

Rep. Nr. 16/13

*

AR. NB-001-12

*

Tegensprekelijke
eindbeslissing van
8 april 2013

*

Beroep tegen de
beslissing van de
Kamer van eerste
aanleg van 21
november 2011

*

VAN RECHTSWEGE
UITVOERBAAR BIJ
VOORRAAD
NIETTEGENSTAAND
E 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, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

-

BESLISSING

In de zaak van: A..., ondernemingsnummer XXXX, met zetel te XXXX.

Appellant,

vertegenwoordigd door meester B... loco meester C..., advocaat te XXXX.

Tegen:

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

Geïntimeerde,

voor wie zijn verschenen, dokter D... geneesheer-inspecteur en mevrouw E..., ambtenaren bij geïntimeerde

*

* *

Op de openbare terechtzitting van 11 februari 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.

*

* *

RETROACTEN

Gelet op de gedingstukken, in het bijzonder:

- de bestreden beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 21 november 2011, betekend aan betrokkene op 24 november 2011;
- de beroepsakte van appellant van 22 december 2011, ontvangen op de griffie op 3 januari 2012;
- de beroepsbesluiten van geïntimeerde van 7 maart 2012, neergelegd op de griffie op 7 maart 2012;
- de beroepsbesluiten namens appellant van 26 oktober 2012, ontvangen op de griffie op 31 oktober 2012;
- de vaststelling van rechtsdag op 11 februari 2012.

Gehoord op de openbare terechtzitting van 11 februari 2013:

- mr. B... in de uiteenzetting van de middelen en conclusies namens verzoeker in beroep;
- mevrouw E... in de uiteenzetting van de juridische middelen en conclusies namens de geïntimeerde;
- dokter D... in de uiteenzetting van de medische middelen en conclusies namens de geïntimeerde.

Ter zitting heeft de appellante nog het advies van de Raad van State nr. 40.537/1/3 neergelegd.

De debatten, gevoerd in het Nederlands, werden gesloten, de zaak in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op de buitengewone openbare terechtzitting van 8 april 2013.

*
* *

1. Voorwerp van het verschil

Voor wat de feiten betreft, verwijst de Kamer van beroep expliciet naar het feitenrelaas dat deel uitmaakt van het proceduredossier.

- Tenlastelegging:

Appellant werd **één inbreuk** ten laste gelegd, namelijk:

Door het ziekenhuis werden verstrekkingen in rekening gebracht ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, terwijl er niet is voldaan aan de voorwaarden bepaald in de wet, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden.

De tegemoetkoming voor hemodialyse in een centrum voor chronische hemodialyse (codenummers 761272-761283) werd ten onrechte aangerekend bij verzekerden, die behandeld werden voor acute nierinsufficiëntie of met peritoneale dialyse.

- Reglementaire basis:

*Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

Artikel 71 bis

"§ 1. De Koning stelt, na advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, de voorwaarden vast waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten voor hemodialyse thuis en peritoneale dialyse thuis en in de kosten voor dialyse in een dienst voor collectieve autodialyse. Hij stelt eveneens de hoegroetheid vast van deze tegemoetkoming.

§ 2. De Koning stelt, na advies van de Commissie voor het afsluiten van de Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, de voorwaarden vast waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten voor de hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse. Hij stelt eveneens de hoegroetheid vast van deze tegemoetkoming. "

*Koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en wijzigingen:

Hoofdstuk 1

"Tegemoetkoming voor hemodialyse in een centrum voor chronische hemodialyse."

Artikel 1

"§ 1. Per hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse (codenummers 761272 - 761283), is een

tegemoetkoming verschuldigd gelijk aan 37,80 EUR, verhoogd met 20 % van de verpleegdagprijs van 30 juni 2002 van dit ziekenhuis met uitsluiting van de aanvullende bedragen of inhaalbedragen waarin is voorzien in de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, alsmede met uitsluiting van de universitaire toelagen waarin is voorzien in artikel 102 van dezelfde wet.

In geval van fusie tussen twee of meerdere ziekenhuizen blijft de hierboven bedoelde tegemoetkoming van het ziekenhuis dat een erkend centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie heeft verder van toepassing.

