een periode van 3 jaar voor de tenlasteleggingen 1 en 2

Zegt voor recht dat de eerste twee de appellant ten laste gelegde feiten bewezen geacht worden maar dat er geen administratieve geldboete meer dient opgelegd aan de appellant.

Wijst het meer gevorderde af als ongegrond

Bevestigt voor het overige, op voormelde gronden, de beslissing a quo

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 10 februari 2014 van de Kamer van beroep die kennis neemt van de zaken die in het Nederlands moeten behandeld worden, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, opgericht bij artikel 144 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en ondertekend door:

- De heer Jan VILAIN, Voorzitter van de Kamer van beroep;

- De heer Martin VOLCKE, griffier van de Kamer van beroep.

Volgen de handtekeningen:

De griffier,

De Voorzitter,

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 Jan VILAIN, magistraat-Voorzitter, dokter Rafaël VANSTECHELMAN, vertegenwoordiger van de verzekeringsinstellingen, alsmede dokter Constantinus POLITIS, vertegenwoordiger van de representatieve organisaties van het artsenkorps en 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.