

RAAD VAN STATE, AFDELING BESTUURSRECHTSPRAAK

VIIe KAMER

A R R E S T

**nr. 237.164 van 26 januari 2017
in de zaak A. 218.998/VII-39.648.**

In zake : 1. Axel DERWA
 2. de VZW KLINIEK SINT-JAN
 bijgegaan en vertegenwoordigd door
 advocaten An Vijverman en Filip Van Der Mauten
 kantoor houdend te 3000 Leuven
 Mechelsestraat 107-109
 bij wie woonplaats wordt gekozen

tegen :

het RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN
INVALIDITEITSVERZEKERING (RIZIV)

I. Voorwerp van het beroep

1. Het cassatieberoep, ingesteld op 15 april 2016, strekt tot de nietigverklaring van de beslissing van de nederlandstalige Kamer van beroep, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (hierna: DGEC) van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna: RIZIV) van 14 maart 2016, waarbij het beroep van het RIZIV-DGEC tegen de beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 16 februari 2015, betreffende de realiteit en conformiteit van aan de verplichte ziekteverzekering aangerekende verstrekkingen, in de aangegeven mate gegrond wordt verklaard en waarbij het incidenteel beroep ongegrond wordt verklaard.

II. Verloop van de rechtspleging

2. Een beschikking van 27 april 2016 verklaart het cassatieberoep toelaatbaar.

De verwerende partij heeft een memorie van antwoord en de verzoekende partijen hebben een memorie van wederantwoord ingediend.

Auditeur Anja Somers heeft een verslag opgesteld, op grond van artikel 16 van het koninklijk besluit van 30 november 2006 tot vaststelling van de cassatie-procedure bij de Raad van State.

De partijen zijn opgeroepen voor de terechtzitting, die heeft plaatsgevonden op 22 december 2016.

Kamervoorzitter Eric Brewaeys heeft verslag uitgebracht.

Advocaat Filip Van Der Mauten, die verschijnt voor de verzoekende partijen, en attaché Frank Nassen, die verschijnt voor de verwerende partij, zijn gehoord.

Auditeur Anja Somers heeft een met dit arrest eensluidend advies gegeven.

Er is toepassing gemaakt van de bepalingen op het gebruik der talen, vervat in titel VI, hoofdstuk II, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

III. Feiten

3.1. De verwerende partij voert een onderzoek naar de verstrekkingen die door de verzoekende partijen werden aangerekend.

Er worden twee tenlasteleggingen geformuleerd.

3.2. Het dossier wordt aanhangig gemaakt bij de Kamer van eerste aanleg bij de DGEC van het RIZIV.

Op 16 februari 2015 verklaart deze Kamer de vordering met betrekking tot de eerste tenlastelegging onontvankelijk. De terugvordering met betrekking tot de tweede tenlastelegging wordt onontvankelijk en gegrond verklaard.

3.3. De huidige verwerende partij tekent hiertegen hoger beroep aan.

3.4. De Kamer van beroep beslist op 14 maart 2016:

“BEOORDELING

Nopens het hoofdberoep:

Het hoofdberoep betreft de tenlastelegging 1 omdat de Kamer van eerste aanleg de vordering van de appellant m.b.t. deze tenlastelegging onontvankelijk heeft verklaard.

In eerste aanleg was de Kamer de mening toegedaan dat de betwisting nopens het beantwoorden aan de erkenningsvoorwaarden waaraan een centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiënte moet voldoen niet tot de bevoegdheid van de appellant behoort maar tot deze van de GGC. Enkel de GGC kan nagaan of de VZW in kwestie nog voldeed aan de erkenningsvoorwaarden.

Infeite, en dit ten overvloede, voldeed de geïntimeerde niet omdat Dr. Zegiche ten onrechte werd meegerekend. De erkenning doet echter geen afbreuk aan de vastgestelde inbreuk op de nomenclatuur.