Indien het dialysecentrum beschikt over een programma van alternatieve niervervangende behandeling buiten het ziekenhuis, wordt deze tegemoetkoming, per categorie van percentage, verhoogd met 28,20 euro, 69,10 euro, 90,17 euro en 95,13 euro indien respectievelijk tussen 5 pct. en minder dan 10 pct., tussen 10 pct. en minder dan 25 pct., tussen 25 pct. en minder dan 35 pct. en vanaf 35 pct. van het totaal aantal patiënten dat onder toezicht staat van dat centrum een alternatieve niervervangende behandeling ondergaat.

Deze tegemoetkoming bedraagt minimum 107,09 euro en maximum 247,89 EUR. Onder een alternatieve niervervangende behandeling worden de behandelingen verstaan zoals voorzien in hoofdstuk II van dit besluit.

§ 2. Indien het gaat om een rechthebbende die een chronische hemodialyse ondergaat en die opgenomen is in een klassieke dienst van een verpleeginrichting die is erkend voor het uitvoeren van hemodialyse, is de cumul tussen het bedrag per opname en het bedrag per verpleegdag in een ziekenhuis en de tegemoetkoming voor hemodialyse zoals bedoeld in § 1 van onderhavig artikel mogelijk; in dat geval bedraagt de tegemoetkoming voor deze chronische hemodialyse 50 pct. van de in § 1 bedoelde tegemoetkoming met een minimum van 83,29 euro.

§ 3. Indien het gaat om een rechthebbende die is opgenomen in een andere verpleeginrichting die niet erkend is voor het uitvoeren van hemodialyse, kan de verpleeginrichting waar de hemodialyse wordt uitgevoerd een verzekeringstegemoetkoming aanrekenen waarvan het bedrag overeenstemt met de in § 1 bedoelde tegemoetkoming."

Artikel 2 § 1

"...Het percentage van alternatieve niervervangende behandeling wordt voor een referentieperiode per ziekenhuis als volgt bepaald:
Percentage = $[(A/156 + B/52 + C/dagen)/(A/156 + B/52 + C/dagen + D/156)] \times 100$
Waarbij:...D = aantal verrichte chronische hemodialyses zoals bedoeld in hoofdstuk 1."

*Omzendbrief aan de ziekenhuizen 2003/6 d.d. 07 juli 2003:

"Chronische nierinsufficiëntie: forfait hemodialyse

Pseudocode Omschrijving situatie

761283 forfait hemodialyse – gehospitaliseerd in een ander ziekenhuis:
tegemoetkoming 100 %

761283 forfait hemodialyse – gehospitaliseerd in hetzelfde ziekenhuis:
tegemoetkoming 50 %"

*Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2005 en 2006)(en van toepassing tot 30/06/2007):

Artikel 4 § 6

"Per hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse is het bedrag verschuldigd zoals bepaald in het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en

uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”

*Koninklijk besluit van 27 november 1996 houdende vaststelling van de normen waaraan de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie moeten voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst in de zin van artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987:

Artikel 3

“§ 1. Voor de toepassing van dit besluit moet worden verstaan onder centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie: de entiteit die organisatorisch en functioneel in een ziekenhuis is geïntegreerd en waar de patiënt met chronische nierinsufficiëntie de meest geëigende nierfunctie vervangende behandeling kan worden aangeboden, zoals:

a) de chronische hemodialyse, hetzij de klassieke hemodialyse in ziekenhuisverband, hetzij de collectieve autodialyse in een daartoe geëigende omgeving, hetzij de thuisdialyse;

b) de chronische ambulante peritoneale dialyse, met inbegrip van het aanleren van de techniek aan de patiënt en de medische follow-up van de patiënt in zijn thuisomgeving;

c) de niertransplantatie uitgevoerd hetzij in het ziekenhuis waar het centrum gelegen is, hetzij in samenwerking met een of meer externe transplantatiediensten.

§ 2. De behandeling van chronische nierinsufficiëntie wordt als een geheel van activiteiten beschouwd waarbij de verschillende behandelingsvormen deel uitmaken van een totaalconcept dat als een globale opdracht voor het centrum moet worden beschouwd. Om als centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie erkend te worden en erkend te blijven dienen de diensten die van het centrum deel uitmaken aan de in bijlage van dit besluit vermelde normen te voldoen.”

