Jurisprudence

COUR CONSTITUTIONNELLE, arrêt n° 78/2008 du 15 mai 2008

Présidents : M. MELCHIOR et M. BOSSUYT

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 50 – Loi du 1.3.2007 portant des dispositions diverses, article 102, 2° - Médecin conventionné ou non – Obligation d'information du patient

La disposition attaquée a pour seul objet d'obliger l'hôpital dans lequel un médecin consulte d'informer le patient sur le fait que le médecin en question ne pratique pas les tarifs de la nomenclature.

Elle ne porte pas atteinte au droit du médecin non conventionné de fixer librement ses honoraires, ne crée pas une discrimination injustifiée entre les médecins hospitaliers et les autres, et n'a pas pour objet de déterminer, de modifier ou d'influer sur les tarifs négociés par les organismes assureurs et les organisations professionnelles représentatives du corps médical.

Association Belge des Syndicats Médicaux
(n° de rôle 4283)

…

B.1. L'article 102, 2°, attaqué de la loi du 1er mars 2007 portant des dispositions diverses (III) insère dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'obligation d'informer le patient quant au statut du dispensateur de soins qu'il consulte à l'hôpital. Si le bénéficiaire n'a pas été mis au courant par l'hôpital, avant la consultation, que le dispensateur de soins (médecin ou praticien de l'art dentaire) n'a pas adhéré aux accords conclus entre les organismes assureurs et les organisations professionnelles représentatives du corps médical et des praticiens de l'art dentaire, des honoraires supplémentaires ne peuvent pas être pris en compte. La disposition attaquée, qui a été introduite par la voie d'un amendement, a été justifiée par la nécessité de protéger le patient (*Doc. parl.*, Ch., 2006-2007, DOC 51-2788/011, pp. 2 et 3).

Quant au premier moyen

B.2. Il est reproché à la disposition attaquée de porter atteinte de manière discriminatoire à la liberté du médecin de fixer ses honoraires puisqu'elle empêche d'appliquer un autre tarif que ceux de la nomenclature instaurée par les accords médico-mutualistes, lorsque le patient n'a pas été informé que le médecin consulté dans l'hôpital n'était pas conventionné.

B.3. La disposition attaquée ne porte pas atteinte au droit du médecin non conventionné de fixer librement ses honoraires. Elle a pour seul objet d'obliger l'hôpital dans lequel ce médecin consulte d'informer le patient sur le fait que le médecin en question ne pratique pas les tarifs de la nomenclature. Contrairement à ce que soutient la partie requérante, l'établissement hospitalier qui est tenu de donner cette information n'est pas un « tiers » dans la relation en cause, étant, comme établissement hospitalier choisi par le patient pour une consultation médicale ou comme établissement hospitalier dans lequel le médecin choisi par le patient consulte, l'intermédiaire obligé entre le patient et le médecin, lui-même lié par un contrat audit établissement. A supposer d'ailleurs que le médecin non conventionné considère que l'hôpital n'aurait pas rempli son devoir d'information, il n'est pas dénué de moyens juridiques pour mettre en cause la responsabilité de l'hôpital.

Le moyen n'est pas fondé.

Quant aux deuxième et troisième moyens réunis

B.4. La partie requérante reproche encore à la disposition attaquée, d'une part, de ne pas faire une distinction, en ce qui concerne les établissements hospitaliers, entre les médecins conventionnés et les médecins non conventionnés et, d'autre part, de s'appliquer aux seuls médecins non conventionnés consultant dans un établissement hospitalier à l'exclusion de ceux qui consultent ailleurs, en particulier dans une polyclinique qui ne fait pas partie d'un tel établissement.

B.5. En ce qui concerne le premier reproche, il n'est pas exact que la loi ne fasse pas de distinction entre les médecins conventionnés et les médecins non conventionnés : seuls ces derniers, en effet, sont autorisés à percevoir des honoraires plus élevés que les tarifs des accords médico-mutualistes et, partant, sont visés par la disposition attaquée, qui les empêche de percevoir ces honoraires plus élevés si le patient n'a pas été au préalable informé de cette possibilité.

En ce qui concerne le second reproche, les établissements hospitaliers font l'objet d'un régime juridique spécifique fondé notamment sur un agrément qui implique l'intervention financière des autorités publiques moyennant le respect d'une série d'obligations relatives à l'application des tarifs découlant des accords médico-mutualistes.

Les polycliniques qui ne font pas partie d'un établissement hospitalier sont des institutions qui ne sont pas soumises à l'ensemble des réglementations susvisées. La disposition attaquée, qui s'applique aux seuls établissements hospitaliers, repose donc sur un critère objectif et raisonnable. Il n'est en outre pas déraisonnable de prévoir que, dans ce cadre, le patient doive recevoir une information complète relative à la non-application des tarifs de la nomenclature et qu'à défaut, des honoraires supérieurs ne pourront pas lui être réclamés.

Les moyens ne sont pas fondés.

Quant au quatrième moyen

B.6. La partie requérante reproche encore à la disposition attaquée de priver les organismes assureurs et les organisations professionnelles représentatives du corps médical de leur compétence de négocier les accords tarifaires dès lors que la disposition fait dépendre de l'intervention d'un tiers la non-application de ces accords.

B.7. Non seulement, comme il a été rappelé en B.3., l'hôpital tenu d'informer n'est pas un « tiers » dans la relation qui unit le patient au médecin non conventionné consultant dans cet hôpital, mais, en outre, la disposition attaquée n'a en aucun cas pour objet de déterminer, de modifier ou d'influer sur les tarifs négociés par les organismes en cause. Elle a pour seul objet de prévoir une hypothèse particulière dans laquelle ces accords s'appliquent aussi aux médecins non conventionnés.

Le moyen n'est pas fondé.

…

COUR DE CASSATION, 21 avril 2008

Président : M. STORCK

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 136, § 2 – Action subrogatoire de l'organisme assureur - Limites

Il résulte de l'article 136, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que le montant de la demande de l'organisme assureur, subrogé au bénéficiaire, ne peut être supérieur à la totalité des sommes dues en vertu du droit commun.

Il ne s'en déduit pas que le montant de cette demande ne peut être inférieur à celui des allocations de chômage dont la victime bénéficiait avant de percevoir les indemnités d'incapacité de travail suite à l'accident indemnisé en droit commun.

Organisme assureur c./V.
(n° de rôle C. 07.0099.F)

…

En vertu de l'article 136, § 2, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'organisme assureur, qui a accordé au bénéficiaire de l'assurance contre la maladie et l'invalidité, dans les conditions déterminées par le Roi, les prestations prévues par la loi, est subrogé de plein droit au bénéficiaire, à concurrence des sommes qui sont dues notamment en vertu du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le même dommage.

Il suit de cette disposition que le montant de la demande de l'organisme assureur ne peut être supérieur à la totalité des sommes dues en vertu du droit commun.

De la circonstance que la victime d'un accident de droit commun qui bénéficiait des allocations de chômage perd le droit aux allocations lorsqu'elle perçoit une indemnité en vertu d'un régime belge d'assurance contre la maladie et l'invalidité, il ne se déduit pas que le montant de la demande de l'organisme assureur subrogé à la victime ne pourrait être inférieur à celui des allocations de chômage dont l'octroi de ladite indemnité a entraîné la perte.