Het gaat hier echter niet om al dan niet de erkenning van de VZW, waarvoor de appellant strictu sensu inderdaad niet bevoegd is, maar om de gevolgen van de niet naleving van de erkenningsvoorwaarden voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de realiteit en conformiteit van de prestaties met de bepaling van de Wet (Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994), van haar uitvoeringsbesluiten, verordeningen en van de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens dezelfde Wet (artikel 139, tweede lid, 3° van deze Wet). Terecht haalt de appellant aan dat de ZIV-reglementering en de ziekenhuisreglementering elkaar beïnvloeden. De uitbating van een ziekenhuis moet in overeenstemming zijn, en blijven, met de Wet op de ziekenhuizen (7 augustus 1987) en de bepalingen van het K.B. van 27 november 1996. De terugvordering wordt evenmin gesteund op de ziekenhuiswetgeving en de uitvoeringsbesluiten ervan, maar op artikel 142, § 1, 2° en 164 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en

uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Is de regelgeving niet nageleefd, dan heeft dit ontegensprekelijk gevolgen op de vergoedbaarheid van de verstrekkingen. De bestaffing van een ziekenhuis houdt ontegensprekelijk verband met de uitbating en de uitbatingsvoorwaarden ervan. Aangezien er niet voldaan werd aan de normen qua medische bestaffing, zijn de aangerekende prestaties niet conform. Er werd een onderzoek gevoerd naar de conformiteit en realiteit van de uitgevoerde prestaties. Uiteraard is de appellant bevoegd voor de terugvordering van de niet conforme maar aangerekende verstrekkingen.

Artikel 53 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 moet samen gelezen worden met Art N Normen §d, e en f van het KB van 27 november 1996 houdende vaststelling van de normen waaraan de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie moet voldoen om erkend te worden als medisch-technische dienst in de zin van artikel 44 van de Wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

Terecht stelde de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV een overtreding van dit artikel vast, dat eveneens een inbreuk uitmaakt op artikel 73bis § 2 en 142,6 1, 2° van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Uit de verklaringen van Dr. Derwa van 19 maart 2012 en 4 april 2012 volgt dat er maar 4 nefrologen aanwezig waren en dat er vanaf 1 augustus 2012 er 4,5 full-time zullen aanwezig zijn, naast Dr. Zeghiche die voltijds als algemeen arts werkt voor onze dienst.

In 2010 waren er 4 nefrologen in dienst (en één algemeen arts) voor 14.045 dialyseverstrekingen. In 2011 waren er 4 nefrologen in dienst (en één algemeen arts) voor 14.599 dialyseverstrekingen.

Dr. Zeghiche wordt door deze Kamer van beroep niet als nefroloog beschouwd - trouwens ook niet door Dr. Derwa - daar zij niet als dusdanig werd erkend. Zij had wel een erkenning als algemeen arts. Zij werd ten onrechte meegerekend door Dr. Vandereeckt, algemeen directeur. Infeite komt de stelling van de algemeen directeur er op neer dat de Kliniek zou voldaan hebben aan het aantal nefrologen. Om in aanmerking te komen en in België als nefroloog te mogen werken, dient de geneesheer-specialist in België niet alleen houder te zijn van de bijzondere beroepstitel in de nefrologie, maar ook een erkenning bezitten als dusdanig. Zonder deze erkenning mag men het beroep niet uitoefenen. Indien Dr. Zeghiche prestaties zou geleverd hebben als nefroloog zou dit zelfs neerkomen op een onwettige uitoefening van de geneeskunde, met alle gevolgen vandien.

Er waren in Kliniek St. Jan te Brussel 5 nefrologen nodig gezien het aantal dialyseverstrekingen in 2010 en 2011, terwijl er maar 4 aanwezig waren, met gevolg dat er voor het jaar 2010 15% van het totaal aangerekend bedrag ten onrechte aan de ziekteverzekering werd aangerekend en voor het jaar 2011 17,8 %. Dit vertegenwoordigt een bedrag van € 362.008,38 ten onrechte aangerekend voor 2010 (vanaf 1 mei 2010) en € 535.759,5 voor het jaar 2011.

Er wordt naast de verantwoordelijke geneesheer en voor de eerste schijf van 4.000 in het centrum uitgevoerde dialyses, een geneesheer-specialist in de

interne geneeskundige en voor iedere volgende schijf van 4.000 in het centrum uitgevoerde dialyses een bijkomende geneesheer-specialist, houder van een bijzonder beroepstitel in de nefrologie vereist.