*Bijlage bij het KB van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en latere wijzigingen:

Artikel 20 § 1 a)

“470374- 470385

Peritoneale dialyse in een verplegingsinrichting ten gevolge van een chronische nierinsufficiëntie tijdens de hospitalisatie wegens een intercurrente aandoening van een patiënt die met peritoneale autodialyse wordt behandeld per dag...N 90

De verstrekkingen 470433 - 470444 en 470374 - 470385 zijn voorbehouden voor de specialisten voor inwendige geneeskunde of kindergeneeskunde die verantwoordelijk zijn voor een erkend dialysecentrum dat toestemming heeft om dialyses thuis te verrichten.

470466

Extrarenale zuivering, verricht wegens acute nierinsufficiëntie volgens de techniek van de hemodialyse of van intermitterende hemofiltratie, of verricht voor de behandeling van een intoxicatie volgens de techniek van de hemodialyse of hemo-infusie, of verricht voor de behandeling van een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen, volgens de techniek van de plasmafiltratie, per zitting, maximum één zitting per 24 uur en maximum zes weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal...K 464

Deze verstrekking is voorbehouden voor de geneesheren specialisten voor

de inwendige geneeskunde of kindergeneeskunde in een erkend dialysecentrum.

470492-470503

Extrarenale zuivering, verricht volgens de techniek van de continue hemodialyse/filtratie, verricht in een dienst voor intensieve verzorging voor de behandeling van een acute nierinsufficiëntie, een intoxicatie, een toestand van ernstige volume-overbelasting of een aandoening die verband houdt met de aanwezigheid van toxische endogene proteïnen volgens de techniek van de plasmafiltratie, per 24 uur, en maximum 6 weken behandeling, inclusief het hemofiltratiemateriaal...K 464

Deze verstrekking is voorbehouden voor de geneesheren specialisten voor de inwendige geneeskunde, heilkunde, anesthesiologie of kindergeneeskunde in een dienst voor intensieve verzorging, of voor de geneesheren specialisten voor de inwendige geneeskunde of kindergeneeskunde in een erkend dialysecentrum.

Forfait 761283 met acute nierinsufficiëntie (470466 en 470503)

Periode van de weerhouden verstrekkingen: van 2 januari 2006 tot 28 februari 2007 (in de pro-justitia wordt ingevolge een materiële vergissing de periode van de weerhouden verstrekkingen vermeld van 02/01/2007 tot 28/02/2007).

Ten onrechte attestering en aanrekening op dezelfde dag en bij dezelfde patiënt van 1036 pseudocodes 761283 bij 119 verzekerden samen met 1036 verstrekkingen 470466 of 470503 (acute nierinsufficiëntie).

Het totaal van de onterechte attestering bedraagt 107 964,88 euro.

Forfait 761283 met peritoneale dialyse (470385)

Periode van de weerhouden verstrekkingen: van 31 mei 2006 tot 21 juli 2006.

Ten onrechte attestering en aanrekening op dezelfde dag en bij dezelfde patiënt van 14 pseudocodes 761283 bij twee verzekerden samen met 14 verstrekkingen 470385 (peritoneale dialyse).

Het totaal van de onterechte attestering bedraagt 1447,46 euro.

Het totaal **bedrag** van de ten onrechte attestering bedraagt 109412,34 euro.

2. De bestreden beslissing van de Kamer van eerste aanleg

De Kamer van eerste aanleg veroordeelde appellant tot de

terugbetaling van de waarde van de nog niet vrijwillig terugbetaalde ten onrechte aangerekende verstrekkingen, voor een bedrag van 107 964,88 euro.

Bovendien verklaarde zij de vordering tot betaling van een administratieve geldboete onontvankelijk wegens ingetreden verjaring.

3. Beroepsgriev

Standpunt van appellant:

De appellante betwist de bevoegdheid van de Kamer van eerste aanleg en impliciet ook deze van de Kamer van beroep omdat hij de mening toegedaan is dat de betwisting behoorde tot de exclusieve bevoegdheid van de arbeidsgerechten. Haar vordering om een prejudiciële vraag te stellen werd afgewezen. Thans stelt de appellante deze vraag opnieuw.

De initiële vorderingen van de geïntimeerde zijn onontvankelijk omdat de rechtsgrond om de vordering in te leiden niet correct werd weergegeven, omdat de schending van de vormvereisten in het KB van 9 mei 2008 niet werden gerespecteerd en omdat de zogenaamde geschonden wettelijke bepalingen nergens eenduidig werden weergegeven.

