Jurisprudence

COUR CONSTITUTIONNELLE, arrêt n° 184/2008 du 18 décembre 2008

Président : M. BOSSUYT

Code civil, article 2277*bis* - Prescription - Prestations médicales

L'article 2277bis du Code civil ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution. Cette disposition, insérée par l'article 64 de la loi du 6 août 1993 portant des dispositions sociales et diverses, aligne le délai de prescription de l'action des « prestataires de soins » contre le patient sur le délai de prescription de l'action du patient contre la mutualité. Cet objectif explique pourquoi les « prestataires de soins » doivent s'entendre des « dispensateurs de soins » visés à l'article 2, n), de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, parmi lesquels les praticiens de l'art de guérir visés à l'article 2, l), de la même loi, et, dès lors, pourquoi les vétérinaires n'y sont pas inclus.

(n° du rôle 4367)

…

B.1. La question préjudicielle concerne l'article 2277*bis* du Code civil, qui dispose :

« L'action des prestataires de soins pour les prestations, biens et services médicaux qu'ils ont fournis, y compris l'action pour frais supplémentaires, se prescrit vis-à-vis du patient par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ils ont été fournis.

Il en va de même en ce qui concerne les prestations, services et biens médicaux et les frais supplémentaires qui ont été fournis ou facturés par l'établissement de soins ou par des tiers ».

B.2. Il est demandé à la Cour si la disposition en cause est compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution, interprétée en ce sens qu'elle n'est applicable qu'aux actions relatives à la médecine exercées sur des êtres humains, tandis que les actions des vétérinaires sont soumises au délai de prescription de droit commun.

B.3.1. La disposition en cause a été insérée par l'article 64 de la loi du 6 août 1993 portant des dispositions sociales et diverses. Cette insertion avait pour but, d'une part, de remédier à la situation précaire du patient quant aux délais de prescription des actions relatives aux soins de santé et, d'autre part, de rétablir la sécurité juridique qui était menacée par le fait que, dans les divers secteurs des soins de santé, on appliquait différents délais de prescription, dont le champ d'application n'avait pas été interprété de manière uniforme par les juges compétents (*Doc. parl.*, Ch., 1992-1993, n° 1040/3, p. 3).

B.3.2. Dans un arrêt du 21 janvier 1993 (*Pas.* 1993, I, 81), la Cour de cassation avait jugé que l'article 2272, alinéa 1er, du Code civil de l'époque prévoyant un délai de prescription d'un an pour les actions des médecins – délai fondé sur la présomption de paiement – n'était pas applicable aux factures des médecins perçues par les hôpitaux, de sorte que c'était le délai de prescription de droit commun, qui était à l'époque de 30 ans, qui s'appliquait à ces dernières actions.

Toutefois, l'article 106 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (l'actuel art. 174 de la loi AMI coordonnée le 14.7.1994) soumet l'action du patient contre la mutualité en remboursement de prestations de soins de santé à un délai de prescription de deux ans, à compter de la fin du mois au cours duquel ces prestations ont été fournies. Étant donné l'administration apparemment défaillante de nombreux hôpitaux qui, à l'expiration de ce délai de prescription adressaient directement les factures au patient, ce dernier risquait d'être victime des négligences de l'administration hospitalière (*Doc. parl.*, Ch., 1992-1993, n° 1040/3, pp. 5-6).

B.3.3. Pour remédier à cet état de choses, la disposition en cause aligne le délai de prescription de l'action des « prestataires de soins » contre le patient sur le délai de prescription de l'action du patient contre la mutualité.

Cet objectif explique pourquoi les « prestataires de soins » doivent s'entendre des « dispensateurs de soins » visés à l'article 2, n), de la loi AMI, parmi lesquels les praticiens de l'art de guérir visés à l'article 2, l), de la même loi, et, dès lors, pourquoi les vétérinaires n'y sont pas inclus.

B.4. Il découle de ce qui précède que la différence de traitement est raisonnablement justifiée.

…

COUR CONSTITUTIONNELLE, arrêt n° 144/2008 du 30 octobre 2008

Président : M. BOSSUYT

Loi du 6.8.1990 relative aux mutualités et unions nationales de mutualités, article 9, § 1er*quinquies* - Affiliation - Maladies et affections préexistantes

La Cour rejette les recours en annulation de l'article 9, § 1er quinquies, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, tel qu'il a été inséré par l'article 2, 4), de la loi du 11 mai 2007.

Le législateur a raisonnablement pu considérer que lorsqu'une personne demande son affiliation à un service « indemnités journalières », les critères de « prévoyance », d'« assistance mutuelle » et de « solidarité » s'opposent à ce qu'il soit tenu compte de maladies et affections préexistantes, en vue de fixer les cotisations. En ce que ces critères supposent qu'une assurance complémentaire offerte par les mutualités et les unions nationales de mutualités soit en principe la même pour chacun, le traitement égal qui découle de la disposition attaquée est raisonnablement justifié.

(nos du rôle : 4356 et 4361)

…

B.1.1. Les parties requérantes demandent l'annulation de l'article 9, § 1er*quinquies*, de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, tel qu'il a été inséré par l'article 2, 4), de la loi du 11 mai 2007 modifiant la loi du 6 août 1990.

Cette disposition énonce :

« Lors d'une affiliation à un service 'hospitalisation' ou 'indemnités journalières', un questionnaire médical relatif à l'état de santé préexistant de la personne concernée doit être complété lorsque le service en question prévoit des limitations en matière d'interventions autorisées par l'alinéa 2, 2°. Ce questionnaire doit être remis, signé par celle-ci, à sa mutualité.

L'existence de maladies et affections préexistantes, dans le chef du membre concerné, renseignées dans le questionnaire médical complété en application de l'alinéa précédent, ne peut justifier :

1° une majoration des cotisations ;

2° des limitations en matière d'intervention autres que celles consistant soit à prévoir une intervention sous la forme d'un forfait journalier durant une période limitée ou non dans le temps sans toutefois que ledit forfait puisse être inférieur à un montant déterminé par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, soit à exclure une intervention dans les suppléments dus à la suite d'un séjour dans une chambre particulière.

Par ailleurs, une mutualité ou une union nationale ne peut, pour refuser ou limiter le bénéfice d'une intervention dès qu'une période de vingt-quatre mois s'est écoulée à compter de l'entrée en vigueur de l'affiliation d'un membre à un service 'hospitalisation' ou 'indemnités journalières', invoquer les omissions ou inexactitudes non intentionnelles relatives à l'état de santé dans le questionnaire médical visé à l'alinéa 1er, lorsque ces données se rapportent à une maladie ou à une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de l'entrée en vigueur de cette affiliation et qui n'a pas été diagnostiquée dans la même période de vingt-quatre mois.

En outre, une mutualité ou une union nationale ne peut, pour refuser ou limiter le bénéfice d'une intervention d'un service 'hospitalisation' ou 'indemnités journalières', jamais invoquer une omission ou une inexactitude non intentionnelle dans la communication de données relatives à une maladie ou à une affection si cette maladie ou cette affection ne s'était pas encore manifestée d'une manière ou de l'autre au moment de l'entrée en vigueur de l'affiliation à ce service.

Quant aux cotisations d'un service 'hospitalisation' ou 'indemnités journalières', elles ne peuvent, en dehors de leur adaptation à l'index-santé, être augmentées que :

1° lorsque la hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties ou lorsque l'évolution des risques à couvrir le requiert ;

2° ou en présence de circonstances significatives et exceptionnelles.

La hausse réelle et significative des coûts des prestations garanties, l'évolution des risques à couvrir et les circonstances significatives et exceptionnelles visées à l'alinéa précédent sont appréciées par l'Office de contrôle.

Par ailleurs, les conditions de couverture des membres ne peuvent être modifiées que sur la base d'éléments objectifs durables et de manière proportionnelle à ces éléments, également soumis à l'appréciation de l'Office de contrôle ».

B.1.2. Le recours doit être considéré comme dirigé contre l'article 2, 4) de la loi précitée du 11 mai 2007, en ce que cette disposition insère le paragraphe 1er*quinquies* précité dans l'article 9 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

B.1.3. Étant donné que les moyens formulés par les parties requérantes portent uniquement sur l'affiliation à un service « indemnités journalières », la Cour limite son examen à la disposition attaquée en tant qu'elle règle l'affiliation à un tel service.

Quant au moyen unique dans l'affaire n° 4361 et quant à la quatrième branche du moyen unique dans l'affaire n° 4356

B.2. Dans le moyen unique de l'affaire n° 4361 et dans la quatrième branche du moyen unique de l'affaire n° 4356, les parties requérantes font valoir que la disposition attaquée viole les articles 10 et 11 de la Constitution en ce que, en cas d'affiliation à un service « indemnités journalières », cette disposition interdit aux mutualités et aux unions nationales de mutualités de prendre en compte, pour la fixation des cotisations, des maladies et affections préexistantes, alors que les compagnies d'assurances ne seraient pas soumises à une telle interdiction.

B.3.1. Selon le Conseil des ministres, les mutualités et les unions nationales de mutualités présenteraient, en ce qui concerne leur structure et leur fonctionnement, des caractéristiques particulières telles qu'il serait impossible, en l'espèce, de les comparer aux compagnies d'assurances.

B.3.2. En ce que les mutualités et les unions nationales de mutualités, d'une part, et les compagnies d'assurances, d'autre part, sont constituées d'agents économiques ou d'institutions intéressées à la promotion, à la distribution ou à la vente de produits mutualistes ou de produits d'assurance, elles exercent des activités qui, malgré leurs différences, ne sont pas suffisamment éloignées pour qu'on ne puisse les comparer. Tel est le cas de l'assurance libre et complémentaire, dont les produits et les services sont offerts tant par le secteur mutualiste que par le secteur des compagnies d'assurances.

B.4.1. II ressort des travaux préparatoires que la loi dont la disposition attaquée fait partie,

« s'inscrit dans la volonté du gouvernement d'améliorer les droits des citoyens dans le cadre de l'assurance maladie complémentaire, et plus particulièrement en ce qui concerne la couverture offerte par les mutualités en cas d'hospitalisation et en cas d'incapacité de travail » *(Doc. parl.*, Ch., 2006-2007, DOC 51-3057/002, p. 3).

B.4.2. La disposition attaquée s'inscrit dans le cadre d'une série de mesures qui visent à régler « la problématique de l'état de santé préexistant » *(Doc. parl.*, Ch., 2006-2007, DOC 51-3057/002, p. 3). Au cours des travaux préparatoires, il a été observé à ce sujet :

« Certains statuts d'entités mutualistes prévoient en effet aujourd'hui qu'aucune intervention financière n'est octroyée en cas d'hospitalisation ou d'incapacité de travail qui sont la conséquence d'une maladie ou affection préexistante, à savoir une maladie ou affection qui existait déjà au moment de l'affiliation au service en question. À cet égard, le ministre est heureux de pouvoir souligner que le projet qui est soumis à la Chambre va bien au-delà de ce qui est prévu par le projet relatif au secteur des assurances. En effet, il prévoit que l'obligation d'affiliation des personnes en question s'accompagne d'une obligation de couverture des coûts liés à la maladie ou au handicap préexistants et qui plus est, sans possibilité de majoration des cotisations à cet effet » *(Doc. parl.,* Ch., 2006-2007, DOC 51-3057/002, pp. 3-4 ; voy. également *Doc. parl.,* Sénat, 2006-2007, n° 3-2439/2, p. 3).

La disposition attaquée a ainsi pour objectif

« d'augmenter la sécurité juridique au niveau, d'une part, du droit d'affiliation auprès des entités mutualistes tant au niveau de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités que de certains services de l'assurance complémentaire et d'autre part, de la couverture offerte dans le cadre de ces derniers services et des cotisations demandées pour en bénéficier » *(Doc. parl.,* Ch., 2006-2007, DOC 51-3057/001, p. 5).

B.5. Au cours des travaux préparatoires, la différence entre les mutualités et les compagnies d'assurances a également été soulignée :

« Il est toutefois rappelé que, contrairement à ce qui se passe dans le secteur des assurances :

- la relation entre une entité mutualiste et ses membres n'est pas une relation contractuelle individuelle mais une relation statutaire basée sur le principe de solidarité ;

- et l'assemblée générale, qui a la compétence d'adapter les statuts, est élue par les membres et est composée de représentants des membres. Par conséquent, la décision de l'assemblée générale de modifier les statuts doit être considérée comme étant prise en vertu d'une délégation des membres.

Il va de soi que cette nouvelle mesure ne peut aboutir ni à individualiser les cotisations des affiliés ni à porter atteinte au principe de solidarité entre les affiliés, lequel constitue un principe mutualiste fondamental » *(Doc. parl.,* Ch., 2006-2007, DOC 51-3057/001, p. 9).

Le législateur souhaitait dès lors prendre en compte la spécificité des mutualités :

« Le présent projet [...] tient bien entendu compte des caractéristiques spécifiques essentielles qui président aux activités des entités mutualistes » *(Doc. parl.,* Ch., 2006-2007, DOC 51-3057/002, p. 3 ; voy. également *Doc. parl.,* Sénat, 2006-2007, n° 3-2439/2, p. 2).

