

KONINKRIJK BELGIE.

ROYAUME DE BELGIQUE.

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE.

AVIS DU CONSEIL D'ETAT.

De RAAD VAN STATE, afdeling wetgeving, eerste kamer, de 17e maart 1970 door de Minister van Sociale Voorzorg verzocht hem, binnen een termijn van ten hoogste drie dagen, van advies te dienen over een voorstel van wet "tot wijziging van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering", heeft de 27e maart 1970 het volgend advies gegeven :

Le CONSEIL D'ETAT, section de législation, première chambre, saisi par le Ministre de la Prévoyance sociale, le 17 mars 1970, d'une demande d'avis, dans un délai ne dépassant pas trois jours, sur une proposition de loi "modifiant la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité", a donné le 27 mars 1970 l'avis suivant :

I. Het voorstel wil aan de verzekeringsinstellingen de bevoegdheid verlenen om in rechte op te treden ter verdediging van de rechten welke de verzekerden en hun rechthebbenden ontleenen aan de wetgeving inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering, in zover zij die rechten kunnen doen gelden tegenover degenen die geneeskundige verzorging verlenen.

Zoals in de toelichting wordt aangemerkt, is de voorgestelde tekst "geïnspireerd door de bepalingen van artikel 4 van de wet van 5 december 1968 betreffende de collectieve arbeids-overeenkomsten die een vergelijkbare bevoegdheid verleent aan de representatieve werknemersorganisaties". Luidens dit artikel mogen de organisaties inderdaad in rechte optreden "ter verdediging van de rechten welke haar leden putten in de door haar gesloten overeenkomsten", dit zijn de collectieve arbeids-overeenkomsten.

De wetgever heeft dus reeds aanvaard dat wordt afgeweken van het algemeen rechtsbeginsel dat ieder persoonlijk of door zijn wettige vertegenwoordiger dient op te komen voor de verdediging van zijn eigen rechten.

De auteurs van het voorstel onderstrepen dat de bevoegdheid van de verzekeringsinstellingen om in rechte op te treden niet steunt "op een vertegenwoordiging van hun leden in het proces" maar dat hun bevoegdheid "volkomen autonoom" is. Hiermee herinneren zij aan de ontleding die de Raad van State van het overeenkomstige artikel 4 van de wet van 5 december 1968 heeft gemaakt :

"Deze bepaling verleent aan de vakorganisaties een volkomen autonome bevoegdheid om de rechten van hun leden voor de rechtbanken te verdedigen. Zij behoeven daarvoor geen opdracht van hun leden en zij zouden desnoods tegen de wil van deze laatste in, in rechte kunnen optreden" (Senaat, 1966-1967, Gedr. St., nr. 148, blz. 131).

In dit opzicht moet aan onderhavig voorstel dezelfde draagwijdte worden toegekend als aan artikel 4 van de wet van 5 december 1968.

Wanneer de wetgever de verzekeringsinstellingen belast met de verdediging van de rechten van hun leden, verruimt hij hun bevoegdheid die zij hebben in hun hoedanigheid van uitvoeringsorgaan van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Die hoedanigheid kan worden ingepast in het verzekeringsstelsel zoals het door de wet van 9 augustus 1963 is opgebouwd.

Beginsel van de wet is, dat de prestaties van de verzekering de kosten voor geneeskundige verzorging geheel of in een door de wet bepaalde verhouding dekken (wet van 9 augustus 1963, artikel 25). De verzekering mist haar doel, wanneer de kosten die de verzekerde werkelijk moet betalen, het bedrag waarop de tegemoetkoming is berekend, overtreffen. Daarom wordt bij het vaststellen van het bedrag der uitkering uitgegaan van een bepaald tarief van de kosten die de verzekerde voor geneeskundige verzorging moet betalen, en is het verzekeringsstelsel gebouwd op de hypothese dat degenen die de verzorging verlenen, die tarieven ook werkelijk toepassen.