En évaluant les taux et la durée des incapacités en droit commun conformément aux conclusions des experts, le jugement attaqué, qui constate de la sorte que la réparation due en vertu du droit commun ne s'identifie pas à la perte des allocations de chômage, justifie légalement sa décision de limiter à 877,89 EUR le montant de la demande de la demanderesse.

Le moyen, en cette branche, ne peut être accueilli.

…

COUR DE CASSATION, 21 avril 2008

Président : M. STORCK

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 136, § 2 – Action subrogatoire de l'organisme assureur - Étendue

L'organisme assureur qui a fourni à la victime d'un dommage l'une des prestations prévues par l'assurance obligatoire, est subrogé à la victime sur la totalité des sommes dues par le tiers responsable ou son assureur en réparation de ce dommage, sans qu'il soit requis que les sommes auxquelles s'étend la subrogation réparent le même élément du dommage que celui auquel correspond la prestation octroyée, pourvu que l'élément du dommage que ces sommes réparent soit de nature à justifier l'octroi d'une prestation de l'assurance obligatoire.

E. c./M.C. et organisme assureur
(n° de rôle C. 06.0675.F)

…

III. La décision de la Cour

Quant à la première branche :

En vertu de l'article 76*quater*, § 2, alinéa 1er, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité comme de l'article 136, § 2, alinéa 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, les prestations prévues par ces lois sont refusées lorsque le dommage résultant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès est effectivement réparé en vertu d'une autre législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun.

Aux termes de l'alinéa 4 du même paragraphe de ces deux dispositions, l'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire ; cette subrogation vaut, jusqu'à concurrence du montant des prestations octroyées, pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun et qui réparent partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1er.

Il suit de ces dispositions que l'organisme assureur, qui a fourni à la victime d'un dommage résultant d'une maladie, de lésions, de troubles fonctionnels ou du décès l'une des prestations prévues par l'assurance obligatoire, est subrogé à la victime, jusqu'à concurrence du montant de cette prestation, sur la totalité des sommes dues, compte tenu du partage éventuel de responsabilité, par le tiers responsable ou par son assureur en réparation de ce dommage, sans qu'il soit requis que les sommes auxquelles s'étend la subrogation réparent le même élément du dommage que celui auquel correspond la prestation octroyée, pourvu que l'élément du dommage que ces sommes réparent soit de nature à justifier l'octroi d'une prestation de l'assurance obligatoire.

L'application de cette règle, qui n'a pas pour effet d'étendre l'interdiction du cumul des réparations pour le même dommage prévue aux article 76*quater*, § 2, alinéa 1er, et 136, § 2, alinéa 1er, précités, assure à la victime, dans les limites d'un éventuel partage de responsabilité, la réparation intégrale de son dommage en prévenant la possibilité qu'elle puisse obtenir, pour l'ensemble de son dommage, une réparation excédant celui-ci.

L'arrêt constate que la seconde défenderesse a payé en faveur de la victime, première défenderesse, des soins de santé s'élevant à 13 297,45 EUR, soit une somme inférieure au total des sommes dues par le tiers responsable et par son assureur, compte tenu du partage de responsabilité retenu, en réparation des éléments du dommage de nature à justifier l'octroi d'une prestation de l'assurance obligatoire, étant 7 415,75 EUR, 3 750 EUR et 3 493,15 EUR à titre d'indemnisation, respectivement, des frais médicaux et de kinésithérapie, du « préjudice matériel professionnel et scolaire » et du « préjudice matériel passé dû à l'incapacité de travail ».

En déclarant que le recours subrogatoire de la seconde défenderesse s'étend, jusqu'à concurrence du montant qu'elle a payé, aux sommes dues à la victime en réparation desdits éléments de son dommage, l'arrêt fait une exacte application des dispositions légales dont le moyen, en cette branche, invoque la violation.

Le moyen, en cette branche, ne peut être accueilli.

…

COUR DE CASSATION, 22 février 2008

Président : M. STORCK

Code civil, articles 1235 et 1376 – Action en répétition de l'indu exercée contre le banquier

Les sommes remises au banquier dans le cadre d'un contrat de dépôt de fonds à vue ne sont pas payées au banquier, de sorte qu'il ne peut être tenu de les restituer à l'organisme assureur exerçant l'action en répétition de l'indu.

Organisme assureur c./F. Banque
(n° de rôle C. 07.0274.F)

…

Quant aux deux premières branches réunies :

En vertu de l'article 1235, alinéa 1er, du Code civil, tout paiement suppose une dette et ce qui a été payé sans être dû est sujet à répétition.

L'article 1376 de ce code dispose que celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû, s'oblige à le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu.

Les sommes remises au banquier dans le cadre d'un contrat de dépôt de fonds à vue ne sont pas payées à ce banquier, de sorte qu'il ne peut être tenu de les restituer sur la base des dispositions précitées.

La réception d'un paiement par le banquier, mandataire de son client, dans l'ignorance du décès de celui-ci, est valide et ne fait pas de ce banquier celui qui reçoit le paiement au sens de l'article 1376 du Code civil.

Le jugement attaqué, qui constate que la demanderesse a versé les indemnités litigieuses sur le compte du client de la défenderesse, et que cette dernière ignorait à l'époque le décès de son client, décide légalement que celle-ci n'est pas tenue de les restituer à la demanderesse.

Le moyen, en aucune de ces branches, ne peut être accueilli.

…

COUR DE CASSATION, 1er octobre 2007

Président : M. VEROUGSTRAETE

Code judiciaire, article 584 – Compétence du juge en référé – Principe de la séparation des pouvoirs – A.R. du 21.12.2001, article 45

Le pouvoir judiciaire est compétent tant en matière de prévention que de dédommagement d'une atteinte illégitime à un droit subjectif par un acte administratif discrétionnaire, mais il ne peut ôter à l'administration sa liberté de gestion ni se substituer à celle-ci. Le pouvoir judiciaire peut cependant ordonner à l'administration de prendre une mesure qui met fin à une atteinte dommageable aux droits de la partie lésée.

Lorsque le Ministre déroge à la proposition définitive de la commission compétente de l'INAMI, sans joindre de motivation prouvant qu'il agit selon les critères limitant sa compétence, le juge en référé peut, en guise de mesure provisoire, ordonner à l'État belge d'entreprendre les démarches nécessaires pour que la modification proposée par la commission compétente puisse être appliquée.

État belge c./J.-C. s.a.

(n° de rôle C.06.0682.N)

…

Beoordeling

Eerste middel

Eerste onderdeel

1. De appelrechters stellen vast dat:

- de verweerster de zaak bij de rechter in kort geding aanhangig maakte, en daarbij aanvoerde dat tijdens een procedure tot wijziging van de voorwaarden tot terugbetaling van haar geneesmiddel R., haar subjectieve rechten werden geschonden, waarbij de verweerster onder meer gewag maakte van haar recht op naleving van de regelgeving inzake de uitdrukkelijke motivering van bestuurshandelingen, en dat, volgens de verweerster, het gevolg hiervan is dat ze haar marktaandeel zal verliezen en dat patiënten verstoken blijven van haar geneesmiddel;

- de verweerster stelt dat ze in haar belangen wordt geschaad door de maatregel die door de eiser werd beslist en die inhoudt dat de terugbetalingsmodaliteit van het geneesmiddel R. in niets wordt gewijzigd;

- haar vordering ertoe strekt om die schade te doen ophouden, door de eiser op te leggen de gevraagde wijziging door te voeren.