B.6. Il découle des articles 2, § 1er, et 6, § 1er, de la loi du 6 août 1990 que les mutualités et les unions nationales de mutualités peuvent uniquement offrir des assurances libres et complémentaires pour autant que ces assurances répondent aux critères de « prévoyance », d'« assistance mutuelle » et de « solidarité », et ce sans but lucratif.

B.7. Le législateur a raisonnablement pu considérer que, lorsqu'une personne demande son affiliation auprès d'un service « indemnités journalières », ces critères empêchent qu'il soit tenu compte des maladies et affections préexistantes, en vue de fixer les cotisations. Les principes de « prévoyance », d'« assistance mutuelle » et de « solidarité » supposent en effet qu'une assurance complémentaire offerte par une mutualité ou par une union nationale soit en principe la même pour chacun.

B.8. Contrairement à ce que soutient la partie requérante dans l'affaire n° 4361, la disposition attaquée ne contient aucune obligation d'affiliation auprès d'un service « indemnités journalières ». Conformément à l'article 9, § 1er*bis*, alinéa 1er, de la loi du 6 août 1990, tel qu'il a été inséré par l'article 2, 1), de la loi du 11 mai 2007, une mutualité ou une union nationale ne peut refuser l'affiliation d'une personne visée à l'article 32, à l'article 33 ou à l'article 86, § 1er, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 « relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités » au service visé à l'article 3, alinéa 1er, a), qu'elle organise, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions mentionnées dans cette disposition. En outre, une mutualité ou une union nationale ne peut refuser l'affiliation à un service « hospitalisation » d'une personne qui satisfait aux conditions légales et réglementaires pour être membre de cette entité, sauf si la personne concernée est, au moment de son affiliation audit service, âgée d'au moins 65 ans (art. 9, § 1er*bis*, al. 2, de la loi du 6.8.1990, tel qu'il a été inséré par l'art. 2, 1), de la loi du 11.5.2007). Il ressort de ce qui précède que l'interdiction de refuser l'affiliation d'une personne ne vaut que pour l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, d'une part, et pour un service « hospitalisation », d'autre part, mais non pour un service « indemnités journalières ».

B.9. En outre, l'institution qui organise un service « indemnités journalières » peut prévoir dans ses statuts une intervention sous la forme d'un forfait journalier, au cours d'une période limitée ou non, sans que ce forfait puisse toutefois être inférieur à un montant fixé par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres. L'intervention dans les suppléments dus par suite d'un séjour dans une chambre particulière peut également être exclue (art. 9, § 1er*quinquies*, al. 2, 2°, de la loi du 6.8.1990).

B.10. Enfin, les cotisations d'un service « indemnités journalières » peuvent être augmentées, notamment « lorsque l'évolution des risques à couvrir le requiert » (art. 9, § 1er*quinquies*, al. 5, 1°, de la loi du 6.8.1990). Bien que la présence d'une maladie ou affection préexistante ne puisse conduire à une majoration des cotisations de l'affilié concerné, l'équilibre financier du service peut être préservé par une augmentation des cotisations de tous les membres, si l'affiliation des membres présentant une maladie ou affection préexistante devait l'exiger.

B.11. Il découle de ce qui précède que la différence de traitement mentionnée en B.2 n'est pas dépourvue de justification raisonnable. Le moyen unique dans l'affaire n° 4361 et le moyen unique dans l'affaire n° 4356, en sa quatrième branche, ne sont pas fondés.

…

COUR DE CASSATION, 17 novembre 2008

Président : M. BOES – Avocat général : Mme MORTIER

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 90 – Incapacité de travail primaire et invalidité – Compétence du médecin-conseil de l'organisme assureur

La décision relative à l'existence de l'incapacité de travail primaire relève uniquement du médecin-conseil de l'organisme assureur. L'INAMI n'est donc pas en droit de reconnaître l'état d'incapacité de travail primaire ni d'en fixer la date.

En décidant, sans rapport préalable du médecin-conseil rédigé à l'attention de l'INAMI, que l'assuré était en état d'incapacité de travail primaire, la Cour du travail viole l'article 90 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.

INAMI c./D.N.
(n° du rôle S.08.0085.N)

…

Aangevochten beslissing

In de bestreden beslissing verklaart het Arbeidshof, recht sprekend over de vordering van de verweerster tot vernietiging van de beslissing van 21 augustus 2001 van de Geneeskundige raad voor invaliditeit van de eiser waarbij werd vastgesteld dat de verweerster vanaf 27 augustus 2001 niet meer arbeidsongeschikt was als bedoeld in artikel 100 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, hieronder afgekort als Ziektewet, het hoger beroep van de verweerster gedeeltelijk gegrond, en hervormt het het vonnis van de Arbeidsrechtbank van 3 november 2003 en de voornoemde beslissing van de Geneeskundige raad voor invaliditeit van de eiser in die zin dat de verweerster vanaf 1 januari 2004 een graad van arbeidsongeschiktheid heeft overeenkomstig de criteria van artikel 100 van de Ziektewet, en dat op grond van de volgende motieven:

"Ingevolge de opdracht van (het Arbh.) legde de deskundige op 15 juni 2007 zijn verslag neer bij (het Arbh.) en kwam tot het advies:

"1. (de verweerster) bezat vanaf 27 augustus 2001 tot en met 31 december 2003 geen graad van arbeidsongeschiktheid overeenkomstig de criteria van artikel 100.

2. (de verweerster) bezat vanaf 1 januari 2004 een graad van arbeidsongeschiktheid en (is) deze blijven bezitten waarbij haar verdienvermogen verminderd is tot eenderde of minder dan eenderde overeenkomstig de criteria, van artikel 100 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 en de bepalingen in de opdracht omschreven."

Uit het expertiseverslag volgt tevens dat de raadsgeneesheren van beide partijen zich konden akkoord verklaren met dit voorstel.

Dit deskundig verslag is nauwkeurig gemotiveerd en gefundeerd zodat het kan bekrachtigd worden".

Grieven

1. Luidens artikel 100, eerste lid, van de Ziektewet, wordt als arbeidsongeschikt erkend als bedoeld in die Wet, de werknemer die alle werkzaamheden heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot eenderde of minder dan eenderde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Krachtens artikel 87, eerste lid, van de Ziektewet, ontvangt de gerechtigde die arbeidsongeschikt is als omschreven in artikel 100 van de Wet, over elke werkdag van een éénjarig tijdvak ingaande op de aanvangsdag van zijn arbeidsongeschiktheid of over elke dag van datzelfde tijdvak die wordt gelijkgesteld met een werkdag, een uitkering “primaire ongeschiktheidsuitkering” genoemd.

Op grond van artikel 90, eerste lid, van de Ziektewet stelt de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling de in artikel 100 bedoelde staat van primaire arbeidsongeschiktheid vast en stelt hij de duur ervan vast.

Artikel 93, eerste lid, van de Ziektewet bepaalt dat indien de arbeidsongeschiktheid voortduurt na het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, over elke werkdag van de arbeidsongeschiktheid of voor elke daarmee gelijkgestelde dag een zogenaamde “invaliditeitsuitkering” wordt betaald. Krachtens het tweede lid van artikel 93, onderbreekt de omstandigheid dat de gerechtigde over een tijdvak van minder dan drie maanden waarover geen uitkeringen worden betaald, niet langer in een staat van invaliditeit is als bedoeld in artikel 100, de loop van het tijdvak van invaliditeit niet. Daaruit volgt dat de gerechtigde die na een dergelijke periode opnieuw arbeidsongeschikt wordt erkend, zich dan bevindt in de staat van primaire arbeidsongeschiktheid bepaald bij de artikelen 87 en 100 van de Ziektewet.

Op grond van artikel 82, eerste lid, 1°, en artikel 94, eerste lid, van de Ziektewet stelt de Geneeskundige raad voor invaliditeit van de eiser de staat van invaliditeit als bedoeld in artikel 100 vast, bepaalt hij de duur ervan en stelt hij het einde ervan vast.

2. Uit de vaststellingen van het tussenvonnis van de Arbeidsrechtbank te Brussel van 27 augustus 2002 blijkt dat de verweerster als arbeidsongeschikt was erkend sinds 30 april 1999 (2de blad, midden, van dat vonnis). Volgens de artikelen 87, eerste lid, en 93, eerste lid, van de Ziektewet, verstreek de periode van primaire arbeidsongeschiktheid aldus één jaar later en ving vanaf dan een periode van invaliditeit aan.

Uit de stukken van het dossier waarop het Hof vermag acht te slaan blijkt dat de Geneeskundige raad voor invaliditeit van de eiser bij beslissing van 21 augustus 2001 vaststelde dat de verweerster vanaf 27 augustus 2001 niet meer arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 100 van de Ziektewet.

Het Arbeidshof bevestigt de voornoemde beslissing in het bestreden vonnis in zoverre zij inhoudt dat de eiseres vanaf 27 augustus 2001 tot en met 31 december 2003, dit is voor een tijdvak van langer dan drie maanden, geen graad van arbeidsongeschiktheid meer had in de zin van artikel 100 van de Ziektewet.

Uit die beslissing volgt dat, met toepassing van artikel 93, tweede lid, van de Ziektewet, de loop van het tijdvak van invaliditeit was onderbroken.

1. Eerste onderdeel

Het Arbeidshof beslist dat verweerster vanaf 1 januari 2004 een graad van arbeidsongeschiktheid heeft overeenkomstig artikel 100 van de Ziektewet. Gelet op wat voorafgaat, beslist het Arbeidshof aldus over de staat van arbeidsongeschiktheid in een periode van primaire arbeidsongeschiktheid.

Uit het in artikel 90, eerste lid, van de Ziektewet bepaalde blijkt dat de beslissing omtrent het bestaan van de staat van primaire arbeidsongeschiktheid enkel de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de gerechtigde toekomt, zodat de eiser zodanige staat niet vermag te erkennen, noch de duur ervan vast te stellen.

Door ten aanzien van de eiser te beslissen dat de verweerster, wier staat van invaliditeit, blijkens de beslissing van het Arbeidshof in het bestreden arrest, vanaf 27 augustus 2001 een einde had genomen, vanaf 1 januari 2004 een graad van arbeidsongeschiktheid heeft overeenkomstig de criteria van artikel 100 van de Ziektewet, schendt het Arbeidshof de wettelijke begrippen primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit (schending van de art. 100, § 1, 1ste lid, en 93, 1ste en 2de lid, van de Ziektewet) en de regels over de bevoegdheid tot vaststelling van de arbeidsongeschiktheid (schending van de art. 82, 1ste lid, en 94, 1ste en 3de lid,van de Ziektewet).

Conclusie

Het Arbeidshof hervormt niet wettig het vonnis van de eerste rechter en de beslissing van de Geneeskundige raad voor invaliditeit van de eiser van 21 augustus 2001 in die zin dat de verweerster vanaf 1 januari 2004 een graad van arbeidsongeschiktheid heeft overeenkomstig de criteria van artikel 100 van de Ziektewet (schending van de art. 82, 1ste lid, 1°, 87, 1ste lid, 90, 1ste lid, 93, 1ste en 2de lid, 94, 1ste lid, en 100, § 1, 1ste lid, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.7.1994).

…

III. Beslissing van het hof

Beoordeling

Eerste onderdeel

1. Het arrest bevestigt de beslissing van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, volgens dewelke de verweerster vanaf 27 augustus 2001 geen graad van arbeidsongeschiktheid had in de zin van de criteria van artikel 100 van de ZIV-Wet van 14 juli 1994.

Overeenkomstig het advies van de door het Arbeidshof aangestelde deskundige, beslist het arrest ten aanzien van de eiser dat de verweerster vanaf 1 januari 2004 een graad van arbeidsongeschiktheid had overeenkomstig de criteria van voormeld artikel 100.

2. Krachtens artikel 93, tweede lid, van de ZIV-Wet wordt het tijdvak van invaliditeit onderbroken, wanneer de gerechtigde gedurende drie maanden of langer niet meer de staat van invaliditeit bezit, bedoeld in artikel 100 van dezelfde Wet.

Hieruit volgt dat de gerechtigde die na zulke periode opnieuw als arbeidsongeschikt wordt erkend, zich alsdan bevindt in de staat van primaire arbeidsongeschiktheid, bepaald bij de artikelen 87, eerste lid, en 100 van de ZIV-Wet.

3. Zoals blijkt uit artikel 90 van de ZIV-Wet, komt de beslissing omtrent het bestaan van de primaire arbeidsongeschiktheid, behoudens het te dezen niet toepasselijk geval, bepaald in het tweede lid van dit artikel, toe aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de gerechtigde, zodat zonder verslag van deze geneesheer de eiser niet vermag zodanige staat te erkennen, noch de duur ervan vast te stellen.

4. Door zonder voorafgaandelijk verslag van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de verweerster ten aanzien van de eiser te beslissen dat de verweerster, wiens staat van invaliditeit op 27 augustus 2001 een einde nam, vanaf 1 januari 2004 arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 100 van de ZIV-Wet, schendt het arrest de in het onderdeel als geschonden aangewezen wetsbepalingen.

Het onderdeel is gegrond.

…

COUR DE CASSATION, 13 octobre 2008

Président : M. PARMENTIER

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 35 – A.R. du 14.9.1984 – Nomenclature des prestations de santé – Cohérence - Prestations

La nomenclature est établie par le Roi. Sont énumérées dans la nomenclature les prestations de santé, leur valeur relative, les règles d'application ainsi que la qualification que doit posséder le dispensateur de soins habilité à effectuer chacune de ces prestations.