De eerste rechter oordeelde ten onrechte dat de vordering tot terugvordering niet verjaard was op basis van artikel 174 Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De eerste rechter steunde zich op een bepaling vervat in dit artikel dat echter nog niet bestond op het ogenblik van de feiten.

Het verbod het kostenforfait in rekening te brengen bij acute dialyses is niet af te leiden uit de geciteerde bepalingen.

Standpunt van verweerder:

De verwerende partij betwist de grieven van de appellante en beantwoordt deze uitvoerig in haar besluiten.

*
* *
*

4. Beoordeling

De Kamer van beroep beantwoordt enkel de effectief door de appellante opgeworpen grieven. De stijlformule waarbij de appellante aanhaalt dat zij "volgende grieven opwerpt, zonder evenwel te verzaken aan de middelen zoals opgeworpen voor de eerste rechter en dewelke zij tijdens komende beroepsprocedure nog zal opwerpen" heeft tot gevolg dat de Kamer van beroep enkel moet de grieven behandelen die de appellante effectief opwerpt tijdens de procedure hoger beroep.

Er wordt eerst ingegaan op de grieven m.b.t. de bevoegdheid, de ontvankelijkheid vooraleer de argumentatie m.b.t. de prejudiciële vraag en de zaak ten gronde nader te onderzoeken.

Nopens de bevoegdheid van de Kamers:

Ten onrechte werpt de appellante op dat volgens haar de arbeidsgerechten bevoegd zijn.

De Kamer van beroep verwijst immers naar de van toepassing zijnde wetgeving en meer bepaald artikel 112, § 1 van de Wet van 13 december 2006 die dienaangaande zeer duidelijk is. De wetgeving wordt verder geëxpliciteerd in § 2 van hetzelfde artikel dat uitdrukkelijk verwijst naar de bevoegdheid van de Kamers van eerste aanleg en beroep. Deze overgangsbepalingen komen in de plaats van de vroegere wetgeving zodat deze moeten toegepast.

De Kamer van beroep verwijst ook naar artikel 73bis, 142, § 3 in fine van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, waarin wordt vermeld dat de beslechting van de betwistingen met de zorgverleners en gelijkgestelden uitsluitend behoort tot de uitsluitende bevoegdheid van de organen bedoeld in de artikelen 143 en 144.

Er wordt ook gewezen op artikel 139 lid 1 en lid 2, 5°, 6° en 7° van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en naar artikel 2, n) die het hebben over de

betwistingen met zorgverleners en wat onder een zorgverlener moet worden verstaan. In haar prejudiciële vraagstelling haalt de appellante zelf aan dat de betwistingen met de zorgverleners door de DGEC dienen aanhangig gemaakt bij de Kamers.

De grondwettelijkheid van de bevoegdheidstoewijzing werd trouwens ook bevestigd door het Arbitragehof (arrest nr. 133/2001 van 30 oktober 2001), zodat de Kamer van beroep zich in uitstekend gezelschap bevindt.

Het spreekt vanzelf dat deze specifieke wetgeving dient nageleefd. Het gaat hier niet om een geschil in de zin van artikel 704 , § 2 van het Gerechtelijk Wetboek.

De Kamer van eerste aanleg en deze van hoger beroep zijn dan ook exclusief bevoegd om uitspraak te doen in huidige materie.

Nopens de ontvankelijkheid van de initiële vordering:

Er werd geen (incidenteel) beroep aangetekend tegen de afwijzing van de vordering tot betaling van een administratieve geldboete wegens ingetreden verjaring zodat dit aspect niet meer dient of kan behandeld in graad van hoger beroep.

De appellante is degene die de door de geïntimeerde teruggevorderde bedragen heeft ontvangen. Het betreft dezelfde instelling of verpleeginrichting. Dienaangaande bestaat niet de minste twijfel zoals ook reeds aangehaald door de Kamer van eerste aanleg.

De materiële vergissing door de appellante geen vzw te benoemen doet niets af van het feit dat hier wel degelijk de correcte verpleeginstelling in het geding werd betrokken.

Dit heeft geen schadelijke gevolgen voor de appellante. Zij kan evenmin enige belangenschade bewijzen.