Aldus hebben de appelrechters aangegeven waarin volgens hen het werkelijk en rechtstreeks voorwerp van de vordering van de verweerster bestaat.

2. Het onderdeel dat ervan uitgaat dat de appelrechters het werkelijk en rechtstreeks voorwerp van de vordering niet onderzoeken, berust op een onjuiste lezing van het arrest en mist bijgevolg feitelijke grondslag.

Tweede onderdeel

3. De administratieve overheid die op grond van haar discretionaire bevoegdheid een beslissing neemt, beschikt over een beoordelingsvrijheid die haar de mogelijkheid biedt zelf te oordelen over de wijze waarop zij haar bevoegdheid uitoefent en de haar meest geschikt lijkende oplossing te kiezen binnen de door de wet gestelde grenzen.

4. De rechterlijke macht is bevoegd om een door het bestuur, bij de uitoefening van die discretionaire bevoegdheid, begane onrechtmatig geachte aantasting van een subjectief recht, zowel te voorkomen als te vergoeden.
Die bevoegdheid komt binnen de door de wet gestelde grenzen ook toe aan de rechter in kort geding.

5. Het onderdeel dat ervan uitgaat dat alleen beslissingen waarbij de bevoegdheid van de overheid volledig gebonden is, aanleiding kunnen zijn tot een maatregel in kort geding, faalt naar recht.

Tweede middel

6. De rechterlijke macht is bevoegd om een door het bestuur, bij de uitoefening van zijn discretionaire bevoegdheid, begane onrechtmatige aantasting van een subjectief recht, zowel te voorkomen als te vergoeden, maar vermag daarbij aan het bestuur zijn beleidsvrijheid niet te ontnemen en vermag zich niet in de plaats te stellen van het bestuur.

De rechter mengt zich niet in de uitoefening van de bij de wet aan de overheid voorbehouden machten, wanneer hij, om de benadeelde partij in haar rechten te herstellen, aan de overheid een maatregel oplegt om een einde te maken aan de schadelijke aantasting van de rechten van de benadeelde partij.

7. De appelrechters oordelen, zonder op dat punt te worden bekritiseerd, dat de toepasselijke regelgeving werd geschonden doordat de beslissing van 20 december 2004, waarin de Minister afwijkt van het definitieve voorstel van de bevoegde commissie van het RIZIV, geen motivering vermeldt die inhoudelijk sociale of begrotingselementen bevat zoals bedoeld in artikel 45 van het Koninklijk besluit van 21 december 2001, inzonderheid een criterium als bedoeld in artikel 4 van dat besluit, terwijl die criteria de grenzen vormen binnen dewelke een sociaal of budgettair element moet worden gevonden, wil de Minister afwijken van het voorstel van de bevoegde commissie, en dat het dossier niet doet blijken, en de eiser ook niet aanvoert dat er elementen van sociale of budgettaire aard waren die binnen de grenzen van artikel 4 konden worden aangevoerd om van het voorstel van de bevoegde commissie af te wijken.

Aldus hebben de appelrechters geoordeeld dat de Minister bij de uitoefening van zijn bevoegdheid op onwettige wijze gehandeld heeft.

Zij oordelen vervolgens, zonder op dat punt te worden bekritiseerd, dat de grief van de verweerster dat haar subjectief recht op correcte toepassing van de relevante regelgeving werd geschonden, gegrond voorkomt en dat de verweerster een wettig belang doet gelden om zonder verder uitstel de door de bevoegde commissie voorgestelde wijziging te doen toepassen.

8. Door te beslissen dat, bij wijze van voorlopige maatregel, aan de eiser dient te worden opgelegd het nodige te ondernemen opdat de door de bevoegde commissie voorgestelde wijziging zou kunnen worden toegepast, schenden de appelrechters noch artikel 584, eerste lid, van het Gerechtelijk Wetboek, noch het beginsel van de scheiding der machten.

Het middel kan niet worden aangenomen.

…

COUR DE CASSATION, 26 mai 2008

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 194, § 1er, b – A.R. du 3.7.1996, article 327 – Dispense d'inscription en frais d'administration

Les conditions d'octroi de la dispense d'inscription en frais d'administration sont celles qui existaient à la date de naissance de ce droit, soit à l'expiration du délai de deux ans dans lequel l'organisme assureur devait récupérer les prestations payées indûment, et non à l'expiration du délai dans lequel devait être introduite sa demande de dispense.

Il résulte du libellé de l'article 327, tel qu'en vigueur avant sa modification par l'arrêté royal du 7 mai 1999 que le manque de diligence de l'organisme assureur ne peut aboutir à un refus de dispense que dans la mesure où il a pu influencer la récupération de l'indu.

INAMI c./organisme assureur
(n° de rôle S. 07.0083.F.)

…

Sur le premier moyen :

Aux termes de l'article 194, § 1er, b), de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, sont considérées comme frais d'administration les dépenses qu'entraîne l'application de la loi, à l'exclusion de celles qui correspondent au montant des prestations indûment payées dont la non-récupération a été admise comme justifiée dans les conditions et selon les modalités fixées par le Roi.

Ces conditions et modalités sont fixées à l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Quant à la seconde branche :

Tel qu'il a été remplacé par l'article 3 de l'arrêté royal du 7 mai 1999, l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qu'applique l'arrêt et dont le moyen, en cette branche, invoque la violation, est entré en vigueur le 8 juin 1999.

L'arrêt constate que le délai de deux ans dans lequel la défenderesse devait, en vertu de l'article 326 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, récupérer les prestations payées indûment a expiré le 7 janvier 1999.

Dès lors que le droit de la défenderesse à la dispense d'inscription en frais d'administration de ces prestations non récupérées est né à cette date, la version nouvelle de l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, qui n'assouplit pas les conditions et modalités visées à l'article 194, § 1er, b), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 telles qu'elles étaient antérieurement fixées, n'est pas applicable à la demande de dispense que cette défenderesse a formée.

Le moyen, qui, en cette branche, repose sur le soutènement contraire, manque en droit.

Quant à la première branche :

En vertu de l'article 327, alinéa 2, b), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, dans sa version antérieure à son remplacement par l'article 3 de l'arrêté royal du 7 mai 1999, l'organisme assureur est dispensé de l'inscription en frais d'administration des montants non encore récupérés lorsqu'il en a poursuivi la récupération par tous les moyens dont il dispose, y compris la voie judiciaire.

Il suit de cette disposition que le manque de diligence de l'organisme assureur à poursuivre la récupération de l'indu ne fait obstacle à la dispense que dans la mesure où il a pu influencer cette récupération.

Le moyen, qui, en cette branche, soutient le contraire, manque en droit.