Les prestations effectuées par un médecin spécialiste et prises en charge par l'assurance maladie sont celles de sa spécialisation ainsi que les prestations connexes. La relation entre ces prestations n'existe que si les prestations connexes sont effectuées conjointement avec les prestations de la spécialisation du médecin spécialiste.

R.G. c./Organismes assureurs, L.G. et B.J.-M.
(n° du rôle S.06.0086.F)

…

Premier moyen

Dispositions légales violées

- article 24 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ;

- articles 1er de l'arrêté royal du 16 novembre 1973 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, 10, § 4, 20, §§ 1er et 2, de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 24 de la loi du 9 août 1963, formant l'annexe de l'arrêté royal du 16 novembre 1973, telles que les dispositions précitées de la loi du 9 août 1963, de l'arrêté royal du 16 novembre 1973 et de la nomenclature y annexée étaient d'application à l 'époque des faits litigieux ;

- articles 1315 du Code civil et 870 du Code judiciaire.

Décisions et motifs critiqués

L'arrêt attaqué décide que même s'il existe un doute sur le point de savoir si les prestations litigieuses d'hémodialyse exécutées et attestées par le demandeur sous le n° 3011 K 400 de la nomenclature ont été accomplies par le demandeur sur ses propres patients, « c'est illégalement (qu'il) a délivré des attestations pour lesdites prestations » et, en conséquence, déclare les actions principales mues par les organismes assureurs fondées dans la mesure qu'il indique et condamne le demandeur à payer aux première, deuxième, troisième et quatrième défenderesses les sommes qu'il précise, majorées des intérêts moratoires et des dépens.

L'arrêt justifie ces décisions par tous les motifs, censés être ici reproduits, énoncés sous le sous-titre « Sur la règle de la connexité ».

Il considère, en substance :

- qu'il résulte de la combinaison de la règle de la connexité, posée par les articles 10, § 4, 20, §§ 1er et 2, de la nomenclature, et de la règle interprétative n° 505 (10)-5, sous le n° 12, que les prestations litigieuses de dialyse rénale sont remboursables lorsqu'elles sont posées « par un gastro-entérologue sur ses propres patients » ;

- qu'il n'a pas été établi par les organismes assureurs, « demandeurs initiaux », que les patients qui avaient suivi des séances de dialyse rénale exécutées et attestées sous le code 3011 K 400 par le demandeur n'étaient pas ses propres patients ; qu'il existe à tout le moins un doute à cet égard ;

- que, « malgré tout (...), il faut relever que le patient qui s'adresse au service de dialyse rénale recherche exclusivement qu'il soit procédé à la séance de dialyse dont il a besoin »,

- et que, dès lors, « il faut constater que les prestations posées par (le demandeur) dans ce cadre ne sont donc pas connexes à d'autres prestations relevant de sa spécialité de gastro-entérologue conformément à la règle interprétative (en réponse à la question 2) » et que, partant, « *in casu*, les prestations en cause ne peuvent être, en vertu de cette règle interprétative, déclarées connexes à d'autres prestations qu'il pourrait poser ».

Griefs

Première branche

La nomenclature des prestations de santé annexée à l'arrêté royal du 16 novembre 1973 précise, notamment, suivant les termes de l'article 24, alinéa 2, de la loi du 9 août 1963, ses règles d'application ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune desdites prestations.

Aux termes de l'article 10, § 4, de la nomenclature, « les actes connexes à la pratique d'une spécialité déterminée sont également honorés lorsqu'ils sont effectués par un médecin agréé au titre de spécialiste en cette spécialité ». L'article 20, § 2, de la nomenclature applique cette règle aux prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des disciplines relevant de la pathologie interne, en prévoyant que « sont en tout cas considérées comme connexes à l'une des spécialités énumérées à l'article 20, § 1er sous a) à g), les prestations énumérées au même article ». L'article 20, § 1er, littera a), vise les prestations qui relèvent de la spécialité en médecine interne tandis que le littera c) du même article vise les prestations qui relèvent de la spécialité en gastro-entérologie.

Il se déduit de ces dispositions qu'un gastro-entérologue, tel le demandeur, peut accomplir des actes relevant de la spécialité en médecine interne et que ces actes sont honorés, c'est-à-dire remboursables dans le régime de l'assurance soins de santé.

La règle interprétative 505 (10) - 5, visée et reproduite par 1 'arrêt, énonce sous le numéro 12 que la prestation (hémodialyse) qui figure sous le code 3011 K 400 de la nomenclature « est remboursable lorsqu'elle est effectuée par un chirurgien, un urologue, un interniste » et l'arrêt décide, par interprétation de cette règle, que le terme « interniste » désigne un médecin spécialiste en médecine interne *stricto sensu*, c'est-à-dire un médecin visé à l'article 20, § 1er, littera a).

Il se déduit, par conséquent, des articles 10, § 4, 20, § 1er, littera a) et c), et 20, § 2, de la nomenclature, et de la règle interprétative n° 12 telle qu'elle est entendue par l'arrêt, qu'un gastro-entérologue, tel le demandeur, pourrait accomplir la prestation litigieuse figurant sous le code 3011 K 400 de la nomenclature et que cette prestation serait remboursable.

La règle interprétative précise toutefois, comme le relève l'arrêt, que, pour que joue la règle de la connexité de l'article 20, § 2, une condition supplémentaire est requise : il faut que le médecin agréé pour l'une des spécialités énumérées à l'article 20, § 1er, littera a) à g), effectue « chez ses propres clients » la prestation relevant de l'une de ces spécialités, autre que celle pour laquelle il est agréé.

En l'espèce, l'arrêt déduit du fait « que le patient qui s'adresse au service de dialyse rénale recherche exclusivement qu'il soit procédé à la séance de dialyse dont il a besoin » que « les prestations posées par (le demandeur) dans ce cadre ne sont donc pas connexes à d'autres prestations relevant de sa spécialité de gastro-entérologue » et que, dès lors, « c'est illégalement que (le demandeur) a délivré des attestations pour lesdites prestations ».

En exigeant que, pour être remboursable, la prestation litigieuse soit connexe à une autre prestation relevant de la spécialité en gastro-entérologie, alors que l'article 20, § 2, de la nomenclature requiert seulement que la prestation soit connexe à une prestation relevant de l'une quelconque des autres spécialités énumérées à l'article 20, § 1er, l'arrêt attaqué ajoute à l'article 20, § 2, une condition que cet article ne comporte pas et, partant, le viole (violation de l'art. 20, § 2, de la nomenclature des prestations de santé annexée à l'arrêté royal du 16.11.1973 et des autres dispositions légales visées en tête du moyen, à l'exception des art. 1315 du C.civ. et 870 du C.jud.).

…

III. La décision de la Cour

sur le premier moyen :

Quant à la première branche :

L'article 24 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dispose, en ses deux premiers alinéas, dans leur version applicable au litige, que la nomenclature, établie par le Roi, énumère les prestations de santé, en fixe la valeur relative et précise notamment ses règles d'application ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles.

Suivant l'article 10, § 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 16 novembre 1973 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, les prestations techniques médicales spéciales mentionnées au chapitre V sont prises en charge par l'assurance lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique à un des titres que cette disposition énumère.

Aux termes du paragraphe 4 du même article, les actes connexes à la pratique d'une spécialité déterminée sont également honorés lorsqu'ils sont effectués par un médecin agréé au titre de spécialiste en cette spécialité.

Il résulte de ces dispositions de l'article 10 que les prestations d'un médecin agréé au titre de spécialiste qui sont prises en charge par l'assurance sont celles qui relèvent de sa propre spécialité ainsi que celles qui sont connexes à la pratique de celle-ci. Cette connexité ne peut exister que si une prestation relevant de la spécialité du médecin agréé est également effectuée.

L'article 20, § 2, de l'annexe précitée ne déroge pas à ce principe dès lors qu'il précise seulement les prestations qui, tout en relevant d'une autre spécialité, sont toujours admises comme connexes à celles effectuées par le médecin dans le cadre de sa spécialité.

Le moyen qui, en cette branche, soutient que les dispositions précitées n'exigent pas que, pour être remboursable, la prestation étrangère à la spécialité du médecin qui l'accomplit doive être connexe à une prestation relevant de sa spécialité, manque en droit.

…

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 – Victime chômeur

L'indemnité d'incapacité de travail à laquelle le chômeur peut prétendre lorsqu'il perd son droit aux allocations de chômage en raison de son incapacité de travail ne couvre pas un dommage autre que celui couvert par la prestation due au travailleur occupé qui est atteint d'une incapacité de travail.

La victime d'un accident qui se trouve au jour de celui-ci en état de chômage de longue durée ne pourrait être considérée comme n'ayant subi qu'un dommage théorique justifiant la réduction de son droit à l'indemnisation en droit commun par le seul fait qu'à la date de l'accident, elle était chômeuse de longue durée.

Organisme assureur c./s.a. V.
(n° de rôle C.07.0223.F)

…

L'avocat général J.-M. Genicot a dit en substance :

Quant à la seconde branche du moyen unique de cassation, en ce qu'il fait grief au jugement attaqué d'avoir décidé qu'à partir du moment où les incapacités de l'affilié de la demanderesse ont été réduites selon l'évaluation en droit commun à des taux inférieurs à 66 %, les indemnités versées par la demanderesse avaient une cause juridique propre et étaient étrangères à la faute du tiers responsable, alors que les prestations accordées sur la base de la loi du 9 août 1963 applicable en l'espèce, couvrent un même dommage et que la circonstance que l'affilié de la demanderesse chômeur de longue durée au moment de l'accident n'a pas pour conséquence qu'il n'aurait subi qu'un dommage théorique justifiant la réduction de son droit à indemnisation.

Lorsque, dans le régime de l'assurance maladie-invalidité, un chômeur complet indemnisé est régulièrement reconnu incapable de travailler, c'est-à-dire lorsqu'il présente un taux d'incapacité, selon les critères spécifiques de ce régime, égal ou supérieur à 66 %, il perd tout droit aux allocations de chômage, en application des articles 60 et 61, § 1er, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage.

Les indemnités d'incapacité de travail ainsi allouées couvrent le dommage qui consiste en la perte ou la réduction de la capacité d'acquérir par son travail des revenus pouvant contribuer aux besoins alimentaires de la victime et ceux de sa famille, cette règle étant applicable, conformément à la jurisprudence de la Cour dès son arrêt du 21 novembre 1994, tant au travailleur occupé qu'au chômeur qui perd son droit aux allocations par suite de cette incapacité. (*)

(*) Cass., 21 novembre 1994, R.G. C.94.0073. N., Pas., 1994, n° 502; Cass., 9 février 2004, Pas., 2004, R.G. C.01.0127.F, n° 68 ; Loi du 9 août 1963, article 56, § 1er, actuellement article 100, § 1er, lois coordonnées du 14 juillet 1994.

La décision d'incapacité du médecin-conseil de l'organisme assureur, - ou de l'INAMI selon les cas -, et qui ne peut être remise en question par le juge saisi de la réclamation civile dans le cadre d'un recours subrogatoire de l'organisme assureur, est elle-même la conséquence incontestable de la faute du tiers responsable, en sorte que la perte des indemnités de chômage de la victime affiliée suite à la reconnaissance de son incapacité en assurance maladie invalidité égale ou supérieure à 66 %, est elle-même la conséquence de cette faute.

L'arrêt considère cependant qu'à partir du 1er février 1992, date à laquelle le taux dégressif des incapacités retenues en droit commun devenait inférieur au taux de 66 % reconnu en assurance maladie-invalidité, les indemnités étaient payées par la demanderesse sur la base d'une autre cause juridique que le fait du responsable de l'accident et donc que le lien de causalité entre le versement de ces indemnités et la faute de l'auteur de l'accident avait été rompu par l'intercession de cette cause juridique déduite des réglementations assurance maladie-invalidité et chômage.

Il ajoute qu'en l'espèce la diminution de la valeur économique indemnisable de la victime était très théorique, puisqu'il s'agissait d'un chômeur de longue durée, et qu'il convient de ne retenir à partir du 1er février 1992 qu'une somme forfaitaire de 12,50 EUR par jour à 100 p.c.

De telles considérations nient l'incontestable relation, avérée dans le cas d'espèce, entre l'incapacité reconnue en assurance maladie-invalidité et la lésion qui en a fondé l'appréciation, telle que causée par la faute du tiers, ainsi que la portée de l'arrêt du 21 novembre 1994 précité, selon lequel les indemnités AMI couvrent une perte de capacité de gain réelle, applicable tant au travailleur occupé qu'au chômeur.

Je suis d'avis que l'arrêt viole les dispositions visées au moyen qui s'avère dès lors fondé.

Conclusion

Je conclus à la cassation sans qu'il soit nécessaire d'examiner la première branche du moyen qui ne pourrait entraîner une cassation plus étendue.