De appellante heeft de correspondentie van de geïntimeerde beantwoord en op geen enkele manier haar juridische vorm vermeld. De brieven van 29 februari en 2 juni 2008 vermelden

bijvoorbeeld niet dat het A... een VZW is (stuk 6 en 8 appellante). Zij is dan ook verantwoordelijk voor het feit dat de geïntimeerde zich naar haar gericht heeft zonder vermelding van deze vennootschapsvorm. Alle brieven werden beantwoord en geen enkele kwam terug met vermelding van een verkeerde identiteit. Ook de Directeur en Gedelegeerd Bestuurder meldde deze onjuistheid niet in zijn reacties (zie hoger) op de processen-verbaal van vaststelling die aangetekend aan de verpleeginstelling werden gestuurd.

De appellante, die herhaaldelijk aangeschreven werd, ligt dus zelf aan de oorzaak van het niet vermelden van de vennootschapsvorm zodat zij de geïntimeerde niet met kans op succes kan aanwrijven dat zij deze niet heeft vermeld in haar gedinginleidend verzoekschrift.

De door de appellante ingeroepen onontvankelijkheid van de vordering wordt dan ook niet weerhouden.

Wat de foutieve rechtsgrond betreft wordt vastgesteld dat de juridische basis waarop de vordering van de geïntimeerde gestoeld werd wel werd aangehaald naast de feiten. De inbreuk die de appellante ten laste werd gelegd werd en wordt herhaaldelijk lopende de procedure uiteengezet (zie bijvoorbeeld synthesesnota, feitenrelaas voor de Kamer van eerste aanleg, verzoekschrift waaraan de synthesesnota werd gehecht, ...). De rechtsgrond wordt door de rechter bepaald wanneer hij de miskening van de wettelijke en reglementaire bepalingen vaststelt.

Het gedinginleidend verzoekschrift is zeker duidelijk genoeg opdat de huidige appellante kon bevroeden welke feiten en op welke wettelijke of juridische basis deze feiten haar ten laste werden gelegd. Zij had meer dan gelegenheid genoeg om haar verdediging hierop te voeren en deed dit ook uitvoerig.

De geïntimeerde heeft in haar verzoekschrift terecht vermeld dat zij optrad binnen het kader van artikel 139, 2^{de} lid, 6^o omdat deze wet alsdan van toepassing was sinds 15 mei 2007. Uiteraard moet de geïntimeerde de vigerende wet toepassen.

Het is de thans geldende procedure en niet deze uit het verleden, en die intussen werd opgegeven, die moet gehanteerd worden. Het proces-verbaal dateert immers van 28 januari 2008 en werd verstuurd op 31 januari 2008, nadien werd de zaak schriftelijk afgehandeld (de brieven van de appellante dateren van 9 februari, 8 april en 26 juni 2008). Uiteraard kon in 2008, nadat het hoger vermeld proces-verbaal was opgemaakt en verzonden aan de appellante, de afgeschafte procedure niet meer toegepast. Niet alleen de nieuwe procedure maar ook artikel 142, § 1, 2° Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 dient toegepast door de geïntimeerde teneinde de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen, die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd, te bekomen.

Het afleveren van documenten voor prestaties die niet aan de voorwaarden voorzien in de wet en uitvoeringsbesluiten en het aanrekenen van niet conforme prestaties was vroeger ook verboden en gaf alsdan eveneens aanleiding tot terugbetaling. De appellante heeft, volgens de geldende wetgeving, ten onrechte een groot aantal (1036) pseudocodes 761283 geattesteerd en aangerekend op dezelfde dag en bij dezelfde patiënt samen met 1036 verstrekkingen voor acute nierinsufficiëntie (470466 of 470503).

De appellante heeft de mogelijkheid gehad om haar verweermiddelen voor te dragen en heeft dit ook gedaan nadat zij hiervoor werd uitgenodigd. De van toepassing zijnde procedure werd gevolgd. Het onderzoek werd schriftelijk gevoerd. Voorhouden dat de zaak aanhangig werd gemaakt zonder verder onderzoek strookt niet met de werkelijkheid. Alle van toepassing zijnde waarborgen werden gerespecteerd.