Sur le second moyen :

Il ressort de la réponse à la seconde branche du premier moyen que le moyen, qui repose sur l'affirmation que s'applique à la demande de dispense de la défenderesse l'article 327 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 tel qu'il a été remplacé par l'article 3 de l'arrêté royal du 7 mai 1999, manque en droit.

…

CONSEIL D'ÉTAT, section Contentieux administratif, arrêt n° 184.115 du 12 juin 2008

Président : M. HELLIN

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 22, 4°*bis* - Nomenclature – Règles interprétatives – Compétence du Conseil d'État

Les règles interprétatives, qui ne sont qu'une précision des modifications apportées à la nomenclature des prestations de santé, ne sont pas des décisions susceptibles d'être annulées.

B.R. et L.F. c./INAMI

…

Gezien het verzoekschrift dat de Belgische Reumatologenvereniging op 18 maart 2005 heeft ingediend om de vernietiging te vorderen van de op 20 december 2004 door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij het RIZIV, in uitvoering van artikel 22, 4°*bis* van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: ZIV-Wet), vastgestelde interpretatieregels 13 en 14, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 17 januari 2005 (zaak A. 160.936/VII-33.689);

Gezien het verzoekschrift dat L.F. op 18 maart 2005 heeft ingediend om de vernietiging te vorderen van de op 20 december 2004 door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij het RIZIV, in uitvoering van artikel 22, 4°*bis* van de ZIV-Wet, vastgestelde interpretatieregels 13 en 14, bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad van 17 januari 2005 (zaak A. 160.937/VII-33.694);

Gelet op het arrest nr. 146.900 van 28 juni 2005 waarbij het annulatieberoep niet kennelijk onontvankelijk wordt bevonden, de debatten worden heropend en het door de auditeur-generaal aangewezen lid van het auditoraat wordt gelast met het aanvullend onderzoek van de vordering tot schorsing (zaak A. 160.936/VII-33.689);

Gelet op het arrest nr. 146.901 van 28 juni 2005 waarbij het annulatieberoep niet kennelijk onontvankelijk wordt bevonden, de debatten worden heropend en het door de auditeur-generaal aangewezen lid van het auditoraat wordt gelast met het aanvullend onderzoek van de vordering tot schorsing (zaak A. 160.937/VII-33-694);

Gelet op het arrest nr. 149.852 van 5 oktober 2005 waarbij de vordering tot schorsing van de tenuitvoerlegging van het bestreden besluit wordt verworpen (zaak A. 160.936/VII-33.689);

Gelet op het arrest nr. 149.853 van 5 oktober 2005 waarbij de vordering tot schorsing van de tenuitvoerlegging van het bestreden besluit wordt verworpen (zaak A. 160.937/VII-33.694).

…

2. De feiten

2.1. De eerste verzoekende partij is een erkende beroepsvereniging van reumatologen en de tweede verzoekende partij werkt als geneesheer-specialist in de reumatologie.

2.2. De bestreden beslissingen zijn interpretatieregels met betrekking tot de geneeskundige verstrekkingen inzake fysiotherapie, zoals bepaald in de artikelen 22 en 23 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna: K.B. van 14.9.1984), zoals gewijzigd bij het Koninklijk besluit van 15 oktober 2004.

De bepalingen van de nomenclatuur die door de bestreden beslissingen worden geïnterpreteerd, zijn de volgende:

Inzake interpretatieregel 14, met betrekking tot artikel 22 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984:

> "Afdeling 10. - Fysiotherapie.
> Art. 22. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaming van geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie (O) vereist is:
> I. Diagnostische verstrekkingen
> (…)
> II. a) 1° Therapeutische verstrekkingen
> (…)
> 2° Revalidatieverstrekkingen
> (…)
> 558950-558961
> Intake-onderzoek met opmaak van het behandelingsdossier en van een gedetailleerd behandelingsplan in functie van de aandoening en aangepast aan de patiënt … K 20
> Het plan vermeldt de aandoening, waarvoor de behandeling wordt voorgeschreven met opgave van aard, frequentie en totaal aantal behandelingen.
> De verstrekking 558950-558961 mag eenmaal worden aangerekend voorafgaandelijk aan een volledige revalidatiebehandeling aangerekend onder nrs. 558810-558821 of 558832-558843.
> Zij moet worden uitgevoerd ten laatste op de dag van uitvoering van de eerste verstrekking van de reeks verstrekkingen 558810-558821 en 558832-558843".

Inzake interpretatieregel 13, met betrekking tot artikel 23, § 6, eerste lid, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984:

> "Art. 23 (…)
> § 6. De vergoeding van de verstrekkingen 558434-558445, 558456-558460, 558810-558821, 558832-558843 en 558994 is slechts toegestaan voor de revalidatiebehandelingen uitgevoerd onder coördinatie van een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie in een dienst fysische geneeskunde geïntegreerd in een erkend ziekenhuis, waar naast de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en validatie ten minste de disciplines kinesitherapie en ergotherapie voltijds aanwezig zijn. De dienst kan daarenboven binnen de instelling beroep doen op de functies logopedie en klinische psychologie".

De bestreden beslissingen luiden als volgt:

"Interpretatieregel 13

Vraag
Wat wordt er bedoeld met de coördinerende rol van de geneesheer, specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie, vermeld in artikel 23, § 6, 1ste lid, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen?

Antwoord
De gecoördinerende functie van de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie vereist niet de fysieke aanwezigheid van de geneesheer coördinator tijdens de behandelingen. Vermits de nomenclatuur niet preciseert wat deze coördinatie inhoudt moet deze begrepen worden als wat gemeenzaam met dit concept bedoeld wordt.
De geneesheer, specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie is dus belast met de organisatie en coördinatie van de verschillende revalidatie-initiatieven in het ziekenhuis teneinde de inzet van de infrastructuur en paramedisch personeel te optimaliseren en de continuïteit van de verzorging te garanderen. Om deze reden gebeurt de multidisciplinaire revalidatie door de revalidatie-arts, die niet als geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie is erkend, in het ziekenhuis in samenspraak met de coördinator geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie die het standaardformulier ter notificatie aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling mee zal ondertekenen.

Interpretatieregel 14

Vraag
Wie mag de verstrekking 558950-558961 Intake-onderzoek met opmaak van het behandelingsdossier en van een gedetailleerd behandelingsplan … K 20 attesteren?

Antwoord
De verstrekking 558950-558961 Intake-onderzoek met opmaak van het behandelingsdossier en van een gedetailleerd behandelingsplan … K 20 is voorbehouden aan de geneesheer, specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie, en niet aan de geneesheer, specialist voor neurologische, pneumologische of locomotorische revalidatie ook indien de behandeling door deze geneesheer wordt uitgevoerd voor de aandoeningen die behoren tot zijn revalidatie-erkenning".