*

* *

<u>Arrêt</u> :

…

II. Le moyen de cassation

…

Grief

…

Seconde branche

Les prestations pour l'incapacité de travail résultant d'un accident accordées en vertu de la loi du 9 août 1963 et les indemnités d'incapacité de travail dues en vertu du droit commun à la victime par le responsable de l'accident couvrent un même dommage ; celui-ci consiste en la perte ou la réduction, subie par la victime, de la capacité d'acquérir grâce à son travail des moyens contribuant à ses besoins alimentaires et à ceux de sa famille ; la circonstance que l'affilié de la demanderesse était chômeur de longue durée n'a pas pour conséquence qu'il n'aurait subi qu'un dommage théorique justifiant la réduction de son droit à indemnisation et que les indemnités que la demanderesse a payées, à compter du moment où, selon l'évaluation qui a été faite en droit commun, l'incapacité a été inférieure à 66 p.c., et dont elle demandait le remboursement, auraient une cause juridique autre que la faute commise par le tiers responsable de l'accident.

Il s'ensuit que, en décidant qu'à partir du moment où les incapacités de l'affilié de la demanderesse ont été réduites, selon l'évaluation en droit commun, à des taux inférieurs à 66 p.c., les indemnités versées par la demanderesse avaient une cause juridique propre et étaient étrangères à la faute de l'assuré de la défenderesse, en sorte que la demanderesse ne pouvait plus prétendre à des remboursements tenant compte des indemnités qu'elle avait payées à son affilié, dont le dommage était, à partir de ce moment, théorique, le jugement attaqué viole les dispositions de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, visées au moyen, et, en outre, les articles 1382 et 1383 du Code civil.

III. La décision de la Cour

Quant à la seconde branche :

L'article 76*quater*, § 2, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, qui interdit le cumul des prestations prévues par cette loi et des indemnités dues en vertu du droit commun ou d'une autre législation, et en vertu duquel l'organisme assureur est subrogé au bénéficiaire, ne s'applique que lorsque lesdites prestations et indemnités couvrent le même dommage ou la même partie du dommage.

Le dommage visé à l'alinéa 1er de cet article 76*quater*, § 2, consiste, en ce qui concerne les prestations pour incapacité de travail au sens de l'article 56 de la loi précitée, en une réduction, consécutive à des lésions ou troubles fonctionnels, de la capacité de gain du travailleur qui a cessé toute activité à un taux égal ou inférieur au tiers suivant les critères déterminés par ledit article 56, § 1er ; bien que l'indemnité de droit commun couvre aussi une réduction de capacité de gain, elle ne répare cependant pas nécessairement la perte de la même partie de cette capacité couverte par les prestations de l'assurance.

Les prestations pour incapacité de travail allouées en vertu de la loi du 9 août 1963 couvrent le dommage de l'assuré consistant en la perte ou la réduction de la capacité d'acquérir par son travail des revenus pouvant contribuer aux besoins alimentaires du travailleur et de sa famille ; cette règle s'applique aussi lorsque les prestations sont allouées en tenant compte de la perte de rémunération subie en raison de l'incapacité de travail.

L'indemnité d'incapacité de travail à laquelle le chômeur peut prétendre lorsqu'il perd son droit aux allocations de chômage en raison de son incapacité de travail ne couvre pas un dommage autre que celui couvert par la prestation due au travailleur occupé qui est atteint d'une incapacité de travail.

La victime d'un accident qui se trouve au jour de celui-ci en état de chômage de longue durée ne pourrait être considérée comme n'ayant subi qu'un dommage théorique justifiant la réduction de son droit à l'indemnisation en droit commun par le seul fait qu'à la date de l'accident, elle était chômeuse de longue durée.

Le jugement attaqué considère qu' « en ce qui concerne la période postérieure au 1er février 1992, [la demanderesse] a payé à son affilié des indemnités en raison d'une autre cause juridique que le fait du responsable de l'accident, soit les réglementations [de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité] et sur le chômage ; que le lien de causalité entre les indemnités versées et la faute de l'auteur de l'accident a été rompu par l'intervention de cette autre cause juridique ; [...] que la diminution de la valeur économique indemnisable est [...] théorique étant donné que l'affilié de la [demanderesse] était chômeur de longue durée ; [...] qu'il n'est pas adéquat de valoriser la diminution de la valeur économique de l'affilié de [la demanderesse] sur le marché du travail sur la base de ses revenus de remplacement ; que la valorisation de cette diminution [...] doit être opérée sur une base forfaitaire [...] et que le dommage [...] dans lequel est subrogée [la demanderesse] peut être fixé, durant les incapacités temporaires partielles postérieures au 1er février 1992, à la somme de 12,50 EUR par jour à 100 p.c. ».

En statuant ainsi, le jugement attaqué viole les dispositions légales visées au moyen, en cette branche.

Le moyen, en cette branche, est fondé.

…

COUR DU TRAVAIL DE BRUXELLES, 23 octobre 2008

Président : M. KENIS

Code judiciaire, articles 973 et 978 – Expertise – Caractère contradictoire – Absence de dommage - Principe de confiance légitime – Principe de précaution – Absence de confiance légitime

Les règles du Code judiciaire qui s'appliquent à l'expertise et qui ont pour but d'en garantir le caractère contradictoire ne sont pas prescrites à peine de nullité. Il appartient au juge d'apprécier si le droit à la défense a été violé et, le cas échéant, de décider comment ceci peut être évité. Les remarques de l'assuré qui ne relèvent pas de la mission de l'expert ne peuvent être tranchées que par le tribunal et non pas par l'expert.

L'opposabilité partielle du rapport d'expertise n'a donc pu nuire à l'assuré. En effet, celui-ci a, à tout le moins, été capable de réagir adéquatement à l'ensemble des éléments du rapport d'expertise devant le tribunal.

Pour l'application du principe de confiance, il doit être question d'attentes légitimes dans le chef du citoyen. Tel n'est pas le cas pour l'incapacité de travail où, au terme d'une longue période de reconnaissances, le Conseil médical de l'invalidité peut finalement conclure que l'assuré est apte à travailler. Ultérieurement, la prolongation illimitée dans le temps de la reconnaissance de l'incapacité de travail par le CMI serait contraire au caractère essentiellement temporaire de l'invalidité et à la possibilité d'y mettre fin.

La reconnaissance de l'incapacité de travail de l'assuré par le CMI et la constatation de l'incapacité de travail sont deux choses différentes. S'il ressort des déclarations faites par le médecin traitant et par le patient lui-même que celui-ci est de nouveau apte à intégrer le marché de l'emploi, le médecin traitant devra lui expliquer qu'il ne répond plus aux critères de reconnaissance de l'assurance maladie et il devra l'aider à réintégrer le circuit professionnel. Le principe de précaution n'a en l'occurrence pas été violé dans le chef du CMI.

L.M. c./INAMI et organisme assureur
(R.G. 50272)

….

1. Het niet tegensprekelijk karakter van de expertise

1. Appellante is van oordeel dat het tegensprekelijk karakter van het deskundig onderzoek miskend werd doordat de raadgevend geneesheer van eerste geïntimeerde, na mededeling van de preliminaria van het verslag, een schrijven gericht heeft aan de deskundige dat niet aan haar of haar raadsman werd medegedeeld. Zij is van oordeel dat een nieuw deskundig onderzoek zou moeten bevolen worden.

De regels van artikelen 973 en 978, van het Gerechtelijk Wetboek (zoals van toepassing op het deskundig onderzoek dat door de eerste rechter bevolen werd), met betrekking tot de oproeping van de partijen en de mededeling van de bevindingen van de deskundige, en die tot doel hebben het contradictoir karakter van het deskundig onderzoek te verzekeren, zijn niet op straffe van nietigheid voorgeschreven (Cass. 8.5.1978, R.W. 1978-1979, 1510; Cass. 23.4.2004, Pas. 2004, I. 95).

Het staat aan de rechter te beoordelen of volgens de omstandigheden van het geval het ingeroepen verzuim partijen heeft belet hun recht van verdediging uit te oefenen en, in voorkomend geval, te beslissen hoe dat verholpen moet worden (Cass. 8.5.1978, geciteerd).
Het principe van een eerlijke behandeling van de partijen is verder niet geschonden wanneer de partijen voor de rechtbank de mogelijkheid hadden het deskundig verslag te betwisten, niet enkel betreffende de aangevoerde onregelmatigheden, doch ook betreffende de vaststellingen en besluiten van de deskundige (Cass. 22.5.1978, *Arr. Cass.* 1978-1109).

2. Het schrijven van de raadsgeneesheer van eerste geïntimeerde bevat, naast de mededeling dat de raadgevend geneesheer niet aanwezig kon zijn op de expertisezitting en zijn akkoord betuigde met de voorlopige conclusies, enkel de volgende passus die enig belang vertoont voor de expertise:

"Ik ben het volledig met U eens dat haar reïntegratie in het arbeidsmilieu reeds veel eerder had dienen te gebeuren (zeker vanaf 1995).
Op te merken valt echter dat de betrokkene zelf daartoe nooit enig initiatief heeft genomen.
Rekening houdend met de hogere opleiding van mevrouw M. kon nochtans verwacht worden dat zijzelf haar betrekking als bedrijfsjurist terug zou opgenomen hebben of een nieuwe werkkring zou gezocht hebben".

Deze passus heeft de conclusies van het deskundig verslag niet kunnen beïnvloeden. De deskundige was immers niet belast met de vraag te onderzoeken of appellante reeds vroeger de arbeid had kunnen hernemen, doch enkel met de vraag te onderzoeken of appellante op het ogenblik van de bestreden beslissing nog arbeidsongeschikt was. De deskundige stelt dit ook zelf duidelijk: *Dit gegeven kan echter niets aan mijn besluit wijzigen gezien ik gehouden ben aan mijn opdracht om vanaf 22 september 2003 en op heden te bepalen of mevrouw M. al dan niet arbeidsongeschikt te beschouwen is".*

Het gevolg dat appellante meent te kunnen verbinden aan het feit dat eerste geïntimeerde haar (te) lang erkend heeft, is een juridische betwisting die enkel door de rechtbank kon beslecht worden en ook beslecht is, en niet door de deskundige.

De niet volledige tegenstelbaarheid van het deskundig verslag heeft derhalve appellante niet kunnen schaden, minstens heeft appellante voor de rechtbank op gepaste wijze kunnen reageren op al de elementen van het deskundig verslag en op het schrijven van de raadgevend geneesheer van eerste geïntimeerde.

3. Er is aldus geen reden om het deskundig verslag nietig te verklaren, noch om een nieuwe deskundige aan te stellen.

Op medisch vlak voert appellante ook geen enkel nieuw element aan dat van aard zou zijn het besluit van de deskundige, dat zij op 22 september 2003 arbeidsgeschikt was, in vraag te stellen.

2. De schending van het vertrouwensbeginsel en van het zorgvuldigheidsbeginsel

1. Appellante is in de eerste plaats van oordeel dat eerste geïntimeerde het vertrouwensbeginsel heeft geschonden door haar sinds 1993, minstens sinds de periode 1994-1995 onafgebroken arbeidsongeschikt te erkennen, om dan plots deze erkenning in te trekken in het jaar 2003 terwijl, zoals blijkt uit het deskundig verslag, haar toestand in die periode niet gewijzigd is en zij, volgens de deskundige, reeds in 1995 het werk had kunnen hervatten.

2. Het vertrouwensbeginsel of rechtszekerheidsbeginsel houdt in dat "de burger moet kunnen vertrouwen op wat hij niets anders kan opvatten dan als een vaste gedrags- en beleidsregel krachtens welke de openbare diensten de door bij hem gewekte gerechtvaardigde verwachtingen moeten inlossen" (Cass. 29.11.2004; R.W. 2006-2007, 173). Voor de toepassing van dit beginsel is vereist dat het gaat om gerechtvaardigde verwachtingen (cfr. Cass. 3.12.2004, *Arr. Cass.* 2004, 1948). Bovendien kan in de regel de toepassing van het beginsel er niet toe leiden dat het een afwijking van de wet of een beleid dat tegen de wet ingaat toegelaten wordt (Cass. 29.11.2004, R.W., 2006-2007, 173; Cass. 14.6.1999, Soc. Kron. 2001, 304).

Overeenkomstig artikel 94 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen stelt, na afloop van de periode van de primaire arbeidsongeschiktheid, de Geneeskundige raad voor invaliditeit, ingesteld bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, de staat van invaliditeit vast als bedoeld in artikel 100, § 1, van de Wet en bepaalt hij de duur ervan. De erkenning van de staat van invaliditeit is aldus steeds tijdelijk. Bovendien kan zelfs tijdens een periode van erkende invaliditeit de adviserend geneesheer van de mutualiteiten een einde stellen aan de erkenning (art. 94, al. 2).

Volgens het administratief dossier, neergelegd door eerste geïntimeerde, was appellant, vooraleer de bestreden beslissing genomen werd, door de Geneeskundige raad voor invaliditeit erkend tot 31 juli 2003. Voor hoelang telkens de erkenning werd toegekend blijkt niet uit het neergelegde administratief dossier maar volgens de eigen verklaringen van de raadsman van appellante ter zitting is deze regelmatig opgeroepen en onderzocht geworden door de Geneeskundige raad voor invaliditeit.

In functie van deze wettelijke bepalingen kon en mocht in hoofde van appellante geen "gerechtvaardigd" of "gewettigd" vertrouwen ontstaan dat de erkenning van haar staat van arbeidsongeschiktheid in de toekomst steeds zou gehandhaafd blijven. Appellante diende er rekening mee te houden dat, zelfs na een lange periode van erkenningen, de Geneeskundige raad voor invaliditeit vooralsnog tot de bevinding zou kunnen komen dat zij arbeidsgeschikt was. Dit was des te meer het geval nu appellante niet het slachtoffer was van een onomkeerbare fysische handicap maar wel van een ziektebeeld (depressie) waarvan, zelfs na een zekere tijdspanne, niet met zekerheid kan gezegd worden dat het blijvend is.