Ook de teksten waarop de vordering is gesteund zijn voldoende duidelijk en werden nog geëxpliciteerd door een Omzendbrief. De Kamer van beroep verwijst naar de bepalingen van het K.B. van 23 juni 2003, hoofdstuk 1, waar uit moet afgeleid worden dat de wetgever vanaf 1 juli 2003 een tegemoetkoming voorzag voor de chronische hemodialyse en niet voor de acute hemodialyse (zie artikel 1, § 2 en artikel 2 §

1). De nomenclatuur, als onderdeel van de ZIV-wetgeving dat de openbare orde raakt, dient bovendien strikt geïnterpreteerd, voor zover hier een interpretatie nodig was.

De meeste verpleeginstellingen pasten de wet nauwkeurig toe. Voor hen was de wetgeving wel duidelijk. Een klein aantal, zoals de appellante, halen aan dat de teksten niet voldoende duidelijk zijn en werpen ten onrechte op dat bijvoorbeeld het verschil tussen een acute en chronische hemodialyse niet wordt gedefinieerd. Er wordt niet aanvaard dat een Universitair Ziekenhuis het verschil niet kent tussen deze 2 vormen van hemodialyse zozegd omdat deze begrippen niet worden gedefinieerd. Uiteraard moet de reglementering uniform worden toegepast zodat de verpleeginstellingen op gelijke voet worden behandeld en "met gelijke wapens kunnen strijden". De Kamer van beroep betreurt dat de appellante dit niet inziet of wil aanvaarden voor het verleden, terwijl zij anderzijds op dit punt haar standpunt heeft herzien voor de toekomst.

De terugvordering van een niet-verschuldigde betaling – en dat is de discussie die de partijen thans nog onledig houdt - is geen strafsanctie maar betreft de terugbetaling van een onverschuldigde betaling. Thans gaat het niet meer over de sanctionering van de appellante maar louter en alleen nog over de vordering van de geïntimeerde strekkende tot de terugbetaling van hetgeen de appellante ten onrechte heeft aangerekend en ontvangen van het RIZIV. Aangezien het strafrechtelijk aspect, nl. het opleggen van een sanctie onder de vorm van een administratieve geldboete, niet meer aan de orde is, kan de appellante zich niet beroepen op de door haar ingeroepen "obsurri libelli", wegens gebrek aan belang. In de huidige context is het van minder belang meer te weten welke bepalingen de appellante werden ten laste gelegd, hoewel deze werd aangeduid. Het gaat er om te weten of de appellante de nomenclatuur heeft nageleefd. Wanneer blijkt, zoals hierna overwogen, dat dit niet het geval is, moet zij de ten onrechte aangerekende en ontvangen sommen terugbetalen.

Nopens de verjaring:

De vordering tot terugvordering is niet verjaard daar de termijn voorzien in de wet nog niet was verstreken.

De éénjarige verjaringstermijn is voorzien voor de verhouding tussen de verzekeringsinstellingen en hun verzekerden, zodat deze hier niet kan toegepast worden.

De appellante wist bovendien, minstens moest weten, gelet op de wetgeving en de omzendbrief, dat zij geen recht had op het door haar aangerekend forfait.

Artikel 112, § 1 van de Wet van 13 december 2006 bepaalt o.a. dat de verjaring geregeld wordt volgens de bepalingen van de artikelen 73 en 141, §§ 2, 3, 5, 6 en 7, eerste tot 5^{de} lid, zoals die van kracht waren tot die datum. De regelgeving is derhalve duidelijk wat betreft de toepasselijke wetgeving. De regels van formeel recht zijn immers onmiddellijk van toepassing (artikel 112, § 2 van de Wet van 13 december 2006 samen gelezen met de organieke artikels). Het procedurereglement werd voorgelegd aan de Raad van State dat advies heeft verleend, waarna de Koning het heeft getekend en het werd gepubliceerd.

Artikel 174, al. 1, 1^o t/m 5^o van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 kan niet toegepast worden. Uiteraard gaat het hier niet om de verhouding verzekeringsinstelling en haar verzekerde, zoals hoger reeds overwogen. De feiten kunnen vallen onder al. 1, 6^o en werden voorgelegd aan de kamer van eerste aanleg en aan de kamer van beroep (zie artikel 174, al. 4). In dit geval is de wettelijke verjaringstermijn van toepassing en die was evenmin bereikt.

Nopens de prejudiciële vraag:

De appellante handhaaft haar vordering om een prejudiciële vraag te stellen aan het Grondwettelijk Hof. De geïntimeerde werpt terecht op dat wanneer deze Kamer niet bevoegd is, hij ook geen dergelijke vraag kan stellen.