De door de verzoekende partijen aangevochten interpretatieregels betreffen dus twee onderscheiden aangelegenheden: enerzijds is er de interpretatie dat bepaalde revalidatiebehandelingen in een erkend ziekenhuis slechts kunnen plaatsvinden onder de coördinatie van een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie, en anderzijds is er de interpretatie dat de intake slechts kan gebeuren door een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie, en niet door een geneesheer, specialist voor neurologische, pneumologische of locomotorische revalidatie, zelfs niet indien de behandeling door deze laatste geneesheer wordt uitgevoerd voor de aandoeningen die behoren tot zijn revalidatie-erkenning.

2.3. In het Koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, worden in artikel 1 "geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie" en "geneesheer-specialist in de reumatologie" afzonderlijk vermeld in de lijst van de bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de titularissen van een wettelijk diploma van dokter in de genees-, heel- en verloskunde of van de academische graad van arts.

Artikel 10, § 1, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 bepaalt dat speciale technische geneeskundige verstrekkingen door de ziekteverzekering ten laste worden genomen wanneer ze verricht zijn door een geneesheer die door de Minister van Volksgezondheid erkend is in één van de hoedanigheden die in de nomenclatuur zijn aangegeven. In de in die paragraaf opgenomen lijst wordt "specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie" en ook "specialist voor functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten" aangeduid met de kenletter "O", terwijl "specialist voor reumatologie" wordt aangeduid met de kenletters "FO".

3. De ontvankelijkheid

De verwerende partij werpt in haar memorie van antwoord als exceptie op, dat de bestreden interpretatieregels niet meer zijn dan een verduidelijking van de wijzigingen die in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen zijn aangebracht bij Koninklijk besluit van 22 juni 2004, en dat zij bijgevolg geen rechtsregels zijn noch de rechtstoestand van de verzoekende partijen wijzigen en dus geen voor vernietiging vatbare beslissingen zijn.

In de arresten nrs. 146.900 en 146.901 van 28 juni 2005 werd geoordeeld dat deze conclusie voorbarig was nu in het eerste middel aangevoerd wordt dat de bestreden beslissing de nomenclatuur wel degelijk wijzigt en niet louter interpreteert en verduidelijkt.

De exceptie kan niet los worden gezien van de grond van de zaak.

…

In artikel 1 van het Koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, worden "geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie" en "geneesheer-specialist in de reumatologie" afzonderlijk vermeld. In artikel 10, § 1, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 worden deze specialisten aangeduid met afzonderlijke kenletters, respectievelijk met "O" en "FO". In artikel 2 van het voormelde Koninklijk besluit van 25 november 1991 wordt onder de bijzondere beroepstitels waarvan de houders van een in artikel 1 bedoelde titel, bijkomend, titularis kunnen zijn, ook vermeld: "en in de functionele professionele revalidatie van gehandicapten".

Wanneer de verzoekende partijen dan ook voorhouden dat reumatologen de titel van "specialist in de functionele en professionele revalidatie" dragen, met kenletter "O", is dit niet correct. De bijkomende bijzondere beroepstitel "en in de functionele en professionele revalidatie", is niet vermeld in het Koninklijk besluit van 25 november 1991, en bestaat derhalve niet.

Ingevolge de wijzigingen bij het reeds vermelde Koninklijk besluit van 22 juni 2004, wordt in artikel 22 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen met ingang van 1 augustus 2004 inzake fysiotherapie in een erkend ziekenhuis, het intake-onderzoek en de opmaak van het behandelingsdossier en het behandelingsplan voorbehouden aan de "geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie (O)", en wordt in artikel 23, § 6, de vergoedbaarheid van bepaalde verstrekkingen afhankelijk gesteld van de voorwaarde dat zij worden uitgevoerd onder de coördinatie van "een geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie".

Uit het voorgaande kan slechts worden besloten dat de hier bestreden interpretatieregels niet meer zijn dan een verduidelijking van de wijzigingen die in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen zijn aangebracht bij het Koninklijk besluit van 22 juni 2004. De hier bestreden interpretatieregels brengen zelf geen wijzigingen aan in de nomenclatuur.

Het middel is ongegrond. Uit de bespreking ervan volgt dat het beroep tot nietigverklaring onontvankelijk is.

Aangezien immers de bestreden interpretatieregels slechts een verduidelijking zijn van de voorheen aangebrachte wijzigingen in de nomenclatuur, zijn deze interpretatieregels geen uitvoerbare beslissingen in de zin van artikel 14 van de Wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,

…

COUR DU TRAVAIL DE BRUXELLES, 8 mai 2008

Président : M. LENAERTS

Loi coordonnée du 14.7.1994, articles 167 et 139, alinéa 2, 3° - Réalité et conformité - Procès-verbal – Droits politiques – Compétence du juge administratif

Le contentieux visé à l'article 139, alinéa 2, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités porte sur des droits politiques qui, conformément à l'article 145 de la Constitution, ont été conférés à une juridiction administrative.

L'article 167 de la loi ne prévoit pas d'interférence dans le chef des juridictions du travail dans une procédure en cours devant la juridiction administrative ; les juridictions du travail ne sont notamment pas compétentes pour donner, en guise de décision préjudicielle, des explications sur l'application de la nomenclature, ni des avis sur l'interprétation de dispositions légales.

Un procès-verbal de constatation n'est pas un acte juridique administratif contre lequel il est possible d'introduire un recours.

P.J. c./INAMI

(R.G. 49863)

…

I. DE FEITEN

Op 16 september 2004 stelde een controleur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV een proces-verbaal op met betrekking tot de aanrekening van verstrekkingen door mevrouw P. J., verpleegkundige.

Mevrouw P. gaat niet akkoord met de vaststellingen in dit proces-verbaal en ze dagvaardt op 15 oktober 2004 het RIZIV, waarbij zij aan de arbeidsrechtbank een interpretatie vraagt van artikel 8, § 7, 3°, van de nomenclatuur en waarbij zij vraagt dat de arbeidsrechtbank ook zou interpreteren in welke mate haar verpleegdossier, opgemaakt aan de hand van een computerprogramma, al dan niet conform is aan de wettelijke en reglementaire bepalingen; tenslotte wenst zij te weten of het etteren van ogen, al dan niet na een operatieve ingreep, als voorzorg kan worden geïnterpreteerd; in ondergeschikte orde vraagt zij dat de zaakvoerder van de BVBA die het computerprogramma heeft opgemaakt als getuige zou worden kunnen gehoord.

Bij vonnis van de Arbeidsrechtbank Brussel van 30 maart 2007, heeft de rechtbank zich bevoegd verklaard; op grond van artikel 167 van de Ziekteverzekeringswet heeft zij de vordering van mevrouw P. verworpen als niet ontvankelijk wegens gebrek aan belang, omdat het betreffende proces-verbaal geen invloed heeft op de rechten en verplichtingen van mevrouw P., gelet op de behandeling van haar zaak voor het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, en de mogelijkheid om deze beslissingen aan te vechten voor de Kamer van beroep.

Bij verzoekschrift tot hoger beroep van 15 mei 2007 vecht mevrouw P. dit vonnis aan en herneemt zij haar oorspronkelijke vordering.