In dit verband merkt het Hof op dat geen overdreven waarde kan gehecht worden aan de stelling van de deskundige dat de toestand van appellante vanaf bij benadering 1994-1995 tot op het ogenblik van de bestreden beslissing ongewijzigd is gebleven. De deskundige heeft appellante in die periode niet onderzocht en er zijn voor deze periode blijkbaar ook weinig medische verslagen voorhanden.

In ieder geval zou de toepassing van de leer van het vertrouwensbeginsel er in het voorliggend geval toe leiden dat de rechter zou beslissen dat de Geneeskundige raad voor invaliditeit appellante verder onbeperkt zou moeten erkennen in de toekomst, hetgeen in strijd is met het essentieel tijdelijk karakter van de erkenning van de invaliditeit en de mogelijkheid daaraan steeds een einde te stellen.

De eerste rechter heeft dan ook terecht geoordeeld dat appellante zich niet kon beroepen op het vertrouwensbeginsel om een voor haar gunstige beslissing te bekomen.

3. Geïntimeerde zou volgens appellante verder tekort gekomen zijn aan het zorgvuldigheidsbeginsel doordat zij vanaf de periode 1994-1995 haar verder is blijven erkennen in de ziekteverzekering terwijl nu vaststaat, dat aan de voorwaarden daarvoor niet voldaan was. Zij stelt daarbij dat indien in de periode 1994-1995 de beslissing genomen was dat zij arbeidsgeschikt was, zij zonder problemen haar betrekking bij de verzekeringsmaatschappij, waarvoor zij werkt als juriste, had kunnen hernemen wat thans uitgesloten is ingevolge de evoluerende wetgeving en de evolutie van de functie.

In de eerste plaats dient opgemerkt te worden dat de Geneeskundige raad voor invaliditeit, anders dan bijvoorbeeld de arbeidsgeneesheer, enkel op verzoek van een verzekerde diens staat van arbeidsongeschiktheid *erkent*, en niet diens staat van arbeidsongeschiktheid *vaststelt*. Appellante kon aldus, als ze zich arbeidsongeschikt voelde, zelf een einde stellen aan haar arbeidsongeschiktheid en het werk hervatten.

In de tweede plaats dient opgemerkt te wordend at de Geneeskundige raad van invaliditeit, bij de erkenning van de arbeidsongeschiktheid, zeker bij ziekten met een psychische oorsprong, essentieel dient te steunen op de verklaringen van de behandelend geneesheer en de eigen verklaringen van de patiënt, hetgeen uiteraard inhoudt dat zijn beslissingen eerder bepaald worden door de hem aangereikte elementen dan door een eigen onderzoek. Wanneer, zoals de deskundige stelt, appellante reeds vanaf de periode 1994-1995 had moeten gereïntegreerd worden in het arbeidsproces, dan was het in de eerste plaats aan de behandelende geneesheer geweest om appellante uit te leggen dat zij in feite niet meer voldeed aan de criteria voor een erkenning in ziekteverzekering en haar te begeleiden in de reïntegratie in het arbeidsproces.

Ten slotte dient benadrukt te worden dat de deskundige, wanneer hij stelt dat de toestand van appellante niet geëvolueerd is in de periode tussen 1994-1995 en het ogenblik van de bestreden beslissing, hij daarvoor niet heeft kunnen steunen op een eigen onderzoek van appellante in die periode noch over een gedocumenteerd medisch dossier dat deze conclusie met voldoende zekerheid toeliet.

In het licht van deze elementen is volgens het Arbeidshof onvoldoende aangetoond dat de Geneeskundige raad voor invaliditeit van geïntimeerde onzorgvuldig heeft gehandeld door appellante vanaf de periode 1994-1995 verder te erkennen, om dan plots een einde te stellen aan deze erkenning in de loop van het jaar 2003.

Het Arbeidshof kan, zoals de deskundige, begrip opbrengen voor het aanvoelen van appellante dat de beslissing van de Geneeskundige raad voor invaliditeit van 22 september 2003, niet "logisch" is in het kader van de vroegere beslissingen, evenals voor haar aanvoelen dat zij daardoor in de oncomfortabele positie is gekomen haar reïntegratie in de arbeidsmarkt te moeten aanvatten op 54-jairge leeftijd in plaats van op 45-46 jarige leeftijd, doch deze elementen laten in rechte niet toe de beslissing van de Geneeskundige raad voor invaliditeit te vernietigen en appellante, die geen elementen aanbrengt om het verslag van de deskundige te betwisten, recht te geven op een verdere erkenning.

…

COUR DU TRAVAIL DE MONS, 16 octobre 2008

Président : M. DUMONT

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 100 - Cessation des activités
A.R. du 10.1.1969 – Sanctions

La constatation d'une reprise d'activité sans autorisation préalable du médecin-conseil ne peut être contredite par la simple production de documents médicaux.

Dans la mesure où l'article 2 de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 vise à sanctionner, aux 1°, 4° et 6°, des comportements distincts, les exclusions y visées peuvent être cumulées.

D.F. c./INAMI
(R.G. 20153)

…

3-La cause du litige

Il ressort des faits spécialement invoqués par les parties qui peuvent être retenus comme précis, pertinents et établis, que l'appelant, *qui était en incapacité de travail depuis le 30 septembre 1982*, a été surpris le 5 octobre 2001 alors qu'il était aux commandes d'un tracteur tondeuse sans avoir au préalable, ni informé sa mutuelle, ni *a fortiori* sollicité l'autorisation préalable du médecin-conseil de son organisme assureur.

Entendu le jour même par un contrôleur social du Service du contrôle médical, l'appelant reconnaîtra les faits et précisera aider son épouse, gérante d'une entreprise de jardinage depuis 1992, et ce à concurrence de deux jours et demi par semaine.

Le dossier administratif révèle de façon tout aussi incontestable *(voir les fardes d'information de l'auditorat référencées sous les rubriques n° 29 du dossier inscrit en premier degré sous le numéro de rôle général 61.106/R, et n° 32 du dossier enregistré en premier degré sous le numéro de rôle général 60.112/R)* :

- que l'épouse de l'appelant gérait une entreprise de jardinage occupant du personnel,
- que l'appelant avait bien repris une activité d'ouvrier horticole pour le compte de son épouse depuis le mois de mai 1996 au moins jusqu'au moment du contrôle, soit le 5 octobre 2001 inclus,
- que cette activité prenait place chaque année au cours de la période s'étendant du mois d'avril au mois d'octobre inclus à raison de trois jours par semaine.

Suite au contrôle opéré, un procès-verbal constatant les infractions a été dressé le 11 décembre 2001 avec notification par lettre recommandée dès le 12 décembre 2001 ; l'appelant a subséquemment été invité à communiquer ses moyens de défense par une lettre du 21 mars 2002 ; les dits moyens de défense ont été exposés dans une lettre du 2 avril 2002.

Par une première décision du 10 décembre 2001, l'intimé mettra fin à l'incapacité de travail de l'appelant à dater du 17 décembre 2001 en application de l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 coordonnant la réglementation en matière d'assurance maladie-invalidité.

En date du 4 juillet 2002, le fonctionnaire dirigeant notifiera à l'appelant une seconde décision administrative emportant exclusion du droit aux indemnités à concurrence de 180 indemnités journalières en application de l'article 2, 1°, 2, 4° et 2, 6° de l'arrêté royal du 10 janvier 1969.

L'appelant contestera en son temps ces deux actes administratifs devant le Tribunal du travail de Charleroi qui le déboutera de ses recours.

4-Discussion

4-1 En droit, l'article 100, paragraphe premier, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 pose la *cessation de toute activité* comme condition préalable et incontournable à une indemnisation en assurance maladie-invalidité. Le paragraphe 2 de ce même article stipule ce qui suit : *« est reconnu comme étant incapable de travailler, le travailleur, qui dans les conditions fixées dans le règlement visé à l'article 80, 5°, reprend un travail* ***préalablement autorisé*** *à condition que, sur le plan médical, il conserve une réduction de sa capacité d'au moins 50 % ».*

De même, l'article 230, paragraphe 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 prévoit que :

« pour obtenir l'autorisation d'exercer une activité professionnelle au cours de l'incapacité de travail, le titulaire doit en faire la demande, ***préalablement à toute reprise d'activité,*** *au médecin-conseil de son organisme assureur qui peut accorder l'autorisation pour autant qu'elle soit compatible avec l'affection en cause ... ».*

On soulignera encore que l'article 101 de la réglementation coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit que : *« le travailleur reconnu incapable de travailler qui a effectué, sans autorisation préalable visée à l'article 100, paragraphe 2, un travail compatible avec son état de santé, mais dont la capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical, est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçu pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle il a accompli un travail non autorisé... ».*

Le libellé de ces dispositions confronté à l'exposé des faits fonde la première décision de fin d'incapacité *dont la portée ne peut être éludée par la simple production de documents médicaux.*

Il résulte en effet de l'enseignement de la Cour de cassation que le terme *« activité »* doit être compris dans son sens usuel et ne doit pas être réduit à la seule activité *« professionnelle » (voir en ce sens : Cass., 23.4.1990, Pas., 1982, I, p. 650).* Les termes *« avoir cessé toute activité »* visent donc, *non seulement* la cessation de toute activité professionnelle, *mais encore* celle de toute activité procurant un enrichissement du patrimoine ou, autrement dit, toute occupation habituelle, occasionnelle, voire même exceptionnelle, orientée vers la production de biens ou de services, permettant directement ou indirectement, de retirer un profit économique pour soi-même ou pour autrui. Il s'ensuit que, constitue un travail soumis à autorisation préalable, toute activité à caractère productif, effectuée dans le cadre de relations sociales, même si elle est accomplie sans rémunération à titre de service d'ami *(voir en ce sens : Cass., 18.5.1992, Pas., 1992, I, p. 821).* Ainsi, d'une manière générale, la reconnaissance de l'incapacité de travail implique donc que l'assuré social cesse toute activité, qu'il s'agisse d'une activité professionnelle, principale ou accessoire, ou même d'une activité de type non professionnel pour laquelle il ne perçoit pas un revenu en espèces ou une rémunération, étant entendu en cette dernière hypothèse qu'il suffit qu'apparaisse une économie de dépenses, circonstance qui accroît indirectement son patrimoine *(voir Cass., 21.1.1982, Pas. 1982, I, pp. 650 à 653, VACCARO c./INAMI & UNMS ; Cass., 23.4.1990, JTT 1990, p. 466 ; Cass., 18.5.1992, JTT 1992, p. 401 ; C.T. Mons, septième ch., 24.3.1993, RG n° 10.190* [(*)]*, inédit et C.T. Mons, sixième ch., 9.5.1997, RG n*[os] *11.713 et 11.718, CDS, 2002/11, p. 569* [(**)]*).*

Il est indéniable qu'en se comportant comme il l'a fait, l'appelant n'a pas respecté le prescrit de l'article 100, paragraphes 1 et 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, ni d'ailleurs celui de l'article 230, paragraphe 2, de l'arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996 qui, dans le cadre d'une reprise d'une activité par un titulaire reconnu en état d'incapacité de travail exigent la réunion dans son chef de quatre conditions :

- avoir cessé toute activité en conséquence d'une incapacité de travail reconnue préalablement à la reprise d'activité,
- rester atteint d'une incapacité de travail d'au moins 50 % sur base d'un examen médical,
- exercer une activité autorisée,
- avoir obtenu l'autorisation *préalable* du médecin-conseil en vue de reprendre ladite activité.

Lorsqu'aucune autorisation préalable n'a été demandée pour reprendre l'activité, le titulaire n'est plus considéré comme étant incapable de travailler, avec pour conséquence qu'il peut complémentairement faire l'objet de sanctions consistant à l'exclure, *en l'occurrence depuis le 4 juillet 2002,* à concurrence d'un certain nombre d'indemnités journalières *(en l'espèce 180 indemnités journalières).*

4-2 Sur le plan de la sanction, il y a tout d'abord lieu de rappeler que l'article 2 de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 dispose, au titre d'exclusion du droit aux indemnités d'incapacité de travail :

- en son 1°, une fourchette variant d'une indemnité journalière au moins jusqu'à 75 au plus pour un titulaire bénéficiant d'indemnités d'incapacité de travail qui n'a pas déclaré à son organisme assureur le revenu professionnel découlant d'une activité personnelle salariée ou indépendante,
- en son 4°, une fourchette allant d'une indemnité journalière au moins à 30 au plus pour le titulaire bénéficiant d'indemnités d'incapacité de travail qui a repris une activité sans y être autorisé préalablement par le médecin conseil de son organisme assureur,
- en son 6°, une fourchette s'étendant d'une indemnité journalière au moins à 75 au plus pour un titulaire qui, après une reprise spontanée du travail ou du chômage, n'en a pas informé son organisme assureur et a continué à percevoir des indemnités d'incapacité travail.

(*) B.I. - INAMI, 1993/6.
(**) B.I. - INAMI, 1998/1.

Chacune de ces possibilités d'exclusion vise un comportement distinct.