De Kamer van beroep acht dit niet wenselijk of noodzakelijk. Bepaalde vragen die de appellante thans aanhaalt werden immers reeds gesteld (artikel 26, § 2, tweede lid, 2° en 28 van de bijzondere wet op het Grondwettelijk Hof; de arresten 133/2001; 26/2002; 98/2002; 23/2003; 31/2003) en voor het overige kan de zaak tussen de partijen worden behandeld zonder de prejudiciële vraag te stellen daar deze niet onontbeerlijk is om uitspraak te doen.

Het gaat thans enkel nog over politieke rechten in de zin van artikel 145 Gerechtelijk Wetboek en niet om een sanctie in de zin van de artikelen 12, 13 en 14 van de Grondwet. Van enige strafsanctie in de zin van artikel 6 EVRM en 14 IVBPR is er thans hoe dan ook geen sprake meer. Voordien was dit evenmin het geval naar mening van deze Kamer gezien de terugvordering geen strafrechtelijk karakter heeft (- er wordt hier geen vrijheidsberovende straf en zelfs geen boete opgelegd of gevorderd -) en volledig los staat van eventuele of mogelijke strafsancties.

De Kamer van beroep stelt vast dat de geldende procedure werd gevolgd.

De vordering van de appellante tot het stellen van de door haar geformuleerde vraag wordt om die redenen verworpen.

Nopens de grond van de zaak:

Het onderzoek naar de feiten betrof de periode van 1 januari 2006 tot 28 februari 2007. Het proces-verbaal van vaststelling dateert van 28 januari 2008 en werd aangetekend verstuurd aan de geïntimeerde op 31 januari 2008.

De betichting en inbreuk is zeer eenvoudig: door het ziekenhuis werden verstrekkingen in rekening gebracht ten laste van de ziekte- en invaliditeitsverzekering zonder dat werd voldaan aan de voorwaarden bepaald in de wet, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens de wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden.

Het proces-verbaal van vaststelling is bewijskrachtig, behoudens tegenbewijs. Dit tegenbewijs wordt niet geleverd.

De feiten zijn trouwens ook relatief eenvoudig. De appellante mocht de aangerekende forfaits niet in rekening brengen. Zij gaf dit onmiddellijk toe voor wat betreft de forfaits chronische hemodialyse van peritoneale dialyse en betaalde het bedrag van € 1.447,46 vrijwillig terug. Niettegenstaande de appellante heel goed wist, minstens diende te weten, dat deze forfaits onterecht werden aangerekend, deed zij dit toch.

Wat betreft de andere ten onrechte aangerekende forfaits past zij vanaf januari 2008 de regelgeving toe, maar zij wenst echter niet de forfaits die dateren van voor deze periode terug te betalen. Uiteraard gaat dit niet daar de wetgeving dezelfde is gebleven. Het is niet omdat de appellante er een afwijkende interpretatie op nahield (zogezegd omwille van de niet éénzijdige geciteerde bepalingen, waardoor zij een voor haar gunstiger vergoedingsstelsel kon bekomen), dat zij "voor het verleden" de ten onrechte aangerekende prestaties niet moet terugbetalen. Het kan toch niet dat een verpleeginstelling onder eenzelfde wettelijk "regime" er 2 verschillende systemen op nahoudt en hiervoor als reden voorwendt dat zij het niet wist of er een andere interpretatie van de wetgeving op nahield.

Het feit dat zij zich schikt naar de wettelijke bepalingen vanaf januari 2008 toont op zich reeds aan dat de appellante op een onterechte wijze de forfaits aanrekende voor de periode die hieraan voorafgaat.

De Kamer van beroep verwijst naar de duidelijke regelgeving zoals deze hiervoor werd opgenomen en naar de omzendbrief aan de ziekenhuizen 2003/6 van 7 juli 2003, alsook naar de Nationale overeenkomst tussen de verpleeginstellingen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2005 en 2006) en naar hetgeen supra reeds werd overwogen onder het hoofdstuk "Nopens de ontvankelijkheid van de initiële vordering". Er werd in de wetteksten enkel een forfait voorzien voor de chronische hemodialyse, niet voor de acute.

De appellante kan derhalve niet gevolgd worden wanneer zij voorhoudt dat de regelgeving haar pas duidelijk werd vanaf het proces-verbaal van vaststelling van 28 januari 2008.