Zij legt uit dat het Comité op 27 april 2007 een beslissing heeft genomen met betrekking tot de terugvordering van 48 115,78 EUR en een administratieve geldboete van 100% heeft opgelegd, waarvan 50% effectief, zijnde 24 057,89 EUR; zij heeft hoger beroep aangetekend tegen deze beslissing bij de Kamer van beroep op 16 juni 2007, maar deze procedure is nog hangende.

II. BEOORDELING

Er wordt geen akte van betekening voorgelegd met betrekking tot het bestreden vonnis; de tijdigheid en de ontvankelijkheid van het hoger beroep worden niet betwist en het beroep kan derhalve worden aangenomen, daar het verzoekschrift tot hoger beroep beantwoordt aan de voorgeschreven vormen.

In het advies van het Auditoraat-generaal neergelegd ter griffie van het Arbeidshof op 19 maart 2008, worden de toepasselijke rechtsbeginselen op heldere wijze uiteengezet en wordt uitgelegd dat de arbeidsgerechten niet bevoegd zijn in deze materie, waardoor artikel 167 van de Ziektewet geen toepassing kan vinden; het Arbeidshof sluit zich bij dit advies aan en herneemt het:

"Met zijn arresten nrs. 133/2001 van 30 oktober 2001 en 98/2002 van 12 juni 2002 heeft het Grondwettelijk Hof geoordeeld dat het feit dat het kennisnemen van gedingen m.b.t. politieke rechten wordt toevertrouwd aan een administratief rechtscollege, veeleer dan dat contentieux over te laten aan een rechtscollege van de rechterlijke orde, geen schending uitmaakt van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie.

Deze arresten van het Grondwettelijk Hof betroffen geschillen met betrekking tot de beoordeling van de naleving door zorgverleners van hun verplichtingen in zoverre zij meewerken aan een openbare dienst.

Het ging meer in het bijzonder om inmiddels opgeheven bepalingen van de Ziekteverzekeringswet waar voorzien was dat aan de zorgverlener die de wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen niet naleeft, een tijdelijk verbod tot tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen kan worden opgelegd.

In artikel 139, tweede lid, 3°, van de Ziekteverzekeringswet is voorzien dat in het Instituut (RIZIV) een Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle wordt ingesteld, die ermee belast wordt de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging te controleren op het vlak van de realiteit en conformiteit met de voorschriften van de gecoördineerde Wet en haar uitvoeringsbesluiten.

In artikel 141, § 5, van deze Wet is bepaald hoe de in artikel 139, tweede lid, 3°, vastgestelde bevoegdheid wordt uitgeoefend.

Er is daar o.m. voorzien dat de zorgverlener gevraagd wordt binnen een termijn van twee maanden zijn verantwoording schriftelijk te bezorgen in verband met de vaststellingen gedaan te zijnen laste.

Deze verantwoording wordt voorgelegd aan het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle dat het bestuursorgaan is van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Indien voormelde verantwoording onvoldoende is, zal het Comité in zijn schoot twee auditeurs aanwijzen die ermee belast worden de betrokkene te horen en verslag uit te brengen bij het Comité.

De zorgverlener wordt binnen de twee maanden gehoord, bijgestaan door een raadsman van zijn keuze.

Het Comité kan administratieve geldboetes uitspreken op basis van de modaliteiten die in de wet vastgelegd zijn.

De zorgverlener is er bovendien toe gehouden de waarde van de betrokken verstrekkingen terug te betalen in de in de wet voorziene gevallen.

De beslissingen van het Comité zijn ambtshalve uitvoerbaar en worden gemotiveerd overeenkomstig de Wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen. Er kan een opschortend beroep tegen worden aangetekend bij de Kamer van beroep bedoeld in artikel 155, § 6, van de Wet.

Tegen de jurisdictionele beslissing van de Kamer van beroep kan administratief Cassatieberoep worden ingesteld bij de Raad van State.

Uit dit alles blijkt dat het contentieux geviseerd in artikel 139, tweede lid, 3°, van de Ziekteverzekeringswet, wordt toevertrouwd aan een administratief rechtscollege, waar de rechten van de in het geding zijnde geschillen, politieke rechten zijn.

Gelet op artikel 145 van de Grondwet, kan het kennisnemen van dergelijke gedingen m.b.t. politieke rechten worden toevertrouwd aan een administratief rechtscollege.

Artikel 167 van de Ziektewet vindt hier bijgevolg geen toepassing.

Appellante kan de arbeidsrechtbank dan ook niet vragen te interfereren in een procedure die hangend is voor de Kamer van beroep”.

Appellante roept hiertegen in, dat in het arrest 67.605 van de Raad van State van 29 juli 1997 inzake D. S. wel vastgesteld is dat de behandeling door het Comité en de Kamer van beroep betrekking kan hebben op de keuzevrijheid van de patiënt en het recht van de zorgenverstrekker om het medisch beroep uit te oefenen, zodat de bestreden beslissing een betwisting van een burgerlijk recht in de zin van artikel 6.1 van het E.V.R.M. als voorwerp heeft.

In deze zaak ging het echter over de functionering van de Kamer van beroep en de mogelijkheid om binnen een redelijke termijn een beslissing te bekomen, reden waarom artikel 6 van het E.V.R.M. werd ingeroepen.

Het begrip *burgerlijk recht* in artikel 6 van het E.V.R.M. en in artikel 144 van de Grondwet stemt echter niet met mekaar overeen en dekt een verschillende lading.

Het proces-verbaal van 16 september 2004 en de interpretatie hiervan heeft geen verband met de beoordeling binnen een redelijke termijn in de zin van artikel 6 van het E.V.R.M., maar het betreft wel de naleving door mevrouw P. als zorgverlener van haar verplichtingen, in zoverre zij meewerkt aan een openbare dienst.

De Ziekteverzekeringswet voorziet immers in een systeem van tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen, en de goede werking van dat systeem veronderstelt dat de zorgverleners bij de toepassing van die wet worden betrokken en geacht worden hun medewerking te verlenen aan een openbare dienst, zodat we hier te maken hebben met een politiek recht, en niet met een geding van burgerlijke aard in de zin van artikel 144 van de Grondwet.

Zoals opgemerkt in het advies van het Auditoraat-generaal heeft het Grondwettelijk Hof ondermeer in zijn arrest nr. 133/2001 van 30 oktober 2001 vastgesteld dat het toevertrouwen van dergelijke politieke rechten aan een administratief rechtscollege geen schending uitmaakt van het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie, en bovendien volgt uit de overweging B. 7.4 dat het Hof dit beoordeeld heeft in samenhang met ondermeer artikel 6 van het E.V.R.M.

Ook de rechtspraak in verband met de rechtsmacht van de kortgedingrechter doet hieraan geen afbreuk.

Appellante wil dan voorhouden dat haar vordering betrekking heeft op rechten en plichten voortvloeiend uit de ziektewetgeving, zoals bedoeld in artikel 167 van de Ziektewet.

Terecht wordt in het advies van het Auditoraat-generaal gesteld dat artikel 167 niet toelaat dat de arbeidsgerechten zouden interfereren in een procedure die hangende is voor de Kamer van beroep.