Ces exclusions peuvent être cumulées, comme ce fut le cas en l'espèce, lorsque la situation rencontrée renvoie à plusieurs des cas de figure visés par l'article 2 de l'arrêté royal du 10 janvier 1969.

Selon *l'article 7, alinéa premier, du même arrêté royal du 10 janvier 1969,* les sanctions prennent effet le jour de leur notification à la personne concernée.

L'article 11 de l'arrêté royal du 10 janvier 1969 prévoit que si, lors du prononcé d'une sanction prévue aux articles 2 et 3, il est constaté qu'aucune sanction n'a été infligée au contrevenant dans l'année qui précède, il peut être décidé qu'il sera sursis à l'exécution de la sanction pendant un délai d'un an à compter de la date du prononcé. Si pendant ce délai, il est relevé à charge de l'intéressé(e) un nouveau manquement, les diverses sanctions seront cumulées.

Il est constant que l'octroi (ou non) d'un sursis, qu'il soit total ou partiel :

- relève de la compétence de pleine juridiction reconnue aux tribunaux du travail,
- est une manière de moduler ou de modérer la sanction prononcée,
- participe d'une nature identique au pouvoir reconnu aux juridictions sociales d'apprécier la hauteur de la sanction qui doit être infligée à condition qu'il n'existe aucune disposition légale expresse réservant cette capacité au pouvoir discrétionnaire de l'administration.

En l'espèce, la décision du 4 juillet 2002 respecte scrupuleusement le prescrit des dispositions précitées.

4-3 Cette décision respecte de surcroît la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs qui prévoit que :

- article 2 : les actes administratifs des autorités administratives doivent faire l'objet d'une motivation formelle,
- article 3 : la motivation exigée consiste en l'indication, dans l'acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. *Elle doit être adéquate.*

Si une disposition légale prévoit une motivation formelle, celle-ci revêt un caractère substantiel, et le défaut sur ce point entraîne la nullité de l'acte qui comporte, *ce que l'on appelle communément en telle hypothèse,* un vice de forme *(voir CEREXHE et VAN DE LANOTTE dans « L'obligation de motiver les actes administratifs », La Charte, pp. 5 à 7 ainsi que p. 16).*

L'acte administratif entrepris respecte néanmoins les exigences strictement formelles posées par la loi du 29 juillet 1991.

En effet, cette décision *(voir la pièce reprise sous la rubrique n° 14 de la farde elle-même référencée sous le n° 29 du dossier de la procédure du premier degré inscrit au rôle général sous le n° 61.106/R) :*

- énonce clairement les faits constitutifs d'infractions,
- reprend l'exposé de la base légale qui la sous-tend,
- enfin, expose les motifs fondant la hauteur de la sanction de manière adéquate ou proportionnée aux éléments de fait et de droit *(l'exercice frauduleux d'une activité d'ouvrier jardinier sans autorisation ou déclaration préalable pendant une longue période de cinq années à raison de trois jours par semaine).*

Par identité de motifs, il ne paraissait pas judicieux de faire application d'un quelconque sursis à l'exécution des sanctions, mais au contraire de les confirmer purement et simplement.

…

COUR DU TRAVAIL DE GAND, section de Bruges, 12 décembre 2008

Présidente : Mme DEBAENST – Avocat général : Mme VERHOFSTADT

Loi coordonnée du 14.7.1994, article 37, § 12 – A.M. du 5.4.1995, article 2, § 15 - MRPA – Intervention de l'assurance – Communication normes de qualité – Délai – Compétence liée de l'INAMI
Code judiciaire, article 1017, alinéa 2 – Loi du 11.4.1995, article 2, 7° - Dépens – CPAS – Pas titulaire

Les organismes assureurs interviennent, via une allocation journalière pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière, dans les frais des prestations effectuées par les maisons de repos et de soins et par les maisons de repos pour personnes âgées. Pour pouvoir bénéficier de cette intervention, les maisons de repos pour personnes âgées doivent remplir certaines normes de qualité. Les données à ce sujet doivent être transmises deux fois par an à l'INAMI. Les délais de transmission sont prescrits sous peine de déchéance du droit à l'intervention forfaitaire. L'INAMI dispose en l'occurrence d'une compétence liée et ne peut y déroger, pas même pour des raisons d'équité.

La disposition selon laquelle les pouvoirs publics sont toujours condamnés aux dépens en cas d'actions intentées par ou contre l'assuré social ne vaut pas pour l'action contre le CPAS. Le CPAS n'est en effet pas titulaire au sens de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la « Charte de l'assuré social ».

CPAS c./INAMI
(R.G. 06/162)

…

6. Beoordeling

6.1. Het algemeen juridisch kader waarbinnen de mutualiteiten tegemoetkomen in de kosten van de verstrekkingen die door rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden voor bejaarden worden verleend werd volledig uiteengezet in het bestreden vonnis onder punt 5.1. en in het schriftelijk advies van het openbaar ministerie onder punt 6.2.

Het Arbeidshof beaamt en herneemt hierbij de uiteenzetting opgenomen in het schriftelijk advies van het openbaar ministerie.

Voor alle duidelijkheid wordt hierna opnieuw het algemeen juridisch kader vermeld waarbinnen de mutualiteiten tegemoetkomen in de kosten van de verstrekkingen die door rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden voor bejaarden worden verleend.

Meer bepaald somt artikel 34 van de Wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (afgekort Ziektewet) de verstrekkingen op in de kosten waarvan de ziektekostenverzekering tegemoetkomt.

Het betreft o.a.:

- de verstrekkingen die verleend worden door rust- en verzorgingstehuizen (art. 34, 11°, van de Ziektewet);

- de verstrekkingen die verleend worden door de rustoorden voor bejaarden (art. 34, 12°, van de Ziektewet).

De mutualiteiten komen dus tegemoet in de kosten van de verstrekkingen die verleend worden door rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden voor bejaarden.

Vervolgens bepaalt artikel 35, § 1, 5de alinea, van de Ziektewet dat de Koning de in artikel 34, 11° en 12°, bedoelde verstrekkingen alsmede de voorwaarden waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kostprijs van die verstrekkingen, dient te omschrijven.

Verder bepaalt artikel 37, § 12, 1ste alinea, van de Ziektewet dat de Minister, op voorstel van het Verzekeringscomité, het bedrag van de tegemoetkoming dient vast te stellen voor de in artikel 34, 11° en 12° bedoelde verstrekkingen alsmede de voorwaarden voor die tegemoetkoming.

Ten slotte bepaalt artikel 37, § 12, 2de alinea, van de Ziektewet dat de personen die recht hebben op de verstrekkingen die worden verleend door rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden voor bejaarden, geen aanspraak meer kunnen maken op een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen waarin is voorzien in artikel 35 van deze Wet, en die deel uitmaken van het verstrekkingenpakket dat de Koning overeenkomstig artikel 34, eerste lid, 11° en 12°, van deze Wet heeft vastgesteld. De toekenning van een verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen verleend door rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden voor bejaarden verhindert m.a.w. elke bijzondere tegemoetkoming van de ziekteverzekering in de kosten van geneeskundige verzorging die is opgenomen in het verstrekkingenpakket van rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden voor bejaarden.

De verstrekkingen van rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden voor bejaarden waarvoor van de mutualiteiten een tegemoetkoming kan worden bekomen en de voorwaarden waaronder deze tegemoetkoming kan worden verkregen, worden verder gespecificeerd in het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 (tot uitvoering van de Wet van 14.7.1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen), meer bepaald in de artikelen 147 t.e.m. 153.

Artikel 147, § 1 en § 2, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 somt alle verstrekkingen op waaruit het verstrekkingenpakket van een rust- en verzorgingstehuis en een rustoord voor bejaarden bestaat.

De tussenkomst van de mutualiteiten voor de in artikel 34, 11° en 12°, van de Ziektewet bedoelde verstrekkingen bestaat uit een dagelijkse tegemoetkoming die “tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven” wordt genoemd (art. 147, § 3, van het K.B. van 3.7.1996).

Deze dagelijkse tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt wat de rust- en verzorgingstehuizen betreft toegekend aan de inrichting voor de rechthebbenden die beantwoorden aan de in de artikelen 148 en 151 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 vastgelegde voorwaarden.

Deze dagelijkse tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven wordt wat de rustoorden voor bejaarden betreft toegekend aan de inrichting voor de rechthebbenden die beantwoorden aan de in de artikelen 150 en 151 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 vastgelegde voorwaarden.

Het Ministerieel besluit van 5 april 1995 geeft wat de rustoorden voor bejaarden betreft uitvoering aan artikel 37, 12°, van de Ziektewet.

(Het betreft het) Ministerieel besluit van 5 april 1995 tot vaststelling van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de in artikel 34, 12°, van dezelfde Wet bedoelde verstrekkingen. Het Ministerieel besluit van 5 april 1994 werd inmiddels met ingang van 1 januari 2004 opgeheven en vervangen door het Ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden.

Artikel 1 van dit Ministerieel besluit legt het bedrag vast van de dagelijkse tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in de rustoorden voor bejaarden.

Opdat deze tegemoetkoming zou kunnen worden toegekend, dienen de rustoorden voor bejaarden aan een aantal kwaliteitsnormen te voldoen. Deze kwaliteitsnormen staan opgesomd in artikel 2, § 1 t.e.m. § 10, van het Ministerieel besluit van 5 april 1995 en hebben betrekking op personeelsbezetting, het aantal rechthebbenden per afhankelijkheidscategorie en de continuïteit van de dienstverlening.

Cruciaal in de betwisting tussen de partijen zijn vervolgens artikel 2, § 13 en artikel 2, § 15, van het Ministerieel besluit van 5 april 1995.

Tegen 30 april en 31 oktober van elk jaar, moet elke inrichting aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, op een document dat door deze dienst wordt overgemaakt aan de inrichtingen, de volgende gegevens bezorgen voor respectievelijk de periode van 1 oktober tot 31 maart of van 1 april tot 30 september:

- per kwartaal, het aantal ligdagen per categorie waarvoor de in artikel 1 vastgestelde tegemoetkoming is aangerekend;
- per kwartaal, de namen van de leden van het verpleegkundig, verzorgend en paramedisch personeel en hun aantal gepresteerde dagen in de inrichting (art. 2, § 13, 1ste alinea, van het M.B. van 5.4.1995).

De rustoorden voor bejaarden moeten dus de gegevens over de kwaliteitsnormen tweemaal per jaar meedelen aan het RIZIV aan de hand van door het RIZIV opgemaakte vragenlijsten.

Die gegevens moeten worden bezorgd met een ter post aangetekende brief in de vorm van een verklaring op erewoord, die door de verantwoordelijke persoon van de inrichting is ondertekend (art. 2, § 13, 2de alinea, van het M.B. van 5.4.1995).

Op basis van deze gegevens gaat het RIZIV na of het rustoord voor bejaarden gedurende de verstreken periode van 1 oktober tot 31 maart of van 1 april tot 30 september, heeft voldaan aan de kwaliteitsnormen en worden de tegemoetkomingen bepaald die deze inrichting kan in rekening brengen gedurende de periode van respectievelijk 1 juli tot 31 december of 1 januari tot 30 juni (art. 2, § 13, 3de alinea, van het M.B. van 5.4.1995). De vragenlijsten hebben tot doel na te gaan of de instelling aan de kwaliteitsnormen voldoet inzake personeelsbezetting, aantal rechthebbenden per afhankelijkheidscategorie en continuïteit van de dienstverlening.

Op basis van de verstrekte gegevens stelt het RIZIV dus het bedrag vast van de tegemoetkoming die het rustoord voor bejaarden kan factureren aan de mutualiteiten.

Opdat het rustoord voor bejaarden de tegemoetkoming zou kunnen factureren aan de mutualiteiten, dient het eerst de toelating te krijgen van het RIZIV.

Volgens artikel 2, § 15, van het Koninklijk besluit van 5 april 1995 moeten de vragenlijst, alsook de verantwoordingsstukken die, overeenkomstig de bepalingen van dit besluit, dit document moeten vergezellen, op straffe van verval van het recht op de forfaitaire tegemoetkoming aankomen op de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, ten laatste op 31 maart, wanneer het de toekenning van de forfaitaire tegemoetkomingen van 1 januari tot 30 juni van hetzelfde jaar betreft (document dat de gegevens bevat van het 2de en 3de trimester van het voorgaand jaar) en, ten laatste 30 september, wanneer het de toekenning van de forfaitaire tegemoetkomingen van 1 juli tot 31 december betreft (document dat de gegevens bevat van het 4de trimester van het voorgaand jaar en het 1ste trimester van het aan de gang zijnde jaar).

Met betrekking tot de rust- en verzorgingstehuizen is een identieke regeling terug te vinden in het Ministerieel besluit van 19 mei 1992 (…) tot vaststelling van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, (…) met ingang van 1 januari 2004 opgeheven en vervangen door het Ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in rustoorden voor bejaarden".

6.2. Het hoofdberoep

6.2.1. *In casu* staat het vast dat het OCMW, meer bepaald S. S. als dagelijks verantwoordelijke (directeur) van het rustoord C. de vragenlijsten van maart 2000 en van oktober 2000 niet tijdig indiende bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. Deze vragenlijsten moesten immers worden ingediend binnen de vervaltermijnen, namelijk respectievelijk uiterlijk op 30 september 2000 en uiterlijk op 31 maart 2001. Door deze niet tijdige indiening kwam het recht van het OCMW om de forfaitaire tegemoetkomingen te factureren aan de mutualiteiten te vervallen (art. 2, § 15, van het K.B. van 5.4.1995 en art. 2, § 9, van het M.B. van 19.5.1992).