Het Art. N. Normen I. d), e) en f) is duidelijk. Er moet toezicht zijn van een geneesheer-specialist, houder van de bijzonder beroepstitel in de nefrologie die voltijds werkt. Naast deze verantwoordelijke geneesheer is er vereist voor de eerste schijf van 4.000 in het centrum uitgevoerde dialyses dat een geneesheer-specialist in de interne geneeskundige, houder van de bijzondere beroepstitel in de nefrologie, voltijds (minstens 8/10) in het ziekenhuis werkt. Voor iedere volgende schijf van 4.000 dialyses het centrum te beschikken over een bijkomende geneesheer-specialist, houder van een bijzondere beroepstitel in de nefrologie.

Deze wetgeving kan niet zo geïnterpreteerd worden dat er slechts een bijkomende nefroloog nodig is wanneer de bijkomende schijf van 4.000 dialyses overschreden werd. Volgens de geïntimeerden zou er slechts een bijkomende nefroloog nodig zijn nadat er 8.000 dialyses werden uitgevoerd en niet wanneer het aantal dialyses 7.999 bedraagt, ... enz. Dit was blijkbaar niet de bedoeling van de wetgever. Voor iedere volgende schijf van 4.000 dialyses wordt bedoeld dat de aanwezigheid van een bijkomende nefroloog telkens vereist is van zodra de eerste 4.000 dialyses zijn uitgevoerd en overschreden, en de tweede schijf van 4.000 dialyses werden uitgevoerd en overschreden, ...enz.

In het KB staat 'voor de eerste schijf van 4000' en 'voor iedere volgende schijf van 4000'. Daarmee wordt overduidelijk bedoeld: van 1-4000, 4001 tot 8000, van 8001 tot 12000, 12001 tot 16000 zoals door de appellant aangehaald. Telkens wanneer een nieuwe schijf van 4000 dialyses wordt aangevat, is de aanwezigheid van een bijkomende geneesheer-specialist-nefroloog vereist. Indien de interpretatie van de geïntimeerde zou worden gevolgd zouden 3999 dialyses plaatsgrijpen met onvoldoende bestaffing met mogelijke gevolgen op de kwaliteit van de dienstverlening. Deze bestaffing moet er zijn vanaf 4001, 8001, ... enz. De geïntimeerde haalt trouwens een informatie- en documentatienota van 'Santhea' aan die de stelling van de appellant bevestigt.

Aangezien er telkens meer dan 12.000 (14.045 en 14.599 in respectievelijk 2010 en 2011) dialyses werden uitgevoerd waren er voor elk in aanmerking genomen jaar niet 4 maar 5 geneesheren-specialisten nodig. De dienst nefrologie, afdeling hemodialyse, was derhalve onderbemand. Ingevolge het niet voldoen aan de erkenningsvoorwaarden werden er ten onrechte geneeskundige verstrekkingen aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering.

De eerste inbreuk staat vast en dient weerhouden.

De verstrekkingen voldeden niet aan de wettelijke voorschriften zodat er geen reglementaire documenten mochten opgesteld of afgeleverd worden.

Het bedrag van 897.767,88 (tenlastelegging 1) werd ten onrechte ten laste gelegd van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en dienen door de geïntimeerden terugbetaald.

Deze som wordt terecht teruggevorderd van Dr. Derwa A. ingevolge artikel 164 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De VZW Kliniek St. Jan is samen met Dr. Derwa hoofdelijk aansprakelijk

voor de terugbetaling van dit bedrag (artikel 164, tweede lid van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994).

Het hoger principaal beroep komt gegrond voor.

Nopens het incidenteel beroep:

De geïntimeerden tekenen incidenteel beroep aan omwille van hun solidaire veroordeling tot terugbetaling van € 625,25 en de aan Dr. Derwa opgelegde administratieve geldboete van € 138.

Aangaande de terugbetaling van € 625,25:

De som van € 625,25 betrof 3 patiënten (...), (...) en (...) en 25 inbreuken. De prestatie voor (...) werd niet aangerekend wegens verjaring.