Het komt de arbeidsrechtbank niet toe te oordelen of appellante in het raam van de procedure omschreven in artikel 141, § 5, van de Ziekteverzekeringswet een *"eerlijke kans heeft gekregen om de feiten vermeld in het proces-verbaal van vaststelling in een ander daglicht te stellen"* noch om te oordelen *"of het proces-verbaal van 16 september 2004 wel werd aangewend als bewijsmiddel zoals dit in een strafdossier zou geschieden, en niet als directe aanleiding en basis voor de beslissing van het Comité";* appellante kon de bezwaren, die zij dienaangaande mocht hebben, laten gelden voor het daartoe ingesteld administratief rechtscollege.

Het is aan de administratieve rechter, de in het geding zijnde wets- of verordeningsbepalingen betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen te interpreteren.

Appellante kan bijgevolg hierover geen consult vragen aan de arbeidsgerechten met het voornemen deze aan te wenden bij de administratieve rechter.

De arbeidsgerechten zijn niet bevoegd om de administratieve rechter bij wijze van prejudiciële beslissing uitleggingsgegevens te verschaffen met betrekking tot de toepassing van de nomenclatuur, wanneer deze administratieve rechter de controlebevoegdheid uitoefent die de wetgever hem heeft toevertrouwd.

Het behoort aan appellante de bewijswaarde van het proces-verbaal van vaststelling van 16 september 2004 te weerleggen in het raam van de administratiefrechterlijke procedure.

Het proces-verbaal creëert overigens geen plichten en rechten, maar doet vaststellingen, die hier verband houden met politieke rechten, waarvan de beoordeling door de wetgever werd voorbehouden aan een geëigend administratief rechtscollege.

De vordering van mevrouw P. heeft dan ook geen verband met artikel 167 van de Ziektewet en de arbeidsgerechten hebben overigens geen rechtsmacht om adviezen te verstrekken rond de interpretatie van wetsbepalingen, los van een concreet geschil.

Geïntimeerde stelt dan ook terecht dat de justitiële rechter zich hier onbevoegd diende te verklaren, omdat de wetgever hem daarvoor niet bevoegd heeft verklaard, en dat het proces-verbaal van vaststelling geen administratieve rechtshandeling is waartegen beroep kan worden ingesteld.

Gelet op het feit dat de eerste rechter zich wel bevoegd heeft verklaard, dient dit standpunt van geïntimeerde beschouwd te worden als een incidenteel beroep (Cass. 5.2.2004, *Arr. Cass.* 2004, 177) en dit incidenteel beroep is dan ook gegrond.

OM DEZE REDENEN,

…

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk doch ongegrond;

Verklaart het incidenteel hoger beroep ontvankelijk en gegrond;

Hervormt het bestreden vonnis en opnieuw recht doende,

Zegt dat de arbeidsgerechten niet bevoegd zijn in verband met het door appellante ingeroepen interpretatiegeschil betreffende het proces-verbaal van 15 oktober 2004.

Veroordeelt appellante tot de gerechtskosten, deze aan haar zijde begroot op dagvaarding 70,01 EUR, rechtsplegingsvergoeding arbeidsrechtbank 104,86 EUR, rechtsplegingsvergoeding hoger beroep 145,78 EUR en

aan de zijde van geïntimeerde, begroot op rechtsplegingsvergoeding eerste aanleg 104,86 EUR, rechtsplegingsvergoeding hoger beroep 148,75 EUR, doch herleid tot 145,78 EUR.

…

COUR DU TRAVAIL DE BRUXELLES, 12 juin 2008

Président : M. LENAERTS

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 194, § 1er, b – A.R. du 3.7.1996, article 327 – Dispense d'inscription en frais d'administration

Le délai pour introduire une demande de dispense d'inscription en frais d'administration est un délai de forclusion.

Il y a lieu d'évaluer l'obligation de moyens de l'organisme assureur en fonction du montant, des possibilités d'action et d'exécution ainsi que de la diligence dont l'organisme assureur a fait preuve.
Organisme assureur c./INAMI

(R.G. 49981)

…

II. Beoordeling

Het verzoek tot hoger beroep werd tijdig ingediend en voldoet aan de vereiste vormvoorwaarden, zodat het hoger beroep ontvankelijk is.

1. De toe te passen regelgeving

Artikel 327 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt:

"§ 1. Behoudens de gevallen bepaald in § 2, worden de bedragen van de ten onrechte betaalde prestaties, die nog niet zijn teruggevorderd binnen drie maanden na het aflopen van de termijnen bepaald in artikel 326, afgeschreven door ze als administratiekosten te boeken.

§ 2. De leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle kan de verzekeringsinstelling vrijstellen van de boeking als administratiekosten wanneer:

a) de onverschuldigde betaling niet voortvloeit uit een fout, een vergissing of een nalatigheid van de verzekeringsinstelling;
b) de verzekeringsinstelling alle te harer beschikking staande middelen, rechtsmiddelen inbegrepen, heeft aangewend om de terugbetaling te vorderen. Die voorwaarde wordt als vervuld beschouwd wanneer de terugvordering van de onverschuldigde prestaties wordt beschouwd als onzeker of wanneer de kosten verbonden aan de uitvoering van de definitieve beslissing het terug te vorderen bedrag overschrijden;
c) de aanvraag betrekking heeft op een bedrag van minstens 300 EUR, behalve wanneer een bedrag van minder dan 300 EUR het saldo is van een ten onrechte betaald bedrag van minstens 300 EUR."

Om tot vrijstelling van de boeking als administratiekosten te kunnen worden toegelaten, moet de verzekeringsinstelling dus alle haar ter beschikking staande middelen, rechtsmiddelen inbegrepen, aangewend hebben.

Artikel 1410, § 4, van het Gerechtelijk Wetboek bepaalt:

"In afwijking van de bepalingen van de paragrafen 1 en 2 kunnen de prestaties die ten onrechte uitgekeerd zijn uit de middelen van de Rijksdienst voor maatschappelijke zekerheid … hetzij uit de middelen die ingeschreven zijn in de begroting van het Ministerie van Sociale Voorzorg … ambtshalve teruggevorderd worden ten belope van 10% van iedere latere prestatie die aan de debiteur van het onverschuldigd bedrag of van zijn rechthebbende wordt uitgekeerd

…

Werd de betaling ten onrechte bedrieglijk verkregen, dan kan de teruginning slaan op het geheel van de latere prestaties van éénzelfde aard, of die door dezelfde instelling of dienst worden uitgekeerd

…

Indien de debiteur of zijn rechthebbende het bewijs levert dat het inkomen, zoals berekend volgens de principes vastgelegd in de Wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op bestaansminimum, lager ligt of komt te liggen, ingevolge de ambtshalve terugvordering, dan het bedrag van het bestaansminimum naargelang de onderscheiden categorieën vastgelegd in dezelfde Wet, wordt de terugvordering naargelang het geval geschorst of beperkt.

Ter verificatie van de voorgelegde stukken beschikken de instellingen over de bevoegdheid om een onderzoek naar de bestaansmiddelen te voeren.

…

§ 5. De instelling of de dienst die § 4, tweede lid, toepast, brengt de debiteur hiervan op de hoogte, bij een ter post aangetekend schrijven. Deze brief vermeldt op straffe van nietigheid:

1. het terug te vorderen bedrag evenals de berekeningswijze van het bedrag;
2. de mogelijkheid om beroep aan te tekenen bij de bevoegde rechtbank;
3. de instelling waaraan de terugvordering gevraagd wordt, evenals de terugvorderingsmodaliteiten."