6.2.2. De vraag is of de fouten van S. S. kunnen worden aangerekend aan het OCMW zelf en in welke mate het OCMW er de gevolgen van dient te dragen.

Het OCMW voert aan dat hij geen enkele fout heeft aan het niet indienen van de vragenlijsten door de dagelijkse verantwoordelijke van het rustoord, die plots en moedwillig na 12 jaar tewerkstelling deze lijsten niet meer invulde. Het is pas in juni dat het OCMW daarmee werd geconfronteerd zodat het een vorm van overmacht uitmaakt.

Vast staat:

- dat S. S. in 1987 werd aangesteld als dagelijkse verantwoordelijke van het rustoord C. en dat hij als directeur een leidinggevende functie uitoefende;
- dat de indiening van kwestieuze lijsten tot zijn opgedragen en toebedeelde bevoegdheid behoorde en dat hij aldus daarvoor verantwoordelijk was;
- dat S. S. binnen de perken van zijn functie, tijdens de dienst en uit hoofde van de dienst een fout beging in de uitoefening van zijn taken doordat hij deze vragenlijsten niet indiende;
- dat S. S. onder het gezag, leiding en toezicht van het OCMW stond.

Uit deze gegevens blijkt dat S. S. een deel van het overheidsgezag uitoefende en derhalve een orgaan is van het OCMW, zodat de fouten van S. S. in de uitoefening van de hem toevertrouwde bevoegdheden rechtstreeks toegerekend worden aan het OCMW zelf. Zoals de eerste rechter terecht stelt worden de fouten of handelingen of rechtshandelingen van het als overheidsorgaan te beschouwen personeelslid gelijkgesteld met de fouten of handelingen of rechtshandelingen van de publiekrechtelijke rechtspersoon zelf (zie de rechtspraak en rechtsleer geciteerd door het openvaar ministerie: Cass. 30.1.1961, *Pas.* 1961, I, 570; Cass. 27.5.1963, *Pas.* 1963, I, 1933, geciteerd onder noot 148 in bijdrage van Prof. dr. A. VAN OEVELEN, "De nieuwe Wet op de aansprakelijkheid van en voor ambtenaren, de Wet van 10.2.2003", uitg. Kluwer, H. Bocken, ed. nr. 74 en zie rechtspraak en rechtsleer geciteerd door de eerste rechter W. VAN GERVEN, "Algemeen Deel: Beginselen van Belgisch Privaatrecht", Standaard Uitgeverij, Antwerpen/Utrecht 1969, nr. 56, A. MAST, J. DUJARDIN, M. VAN DAMME en J. VAN DE LANOTTE, *Overzicht van het Belgisch Administratief recht,* Antwerpen, uitg. Kluwer 1999, p. 759-760, nr. 789).

Door de orgaantheorie of leer van de organieke vertegenwoordiging worden de fouten begaan door S. S. binnen de perken van de hem toebedeelde bevoegdheid, dus rechtstreeks toegerekend aan het OCMW zelf.

Ten onrechte wordt door het OCMW aangevoerd dat, terwijl het invullen en het overmaken van vermelde vragenlijsten effectief tot de bevoegdheid van S. S. behoorde, de moedwillige en plotse niet-invulling en niet-overmaking van de lijsten, nadat hij dit gedurende 12 jaar wel deed, impliceert dat hij desbetreffende buiten de perken van zijn toebedeelde bevoegdheid handelde.

Door het niet uitoefenen of niet verrichten van opdrachten en bevoegdheden heeft S. S. in zijn hoedanigheid van orgaan van het OCMW ontegensprekelijk gehandeld binnen de perken van de toebedeelde bevoegdheid. Deze taken behoorden immers tot zijn bevoegdheid zodat het foutief uitoefenen ervan niet buiten de toebedeelde bevoegdheid valt.

Samen met de eerste rechter is het Arbeidshof van oordeel dat aangezien de door S. S. begane fouten in de uitoefening van de hem toevertrouwde bevoegdheden rechtstreeks toegerekend worden aan het OCMW zelf, deze fouten op zichzelf geen overmachtsituatie kunnen uitmaken voor de publiekrechtelijke rechtspersoon (vgl. Cass. 24.2.1974, *R.W.* 1973-1974, 2496 - geciteerd door de eerste rechter). Dat het OCMW in de absolute onmogelijkheid zou hebben verkeerd om tijdig de door de heer S. begane fouten te ontdekken, kan dus niet als overmacht worden ingeroepen.

6.2.3. Bijkomend is het OCMW van mening, dat er *in casu* sprake is van een manifest rechtsmisbruik in hoofde van het RIZIV, die zich uitsluitend op een "(tijds)formaliteit" beroept om de terugbetaling waarop hij recht had te ontzeggen, die geen schade leed door de laattijdige indiening en die deze fondsen voor geen andere oorzaak kan aanwenden. Het OCMW wijst erop dat de vragenlijsten in de loop van de procedure toch nog correct ingevuld werden (in de mate van het mogelijke) en overgemaakt werden, zodat het normdoel is bereikt en het nadeel voor de gemeente totaal disproportioneel is aan de iets laattijdige indiening van de lijsten.

De termijnen van indiening van kwestieuze lijsten zijn voorgeschreven op straffe van verval van het recht op forfaitaire tegemoetkoming (art. 2, § 15, van het M.B. van 5.4.1995). Desbetreffend beschikt het RIZIV over een gebonden bevoegdheid en kan het van deze wettelijke bepalingen niet afwijken, ook niet omwille van billijkheidsredenen of omwille van de redenen ingeroepen door het OCMW.

In deze omstandigheden kan er geen sprake zijn van enig rechtsmisbruik in hoofde van het RIZIV.

6.2.4. Zeer terecht oordeelde de eerste rechter dat aangezien het OCMW niet binnen de wettelijk bepaalde termijnen de ingevulde vragenlijsten van maart 2000 en oktober 2000 overgemaakt heeft aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, het recht om de forfaitaire tegemoetkomingen te factureren aan de mutualiteiten vervallen is voor de periode van 1 juli 2000 tot en met 30 juni 2001 en dit bij toepassing van artikel 2, § 15, van het Ministerieel besluit van 5 april 1995.

Het hoger beroep is aldus ongegrond.

6.3. Het incidenteel beroep

Het RIZIV stelt dat het OCMW als zorgverlener geen gerechtigde is in de zin van artikel 1017, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek, zodat toepassing dient te worden gemaakt van artikel 1017, eerste lid, van het Gerechtelijke Wetboek.

Het openbaar ministerie overweegt in zijn uitvoerig geschreven advies wat volgt: “Daar waar voorheen het begrip “gerechtigde” in artikel 1017, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek niet was omschreven, werd dit tweede lid vervangen door de nieuwe alinea’s 2 en 3 bij artikel 129 van de Wet van 13 december 2006 (B.S. 22.12.2006, ed. 2) en alinea 2 gewijzigd bij artikel 128 van de Programmawet (1) van 27 december 2006 (B.S. 28.12.2006, ed. 3) inwerkingtreding 1 april 2007.
Dit artikel 1017, tweede lid, bepaalt thans letterlijk: *“Behalve wanneer het geding roekeloos of tergend is, wordt de overheid of de instelling belast met het toepassen van de wetten en verordeningen bedoeld in de artikelen (579, 6°), 580, 581, 582, 1° en 2° terzake van vorderingen ingesteld door of tegen de sociaal verzekerde persoonlijk, steeds in de kosten verwezen. Met sociaal verzekerden worden bedoeld: de sociaal verzekerden in de zin van artikel 2, 7°, van de Wet van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest van de sociaal verzekerde”. Dit artikel 2, 7°, van de Wet van 11 april 1995 bepaalt vervolgens letterlijk: sociaal verzekerden: “de natuurlijke personen die recht hebben op sociale prestaties, er aanspraak op maken of er aanspraak op kunnen maken, hun wettelijke vertegenwoordigers en hun gemachtigden”*, m.a.w., het OCMW is dus geen gerechtigde in de zin van vermelde wettelijke bepalingen”. Het Arbeidshof neemt deze overweging tot de zijne en aanziet ze als voldoende motivering van zijn beslissing desbetreffend.

Het OCMW wordt bij toepassing van artikel 1017, eerste lid, verwezen in de kosten van beide aanleggen.

De nieuwe Wet van 21 april 2007 betreffende de verhaalbaarheid en de kosten verbonden aan de bijstand van de advocaat is pas in werking getreden op 1 januari 2008 (art. 10 van het K.B. van 26.10.2007, B.S. 9.11.2007) en is bijgevolg niet van toepassing op de kosten van het geding in eerste aanleg, die correct werden begroot door de eerste rechter. Het RIZIV vordert bijgevolg ten onrechte als rechtsplegingsvergoeding voor de procedure in eerste aanleg een bedrag van 1 200 EUR.

Met de Wet van 21 april 2007 vormt de rechtsplegingsvergoeding voortaan een forfaitaire tegemoetkoming in de kosten en erelonen van een advocaat van de in het gelijk gestelde partij, zodat andere kosten (ondermeer de uitgavenvergoeding), niet meer in aanmerking komen en niet meer worden vergoed.

Het Arbeidshof merkt ook op dat, aangezien in procedures voor de arbeidsgerechten geen rolrechten worden geheven, het OCMW ten onrechte rolrechten als kosten heeft begroot.

Het incidenteel beroep is aldus grotendeels gegrond.

…

COUR DU TRAVAIL DE BRUXELLES, 11 décembre 2008

Présidente : Mme BALIS

Règlement européen 1408/71 – Loi coordonnée du 14.7.1994, articles 128, 130 et 131 – Sécurité sociale européenne – Conditions d'assujettissement – Assurance invalidité – Indemnité au prorata

Le droit aux indemnités du travailleur ayant travaillé en Belgique et en Allemagne doit être examiné sur la base du règlement 1408/71.

La réglementation européenne prévoit la constitution des périodes d'assurance ou des périodes de travail accomplies dans les différentes réglementations nationales, tant pour l'ouverture que pour le maintien et le calcul du droit aux indemnités, en vue de la protection du travailleur migrant.

Le travailleur doit toutefois remplir les conditions d'assujettissement de l' État membre où il fait valoir son droit aux indemnités. L'INAMI fait donc à juste titre référence aux conditions fixées dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et que le travailleur doit remplir pour pouvoir prétendre à une indemnité au prorata dans le cadre de l'assurance invalidité belge.

INAMI c./H.P.
(R.G. 46.590)

…

Standpunt van het RIZIV

- De Europese Verordening nr. 1408/71, genomen in toepassing van artikel 42 (vroeger art. 51 van het EG-verdrag) heeft geen algemeen stelsel van sociale zekerheid opgezet, doch bevat enkel bepalingen ter coördinatie van de verschillende nationale stelsels.

- De Belgische uitkeringsverzekering met betrekking tot het ingaan van het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen blijft van toepassing, maar wordt aangevuld door de voorschriften van de Verordening nr. 1408/71, die de samentelling van verschillende verzekeringstijdvakken mogelijk maakt.

- Bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid op 1 januari 1995 voldeed de heer H. niet aan de Belgische verzekeringsvoorwaarden inzake wachttijd en behoud van recht als bepaald in artikelen 128 en 130, van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 en bovendien waren op dat ogenblik meer dan 30 dagen verstreken tussen de begindatum van zijn arbeidsongeschiktheid en zijn laatste verzekeringsdag (art. 131 van de Wet van 14.7.1994). Hij heeft na 31 augustus 1969 geen tijdvakken van verzekering meer vervuld in het raam van de Duitse pensioenverzekering en is sinds 31 juli 1985 niet meer onderworpen geweest aan de Belgische uitkeringsverzekering.

- In tegenstelling tot wat de Arbeidsrechtbank overwoog, moeten de voorschriften van artikel 45, lid 1 en artikel 40, lid 3, worden toegepast, zoals bepaald in artikel 46, lid 2, van de Verordening, vooraleer de *pro rata*-berekening kan worden gemaakt.

- Het is de Duitse wet die bepaalt of een tijdvak als tijdvak van verzekering of een daarmee gelijkgesteld tijdvak kan worden beschouwd.

- Bij zijn terugkeer in Duitsland heeft de heer H. geen verzekeringstijdvakken meer vervuld, zodat hij de door de Belgische wetgeving voorziene wachttijd niet opnieuw kon vervullen en evenmin kon voldoen aan de bepalingen i.v.m. behoud van rechten.

Standpunt van de heer H.

De heer H. meent dat in het bestreden vonnis terecht werd geoordeeld dat hij aanspraak kan maken op een Belgische *pro rata*-invaliditeitsuitkering, aangezien op grond van de samentellingsregel, de periode tijdens dewelke hij invaliditeitsuitkeringen in Duitsland heeft genoten, voorafgaandelijk aan zijn aanvraag moet worden gelijkgesteld met een periode van arbeidsongeschiktheid volgens de Belgische wet, zodat aan de 30-dagen-regel (van art. 131 van de gecoördineerde Wet van 14.7.1994) is voldaan.