Aangezien (...) reeds sinds december 2006 aan de dialyse was, gaat het hier om een chronische nierinsufficiëntie en dus een chronische hemodialyse. Het is niet omdat zij op een bepaald moment een acuut medisch probleem vertoont (longontsteking bijv.) dat zij dient beschouwd als een patiënte met een 'acute' nierinsufficiëntie. Het nomenclatuurnummer 761526 werd ten onrechte aangerekend door Dr. Derwa (21 keer). De nummers voor chronische hemodialyse dienden te worden aangerekend. De verschilregel werd in het voordeel van de geïntimeerden toegepast.

Patiënten (...) en (...) werden verzorgd in het RZ Sint-Maria. Het ging om 2 dialysepatiënten in palliatieve setting, waarvoor er geen specifiek nomenclatuurnummer bestaat. In deze grijze zone paste Dr. Derwa in deze 4 gevallen ten onrechte het nomenclatuurnummer 761526 toe. Er werd een te duur nummer aangerekend, zelfs bij een chronische nierinsufficiëntie. Ook deze inbreuk komt bewezen voor.

De kamer van eerste aanleg heeft derhalve terecht geoordeeld dat wat betreft de tweede tenlastelegging, deze bewezen voorkomt voor een bedrag van € 635,25 en dat dit bedrag diende terugbetaald. Het incidenteel beroep komt op dit punt ongegrond voor.

Nopens de administratieve geldboete voor de tenlasteleggingen 1 en 2 :

De bepalingen van de nomenclatuur zijn van openbare orde en moeten strikt worden toegepast. Er wordt verwacht van elke medewerker die zijn diensten verleend aan een openbare dienst (in casu het verzorgen van verzekerden in toepassing van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994) dat zij voldoende kennis hebben van de vigerende bepalingen.

De zorgverleners/instellingen blijven altijd zelf verantwoordelijk voor de correcte aanrekening van de verstrekkingen. De dienst nefrologie van de Kliniek St. Jan stond voor de betwiste periode onder toezicht van Dr. Derwa.

Terecht werd een administratieve geldboete gevorderd voor de 2 tenlasteleggingen samen.

De appellant vordert een administratieve geldboete van € 250, meer de opdecimen. De Kamer van eerste aanleg kende een boete toe van € 138, rekening houdend met het feit dat alleen de tenlastelegging 2 werd weerhouden voor een relatief miniem bedrag.

In casu, rekening houdend met de feiten, de uitleg verschaft door Dr. Derwa, zijn goede trouw en hetgeen supra werd overwogen, dient de administratieve geldboete vastgesteld op ($€ 150 \times 5,5 =$) € 825,00. Deze

administratieve geldboete komt meer passend voor en is meer in verhouding tot de tenlasteleggingen. Het hoger beroep komt op dit punt gegrond voor, terwijl het incidenteel beroep op dit punt dient afgewezen”.

Dit is de bestreden beslissing.

IV. Onderzoek van het eerste middel

Standpunten van de partijen

4. In een eerste middel voeren de verzoekende partijen de schending aan van artikel 128 van de Grondwet, artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, de artikelen 53, § 1, 73bis, 2°, en 139 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: ZIV-wet), artikel 9 van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (hierna: GGC) van 5 mei 1994 en het verbod op machtsoverschrijding.

Zij zetten uiteen dat de DGEC van het RIZIV en ook de Kamer van eerste aanleg of van beroep niet de bevoegdheid heeft om te oordelen over het al dan niet voldoen, door het ziekenhuis van de tweede verzoekende partij, aan de erkenningsvoorwaarden van het 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 (hierna: koninklijk besluit van 27 november 1996). Deze beoordelingbevoegdheid komt volgens hen uitsluitend toe aan het Verenigd College van de GGC. Doordat de Kamer van beroep zich deze bevoegdheid om te oordelen over het al dan niet voldoen door het ziekenhuis van de tweede verzoekende partij aan de erkenningsnormen van het koninklijk besluit van 27 november 1996 onterecht wel toe-eigent, schendt de bestreden beslissing volgens de verzoekende partijen de hogervermelde artikelen en beginselen.