In verband met de termijn voor terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties, bepaalt artikel 326 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 het volgende:

"De terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties wordt door de verzekeringsinstelling gedaan binnen een termijn van twee jaar, met ingang van de datum van:

[…]

c) de uitspraak van de gerechtelijke eindbeslissing

[…]

§ 2. De termijn bedoeld in § 1 wordt verlengd met de periode die is bepaald door:

[…]

c) de inhoudingen, die overeenkomstig artikel 1410, § 4, van het Gerechtelijk Wetboek ambtshalve worden verricht van de aanvraag ervan tot op het ogenblik dat wordt meegedeeld dat de inhoudingen zijn beëindigd, of de betalingen, die door de schuldenaar of een derde worden verricht in uitvoering van een beslag of een afstand van loon".

2. Was de aanvraag voorbarig?

Appellant houdt voor dat zijn aanvraag tot vrijstelling voorbarig was, omdat de termijn van terugvordering nog diende verlengd te worden met de inhoudingen overeenkomstig artikel 1410, § 4, van het Gerechtelijk Wetboek, gelet op het hierboven aangehaalde artikel 326, § 2, c, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Artikel 1410, § 4, van het Gerechtelijk Wetboek, verwijst naar de *effectieve*, ambtshalve *terugvordering* ten belope van 10%.

De brieven die appellant voortbrengt ten aanzien van de RVA hebben echter allen betrekking op *vragen tot inlichtingen* zonder dat er gevraagd wordt om inhoudingen te doen; deze brieven worden door de RVA overigens ook beantwoord in de zin dat er geen werkloosheidsuitkeringen aan de heer D. werden uitgekeerd.

Aldus toont appellant niet aan dat er een termijnverlenging mogelijk zou zijn met de periode van inhouding overeenkomstig artikel 1410, § 4, van het Gerechtelijk Wetboek, en overigens is dit standpunt ook in strijd met de aanvraag van 9 februari 2004 zelf, waarin de V.I. voorhield dat elke bijkomende terugvordering onmogelijk was en dat alle rechtsmiddelen werden aangewend.

Bovendien is de termijn om vrijstelling van boeking als administratiekosten aan te vragen, een vervaltermijn (Cass. 7.1.2008, J.T.T. 2008, p. 192 met conclusie advocaat-generaal J.M. G.), zodat appellant ook verplicht was om voor het verstrijken van deze vervaltermijn zijn verzoek aan geïntimeerde te richten; wanneer hij dit doet binnen deze termijn, kan hij na kennisname van de voor hem negatieve beslissing bezwaarlijk voorhouden dat zijn verzoek voorbarig was.

3. De weigering van de vrijstellingsaanvraag

Wat betreft de gegrondheid van de vrijstellingsweigering, moet nagezien worden of appellant voldoet aan de cumulatieve voorwaarden van artikel 327, § 2, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Hierbij is vooral van belang of de verzekeringsinstelling alle te harer beschikking staande middelen, rechtsmiddelen inbegrepen, heeft aangewend om de terugbetaling te bekomen.

Ingevolge deze bepaling rust op appellant een inspanningsverbintenis.

De eerste rechter heeft op dit punt terecht vastgesteld dat de V.I. gedurende een periode van meer dan zes maanden geen invorderingsinitiatieven genomen heeft, doordat hij nagelaten heeft een uitvoerbare titel te vragen.

Immers de heer D. werd bij aangetekende brief van 14 juli 1999, verzonden op 15 juli 1999, in gebreke gesteld tot terugbetaling van een bedrag van 37 131,82 EUR, waarna hij een beroepstermijn van drie maanden had om tegen de terugvordering in beroep te gaan, maar na het verstrijken van deze termijn heeft de V.I. tot 31 januari 2001 gewacht om een verzoekschrift bij de arbeidsrechtbak neer te leggen.

Appellant houdt voor dat hij in die periode getracht heeft om een minnelijk afbetalingsplan te bekomen, maar uit de stukken volgt dat de heer D. appellant niet eens gecontacteerd heeft.

Appellant had de inertie van betrokkene kunnen doorbreken door sneller juridische stappen te zetten.

Op grond van artikel 362, 2, b, dient de verzekeringsinstelling immers *alle* te harer beschikking staande middelen aan te wenden, hierin inbegrepen de rechtsmiddelen.

De heer D. was immers minstens vanaf 29 mei 2000 tot en met 27 januari 2004 af en toe werkzaam bij de N.V. I. en hij genoot binnen deze periode blijkbaar ook werkloosheidsuitkeringen wegens economische werkloosheid; hij werd in november 2000 van ambtswege afgeschreven op zijn woonplaats.

In de periode tussen 15 oktober 1999 en 31 januari 2001 werd deze situatie niet actief opgevolgd door appellant en beperkte hij zich tot het wachten of de heer D. niet vrijwillig een minnelijk regelingsvoorstel zou komen onderhandelen; wanneer men vaststelde dat er geen initiatieven genomen werden, werden geen concretere stappen gezet, te beginnen met het aanvragen van een uitvoerbare titel.

Nadien gebeurden er ook geen inhoudingen op de terugbetaling in geneeskundige verzorging.

Uit de bijdragebons kon men afleiden dat betrokkene tewerkgesteld was bij de N.V. I.

In die omstandigheden heeft de eerste rechter terecht vastgesteld dat appellant zijn inspanningsverplichting niet gehonoreerd heeft en deze dient te worden beoordeeld in functie van de belangrijkheid van het bedrag, de vorderings- en de uitvoeringsmogelijkheden, samen met de aan de dag gelegde diligentie (Arbh. Brussel, 11.9.2006, J.T.T. 2007, p. 96, waarnaar ook verwezen wordt in de conclusie van advocaat-generaal G. bij het *Cass. arr.* van 7.1.2008, J.T.T. 2008, p. 193).

Terecht oordeelde de eerst rechter dan ook dat de vrijstellingsaanvraag niet kon worden toegekend.

4. Gedeeltelijke vrijstelling?

Evenmin kon gedeeltelijke vrijstelling worden verleend.

Appellant wil de vrijstellingsweigering beperkt zien tot de gevolgen van haar verzuim om inhoudingen te verrichten op terugbetalingen in de geneeskundige verzorging en om loonbeslag te leggen in de periode 2002 en 2003, rekening houdend met de beslaggrenzen.

Deze gemiste kansen situeren zich in de periode 2002-2003, maar hierboven werd uitgelegd dat reeds voordien gedurende meer dan 16 maand geen nuttig initiatief werd genomen en het is mede door het ontbreken van al deze inspanningen dat de terugvordering niet is gelukt.

De eerste rechter kon dan ook geen gedeeltelijke vrijstelling in acht nemen, daar deze slechts betrekking zou hebben op 2002-2003, maar er ook in de voorgaande periode onvoldoende inspanningen werden gedaan.

Het hoger beroep is dan ook ongegrond.

…