Het gaat hier niet om de interpretatie van de regelgeving door de appellante maar om de toepassing van de tekst die duidelijk is en niet voor interpretatie vatbaar. De appellante heeft kosten aangerekend die zij niet mocht en niet kon aanrekenen ten bedrage van € 107.964,88, naast deze voor de peritoneale dialyse die intussen werden terugbetaald. De bepalingen van de nomenclatuur zijn van openbare orde en moeten dus strikt toegepast worden, ook door de appellante.

De Kamer van beroep stelt vast aan de hand van de stukken van het dossier dat de tegemoetkoming voor hemodialyse in een centrum voor chronische hemodialyse (codenummers 761272-761283) ten onrechte werd aangerekend bij verzekerden, die behandeld werden voor acute nierinsufficiëntie of met peritoneale dialyse.

De appellante kan zich niet steunen op het feit dat haar prestaties niet werden gecontroleerd en dus werden uitbetaald. Van zodra er vastgesteld werd dat er teveel werd aangerekend werd een onderzoek opgestart. Er werd dus geen "gedoogbeleid" toegepast. De appellante kan zich niet baseren op een praktijk die de wetgeving niet respecteert ("contra legem"), zelfs wanneer dit niet onmiddellijk werd opgemerkt door het RIZIV of de verzekeringsinstellingen (cfr. Raad van State, arrest nr. 207.751 van 30 september 2010, raadpleegbaar op website Raad van State).

Het spreekt vanzelf dat de niet conforme prestaties integraal dienen terugbetaald daar zij niet verschuldigd waren. Dit wordt uitdrukkelijk voorzien in de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De Kamer van beroep neemt ook kennis van het akkoord van de appellante om de ten onrechte gefactureerde bedragen van na januari 2008 vrijwillig terug te betalen. Dit akkoord werd echter niet uitgevoerd door de appellante hoewel elke overeenkomst strekt tot wet tussen de partijen. In de procedure haalt zij aan dat er werd terugbetaald, hetgeen de geïntimeerde ontkent. Er worden geen bewijzen van deze betalingen voorgebracht zodat de Kamer van beroep dient aan

te nemen dat de appellante niet aantoont hetgeen zij voorhoudt. De appellante moet haar overeenkomsten bovendien te goeder trouw uitvoeren, hetgeen zij duidelijk nalaat en dan toch bedenkingen doet rijzen nopen haar houding in dit dossier. Zij kan niet eenzijdig op haar akkoord terugkomen.

De terugbetaling van niet-verschuldigde prestaties wegens niet conformiteit maakt geen strafsanctie uit. Artikel 6 EVRM wordt derhalve ten onrechte ingeroepen door de appellante.

De Kamer van beroep beaamt de terechte overwegingen van de Kamer van eerste aanleg en maakt die tot de zijne.

Het hoger beroep dient als ongegrond afgewezen.

*
* *

OM DIE REDENEN,

Op tegenspraak,

Ontvangt het hoger beroep,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk doch niet gegrond.

Bevestigt derhalve de beslissing van de Kamer van eerste aanleg d.d. 21 november 2011 op tegenspraak tussen de partijen gewezen, met nummer A.R. NA-013-09 (Rep. Nr. 39/11) .

Aldus uitgesproken door de Voorzitter op de buitengewone openbare terechtzitting van 8 april 2013 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, magistraat, stemgerechtigd 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 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 dokters Eva Traey en Rafaël Vanstechelman, adviesgerechtigde leden, voorgedragen door de verzekeringsinstellingen, alsmede mevrouw Miek Peeters en mevrouw Ingrid Nolis, adviesgerechtigde leden voorgedragen door de representatieve organisatie van de verplegingsinstellingen.

De Kamer van beroep werd bijgestaan door de heer Martin VOLCKE, griffier in de Kamer van beroep.

De beslissingen van de Kamer van beroep zijn van rechtswege uitvoerbaar bij voorraad niettegenstaande beroep (artikel 156, § 1, eerste lid). De sommen brengen van rechtswege interesten op tegen de wettelijke rentevoet in sociale zaken, zoals voorzien in artikel 2, § 3 van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening tegen interest vanaf de eerste werkdag die volgt op de kennisgeving van de beslissing, waarbij de postdatum bewijskracht heeft (artikel 156, § 1, tweede lid).