De verzoekende partijen betogen dat overeenkomstig artikel 139, tweede lid, 3°, van de ZIV-wet de DGEC bevoegd is om de “verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging te controleren op het vlak van de realiteit en conformiteit met de bepalingen van deze wet, van haar uitvoeringsbesluiten en verordeningen en van de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens deze zelfde wet”. Voorts is de DGEC overeenkomstig artikel 139, tweede lid, 6°, van de ZIV-wet ook bevoegd om de betwistingen met de zorgverleners over de toepassing van artikel 73bis bij de Kamers van eerste aanleg aanhangig te maken, en overeenkomstig artikel 139, tweede lid, 7°, van de ZIV-wet om beroep in te stellen tegen de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg.

De DGEC is voor wat betreft de aanrekening van de in deze procedure ter discussie staande verstrekkingen enkel bevoegd om die verstrekkingen te controleren op het vlak van hun realiteit en conformiteit met de voorwaarden uit de ZIV-wet en/of uit de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en om een betwisting over de toepassing van artikel 73bis, van de ZIV-wet voor te leggen aan de Kamer van eerste aanleg en de Kamer van beroep. Bijgevolg was volgens de verwerende partij ook de bevoegdheid van de Kamer van eerste aanleg en de Kamer van beroep beperkt tot het oordelen over een eventuele inbreuk op de het vlak van realiteit en conformiteit met de ZIV-wet en/of de nomenclatuur, maar niet met de wet op de ziekenhuizen gecoördineerd op 7 augustus 1987 (hierna: ziekenhuiswet) of haar uitvoeringsbesluiten.

Volgens de verzoekende partijen is enkel de GGC bevoegd om te oordelen over de erkenningsnormen, en is deze bevoegdheid vastgelegd in het besluit van 5 mei 1994 van het Verenigd College van de GGC tot bepaling van nadere regels voor de erkenning en de sluiting van de ziekenhuizen en de ziekenhuisdiensten die tot de GGC behoren.

6. Volgens de verwerende partij heeft de DGEC op basis van artikel 139, tweede lid, 3°, van de ZIV-wet een algemene onderzoeksbevoegdheid om na te gaan of alle geneeskundige verstrekkingen effectief werden verleend en conform de nomenclatuur werden aangerekend. Van zodra er verstrekkingen worden aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering, is de DGEC derhalve bevoegd om deze te onderwerpen aan een realiteits- en conformiteitscontrole.

De verwerende partij stelt dat zij tijdens het onderzoek heeft vastgesteld dat het centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie niet beantwoordde aan de erkenningsvoorwaarden inzake bestaffing van de dienst, waaraan het moet voldoen.

Uit de bepalingen van het koninklijk besluit van 27 november 1996 en de artikelen 40 en volgende van de ziekenhuiswet, blijkt dat de opstelling en uitbating afhankelijk is van de voorafgaande toestemming.

De verwerende partij argumenteert voorts dat de ZIV-reglementering en de ziekenhuisreglementering elkaar beïnvloeden en dan ook niet los van elkaar mogen gelezen worden.

Uit het gegeven dat voorwaarden zijn gesteld om erkend te worden en te blijven als zware medische-technische dienst in de zin van artikel 44 van de ziekenhuiswet en het koninklijk besluit van 27 november 1996, in het bijzonder de bijlage met “Art. N. normen”, die normen bepaalt voor de centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie, zoals te dezen het geval is, moet volgens haar noodzakelijkerwijze volgen dat de uitbating in overeenstemming moet zijn en blijven met de normen.

Wanneer de regelgeving met betrekking tot de bestaffing niet werd nageleefd, dan heeft dit volgens de verwerende partij ontegensprekelijk gevolgen op de vergoedbaarheid van de verstrekkingen. De bestaffing van een ziekenhuis houdt volgens haar ontegensprekelijk verband met de uitbating en de

uitbatingsvoorwaarden ervan. Aangezien er niet voldaan werd aan de normen qua medische bestaffing, zijn de aangerekende prestaties, steeds volgens de verwerende partij, niet-conform, en dit behoort volgens haar tot de bevoegdheid van de DGEC.