Uit artikel 40, lid 3, a, ii, van de Verordening 1408/71 vloeit voort dat het tijdvak vanaf wanneer hij in Duitsland invaliditeitsuitkeringen ontving, beschouwd moet worden alsof het een tijdvak betreft waarvoor hem uitkeringen wegens ziekte zijn verleend krachtens de Belgische wetgeving, zodat aan de Belgische wetgeving volgens hem is voldaan. Het tijdvak vanaf 1 juli 1995 geldt als een tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, naar Belgisch recht, zo stelt hij, zodat hij recht heeft op een geprorateerde Belgische invaliditeitsuitkering.

Hij meent echter dat de Arbeidsrechtbank ten onrechte heeft geoordeeld dat hij slechts vanaf 1 januari 1996 aanspraak zou kunnen maken op de Belgische *pro rata*-invaliditeitsuitkering, overeenkomstig artikel 46, lid 2, van de Verordening, hetzij na een periode van 1 jaar primaire arbeidsongeschiktheid.

Volgens hem dient de Belgische *pro rata*-uitkering te worden toegekend vanaf 1 juli 1995, ingangsdatum van de Duitse invaliditeitsrente, overeenkomstig artikel 40, lid 3, b, ii, van de Verordening 1408/71.

Daar de Duitse bevoegde instelling besliste dat hij recht had op invaliditeitsuitkeringen vanaf 1 juli 1995, volgt daaruit volgens hem dat hij voldeed aan de verzekeringsvoorwaarden in Duitsland en dat derhalve voldaan is aan alle voorwaarden van toekenning volgens de Belgische wetgeving.

*
* *

III. BEOORDELING

1. Ontvankelijkheid

Nu geen betekeningsakte van het beroepen vonnis wordt voorgebracht, kan worden aangenomen dat het hoger beroep dat naar vorm regelmatig is, werd ingeleid binnen de door de wet bepaalde termijn en derhalve ontvankelijk is. Het incidenteel hoger beroep is eveneens ontvankelijk.

2. Ten Gronde

De heer H. heeft arbeidsprestaties verricht in Duitsland en België. Zijn recht op uitkeringen moet derhalve worden onderzocht op basis van de Verordening 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de gemeenschap verplaatsen, overeenkomstig artikel 2 van die Verordening en van Verordening 574/72.

Die Verordening beoogt de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels van de lidstaten, waarbij de nationale wetgevingen blijven bestaan doch enkel worden aangevuld om eventuele leemten op te vangen die het vrij verkeer van werknemers binnen de gemeenschap nadelig zouden beïnvloeden (D. PIETERS, Situering van het Europese zekerheidsrecht, in Europees socialezekerheidsrecht, commentaar, Antwerpen, Maklu 1988, p. 26).

Als uitgangspunt geldt artikel 42, a), van het EG-Verdrag waarin voorzien is in de samentelling van verzekeringsperiodes of periodes van arbeid onder de verschillende nationale regelingen volbracht, zowel voor wat betreft de opening als voor het behoud van het recht op uitkeringen en de berekening ervan met het oog op de bescherming van de migrerende werknemer.

Het genot van vele socialezekerheidsprestaties is afhankelijk van het vervullen van tijdvakken van arbeid, verzekering of verblijf, zodat het migreren van de ene lidstaat naar de andere ernstige nadelen kan meebrengen voor de werknemers of hun gezinsleden indien zij de verworven of in opbouw zijnde rechten niet zouden kunnen behouden.

De samentelling van tijdvakken wordt aangevuld door de techniek van de proratisering van de uitkeringen tussen de verschillende lidstaten en de nationale bevoegde instellingen.

In Duitsland en België gelden inzake invaliditeitsuitkeringen verschillende stelsels. De Duitse regeling is een opbouwstelsel (type B), waarbij het bedrag van de uitkering afhankelijk is van de duur van de vervulde verzekeringstijdvakken en voor de opening van het recht niet is vereist dat de verzekeringstijdvakken in een bepaalde referteperiode onmiddellijk voor het intreden van de ongeschiktheid moeten zijn vervuld.

De Belgische regeling is een risicostelsel (type A), waarbij het bedrag van de uitkeringen onafhankelijk is van de duur van de verzekeringstijdvakken maar wel afhankelijk wordt gesteld van de voorwaarde dat de betrokkene gedurende een bepaalde tijd ziekte-uitkeringen heeft genoten en arbeidsongeschikt werd erkend.

Toepasselijke bepalingen

Artikel 40, lid 1, van de Verordening 1408/71 bepaalt dat:
"de werknemer of de zelfstandige die achtereenvolgens of afwisselend onderworpen is geweest aan de wetgevingen van twee of meer lidstaten, waarvan er ten minste één niet tot het in artikel 37, lid 2, bedoelde type behoort (waarmee de opbouwstelsels of pensioenstelsels worden bedoeld, zoals *in casu* het Duitse stelsel) *recht heeft op uitkeringen overeenkomstig de bepalingen van hoofdstuk 3 welke overeenkomstig van toepassing zijn, met inachtneming van lid 4"* (hfst. 3 betreft overlijden en pensioenen).

De Verordening voorziet in een *pro rata*-systeem. Daarbij gaat zij ervan uit dat er aanspraken dienen gecreëerd te worden ten opzichte van beide stelsels waaraan de werknemer onderworpen was *a rato* van de periode gedurende dewelke hij onder elk van de stelsels verzekerd was, in verhouding tot de totale verzekeringsduur vervuld in beide lidstaten. Als basis geldt dat de betrokkene recht heeft op een gedeeltelijke uitkering van het opbouwstelsel, naast een aanspraak op een *pro rata*-uitkering uit het risicostelsel, mits met behulp van de Verordening aan de toekenningsvoorwaarden van dat stelsel is voldaan (Y. JORENS, *Wegwijs in het Europees socialezekerheidsrecht,* Die Keure, p. 119).

Met het oog op het verkrijgen, het behoud of het herstel van het recht op uitkeringen, houdt men – voor zover nodig – rekening met alle tijdvakken van verzekering vervuld onder de wettelijke regelingen van andere lidstaten alsof deze tijdvakken krachtens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling zijn vervuld (art. 40, lid 1, *juncto* art. 45, lid 1, Verordening 1408/71).

Indien in een lidstaat met een risicostelsel de toekenning van een invaliditeitsuitkering afhankelijk wordt gesteld van de voorwaarde dat de betrokkene gedurende een bepaald tijdvak uitkeringen wegens ziekte heeft ontvangen, en arbeidsongeschikt is geweest, zoals in België het geval is, dient de regel van artikel 40, lid 3, van de Verordening 1408/71 te worden toegepast.

Krachtens die bepaling dient het uitvoeringsorgaan (het RIZIV dus) wanneer de betrokkene getroffen wordt door een arbeidsongeschiktheid met daaropvolgende invaliditeit terwijl de wettelijke regeling van een andere lidstaat op hem van toepassing is, rekening te houden met de tijdvakken van ziektegeld of invaliditeitsuitkering krachtens de wetgeving van die andere lidstaat, alsof het tijdvakken betrof waarover hem uitkeringen wegens ziekte waren verleend krachtens de wettelijke regeling van de eerste lidstaat of tijdens hetwelk hij arbeidsongeschikt was in de zin van deze wettelijke regeling.

Het recht op invaliditeitsuitkeringen zal pas ingaan na afloop van het bij deze wettelijke regeling vastgestelde voorafgaande tijdvak waarover uitkeringen wegens ziekte worden verleend, of na afloop van het bij deze wettelijke regeling vastgestelde voorafgaande tijdvak van arbeidsongeschiktheid, doch niet eerder dan wanneer het recht op uitkeringen wegens ziekte op grond van de wettelijke regeling van het opbouwstelsel verstrijkt of wanneer het recht op invaliditeitsuitkeringen onder deze laatste wettelijke regeling ingaat (art. 40, lid 3, b)).

Artikel 45, 5 (eveneens deel uitmakend van hfst. 3) bepaalt:

"Indien de wetgeving van een lidstaat het verkrijgen, het behoud of het herstel van het recht op uitkeringen afhankelijk stelt van een verzekeringsvoorwaarde op het tijdstip van de intreding van de verzekerde gebeurtenis, wordt deze voorwaarde geacht te zijn vervuld wanneer de betrokkene krachtens de wetgeving van een andere lidstaat verzekerd is volgens de voor elke betrokken lidstaat in bijlage VI vastgestelde wijze."

In bijlage VI is onder A.10 voor wat België betreft bepaald:

"Een werknemer of zelfstandige die in België verzekerd is geweest ingevolge de Belgische wetgeving nopens de ziekte- en invaliditeitsverzekering – waarbij de toekenning van het recht op uitkering mede onderworpen is aan de voorwaarde dat op het tijdstip waarop de verzekerde gebeurtenis zich voordoet de betrokkene verzekerd is, wordt met het oog op de toepassing van titel III, Hoofdstuk 3, van de Verordening geacht op het tijdstip waarop de verzekerde gebeurtenis zich voordoet, verzekerd te zijn, indien hij wegens hetzelfde risico ingevolge de wetgeving van een andere lidstaat verzekerd is."

Een tijdvak van verzekering wordt in artikel 1, r, van Verordening 1408/71, gedefinieerd als:

"de tijdvakken van premie- of bijdragebetaling, van arbeid of anders dan in loondienst verrichte werkzaamheden welke als zodanig worden omschreven of aangemerkt ingevolge de wetgeving waaronder zij zijn vervuld, of geacht worden te zijn vervuld, alsmede met deze tijdvakken gelijkgestelde tijdvakken, voor zover zij als zodanig door deze wetgeving zijn erkend".

Voor de toepassing van artikel 40, lid 3, a), (voormeld) van de Verordening 1408/71, is echter vereist dat voldaan is aan de verzekeringsvoorwaarden bepaald door de wetgeving van de lidstaat waar de werknemer zijn aanspraak laat gelden, in voorkomend geval met toepassing van artikel 45, 5, voor het intreden van de verzekerde gebeurtenis.

De bepalingen van de Verordening met betrekking tot de samentelling voorziet geen regeling met betrekking tot de andere voorwaarden waaraan de lidstaten de opening van het recht mogen onderwerpen.

Het komt de wetgeving van elke lidstaat toe de onderwerpingsvoorwaarden aan de regeling of een tak van de regeling te bepalen (S. VON RAPENBUSCH; *Securité sociale travailleurs Européens*, De Boeck Univ. 2001, p. 141; Hof van Justitie 28.2.1989, Jur. '89, 581).

Daaruit moet worden afgeleid dat ongeacht de mogelijkheid om tijdvakken van verzekering volgens de Duitse wetgeving, gelijk te stellen met Belgische tijdvakken, moet worden vastgesteld dat de heer H. voor de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid niet beschikte over de hoedanigheid van gerechtigde overeenkomstig artikel 86, § 1, van de gecoördineerde Wet van 14.7.1994. In Duitsland ontbraken immers verzekeringstijdvakken ingevolge zijn langdurig verblijf in India. Hij was ook niet vrijwillig verzekerd gebleven. Bij zijn terugkeer was hij werkloos zonder gerechtigd te zijn op werkloosheidsuitkeringen.

De uitbetaling van een invaliditeitsuitkering op grond van de Duitse wettelijke regeling is enkel het gevolg van het opbouwsysteem waarin het recht ontstaat op basis van in het verleden vervulde tijdvakken.

Terecht stelt het RIZIV bijgevolg dat de voorwaarden bepaald in artikelen 128, 130 en 131, van de gecoördineerde ZIV-Wet van 14.7.1994 moeten vervuld zijn vooraleer de heer H. aanspraak kan maken op een *pro rata*-uitkering binnen de Belgische invaliditeitsregeling.

Artikel 128 van de gecoördineerde ZIV-Wet van 14.7.1994 bepaalt (inzake wachttijd):

"Om het recht op de in titel IV bedoelde prestaties te verkrijgen moeten de in artikel 86, § 1, bedoelde gerechtigden in de volgende voorwaarden een wachttijd volbrengen:

1° over een periode van 6 maanden die de datum van het verkrijgen van het recht voorafgaat, een door de Koning vastgesteld aantal arbeidsdagen totaliseren. De dagen van inactiviteit welke kunnen gelijkgesteld worden met arbeidsdagen worden door de Koning omschreven;

2° onder de door de Koning bepaalde voorwaarden het bewijs leveren dat met betrekking tot dezelfde periode de bijdragen voor de sector uitkeringen werkelijk betaald werden; deze bijdragen moeten een door de Koning vastgesteld minimumbedrag bereiken of moeten onder de door Hem bepaalde voorwaarden met persoonlijke bijdragen worden aangevuld.

Artikel 130 bepaalt verder de voorwaarden voor behoud van het recht.

Artikel 131 van de gecoördineerde ZIV-Wet bepaalt ten slotte dat de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid slechts verschuldigd zijn aan de gerechtigden op voorwaarde dat er geen doorlopend tijdvak van meer dan dertig dagen verlopen is tussen de aanvangsdag van hun arbeidsongeschiktheid en de laatste dag van een tijdvak waarover zij de in artikel 86, § 1, bedoelde hoedanigheid van gerechtigde hadden, of als arbeidsongeschikt erkend waren in de zin van deze gecoördineerde Wet.

Nu aan deze voorwaarden niet is voldaan, heeft het RIZIV- een correcte beslissing genomen.

…