De verwerende partij benadrukt dat zij bevoegd is voor de terugvordering van niet-conform aangerekende verstrekkingen. Er werd een terugvordering gevraagd overeenkomstig artikel 142, § 1, 2°, en 164, tweede lid, van de ZIV-wet, en niet overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 november 1996.

Door het niet voldoen aan de erkenningsnormen werden de geneeskundige verstrekkingen volgens de verwerende partij ten onrechte aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering en zijn de aangerekende prestaties bijgevolg niet-conform.

Beoordeling

7. De bevoegdheid om te beoordelen of de toepasselijke erkenningsnormen al dan niet werden nageleefd door een bepaalde instelling of dienst binnen het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad, werd toegekend aan de leden van het Verenigd College van de GGC bij besluit van 5 mei 1994 van het Verenigd College tot bepaling van nadere regels voor de erkenning en de sluiting van de ziekenhuizen en de ziekenhuisdiensten die tot de GGC behoren. Dit besluit werd genomen in uitvoering van de ziekenhuiswet.

De opdracht om de verstrekkingen te controleren op het vlak van de realiteit en conformiteit houdt in dat de DGEC nagaat of de prestaties van de geneesheren reëel zijn en in overeenstemming met de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen werden verstrekt en in voorkomend geval de overtredingen bestraft.

De Kamer van beroep oordeelde dat niet werd voldaan aan de normen qua medische bestaffing en besluit op basis daarvan dat de aangerekende prestaties niet conform zijn. Er werd evenwel niet beoordeeld of de geviseerde prestaties reëel zijn en of ze in overeenstemming met de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen werden verstrekt.

De erkenningsvoorwaarden waaraan een centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie moet voldoen, waaronder de normen qua medische bestaffing, zijn opgenomen in het koninklijk besluit van 27 november 1996. Dit besluit vindt rechtsgrond in het toen geldende artikel 44 van de ziekenhuiswet, en vormt geen uitvoeringsbesluit van de ZIV-wet.

De beoordeling of voldaan is aan de normen qua medische bestaffing wordt niet opgenomen in artikel 139 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen noch in de opsomming van de verboden handelingen opgesomd in artikel 73bis van dezelfde wet. Bijgevolg is de DGEC niet bevoegd om op basis van het voormelde artikel 139 te beoordelen of voldaan werd aan de erkenningsvoorwaarden en vervolgens een sanctie op te leggen.

De bewering dat de ZIV-reglementering en de ziekenhuisreglementering elkaar beïnvloeden en niet los van elkaar mogen gelezen worden doet hieraan geen afbreuk.

Het middel is in die mate gegrond.

BESLISSING

1. De Raad van State vernietigt de beslissing van de nederlandstalige Kamer van beroep, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, van 14 maart 2016, waarbij het beroep van het RIZIV-DGEC tegen de beslissing van de Kamer van eerste aanleg van 16 februari 2015,

betreffende de realiteit en conformiteit van aan de verplichte ziekteverzekering aangerekende verstrekkingen, in de aangegeven mate gegrond wordt verklaard en waarbij het incidenteel beroep ongegrond wordt verklaard.

2. Dit arrest zal in de registers van voormelde Kamer van beroep worden overgeschreven, en melding ervan zal worden gemaakt op de kant van de vernietigde beslissing.

3. De zaak wordt verwezen naar de voormelde Kamer van beroep, anders samengesteld.

4. De verwerende partij wordt verwezen in de kosten van het beroep, begroot op 400 euro, en een rechtsplegingsvergoeding van 700 euro, verschuldigd aan de verzoekende partijen.

Dit arrest is uitgesproken te Brussel, in openbare terechtzitting van zesentwintig januari tweeduizend zeventien, door de Raad van State, VIIe kamer, samengesteld uit:

Eric Brewaeys,	kamervoorzitter,
Pierre Lefranc,	staatsraad,
Peter Sourbron,	staatsraad,
bijgestaan door	
Bart Tettelin,	griffier.

De griffier

De voorzitter

Bart Tettelin

Eric Brewaeys