Om die tarieven te doen toepassen heeft de wetgever een systeem uitgewerkt, waarbij degenen die de verzorging verlenen, zich ertoe verbinden die tarieven na te leven.

Die tarieven worden vastgesteld bij overeenkomst of in een akkoord, dat gesloten wordt door de vertegenwoordigers van degenen die de verzorging verlenen en de verzekeringsinstellingen (zie wet van 9 augustus 1963, artikelen 26 en volgende).

Onverminderd de vele verschilpunten, vertonen die overeenkomsten en akkoorden toch ook in belangrijke mate overeenstemming met de collectieve arbeidsovereenkomsten. Zij worden aangegaan door organisaties en instellingen, die geacht worden representatief te zijn voor alle betrokkenen en zij zijn principieel bindend voor particuliere personen die bij het sluiten van de overeenkomst of het akkoord niet betrokken zijn geweest (zie onder meer Kamer, 1969-1970, Gedr. St., nr. 585/4, blz. 5).

Bij het sluiten van die overeenkomsten en akkoorden, die onder meer de tarieven van de kosten voor geneeskundige verzorging vaststellen, treden de verzekeringsinstellingen op naast de vertegenwoordigers van degenen die de verzorging verlenen. Wanneer men dit stelsel vergelijkt met de collectieve arbeidsovereenkomsten, moeten de verzekeringsinstellingen geacht worden de partijen te zijn die de verzekerden vertegenwoordigen. In dit opzicht kan hun positie dus wel vergeleken worden met die van de werknemersorganisaties.

Wanneer men dan de vergelijking met de wetgeving op de collectieve arbeidsovereenkomsten verder doortrekt, kan het ook verantwoord worden dat de verzekeringsinstellingen de rechten van hun leden kunnen verdedigen tegenover degenen die de verzorging verlenen, zoals de werknemersorganisaties de rechten van hun leden tegenover de werkgevers verdedigen.

II. Wat de omvang van de beschermde rechten betreft, artikel 4 van de wet van 5 december 1968 is zeer algemeen : de werkgevers- en werknemersorganisaties kunnen optreden ter verdediging van alle rechten welke haar leden putten in de door haar gesloten collectieve arbeidsovereenkomsten.

.../...

Het voorstel is in dit opzicht uiteraard beperkter : de verzekeringsinstellingen kunnen optreden in zover hun leden uit de ziekte- en invaliditeitsverzekering rechten kunnen doen gelden tegenover degenen die geneeskundige verzorging verlenen. De aanspraken op de eigenlijke prestaties van de verzekering komen daarvoor vanzelfsprekend niet in aanmerking, aangezien de verzekerden deze precies tegenover hun verzekeringsinstelling moeten doen gelden, zodat zij in die geschillen tegenover elkaar staan.

In de toelichting bij hun voorstel verduidelijken de auteurs welke rechten zij op het oog hebben als volgt :

"Het komt vaak voor dat de sociaal verzekerden aarzelen een vordering in te stellen en inactief blijven ten opzichte van de verstrekkers van zorgen, die zich niet schikken naar de uit de wet van 9 augustus 1963 voortvloeiende verplichtingen, die de geldende tarieven niet naleven of weigeren de nodige getuigschriften af te leveren ...

Daarom verleent onderhavig voorstel de verzekeringsinstellingen de bevoegdheid om een vordering in te stellen ter verdediging van de individuele en collectieve belangen van hun leden".

Om de tarieven en andere verplichtingen te doen naleven, voorziet de wetgeving in verschillende sancties.

In de eerste plaats kunnen strafsancties worden opgelegd, wanneer de verplichtingen, en in zekere mate ook de tarieven, niet worden nagekomen (wet van 14 februari 1961, artikel 57; wet van 9 augustus 1963, artikel 103).

.../...

Vanzelfsprekend is er geen uitdrukkelijke wetsbepaling nodig om de verzekeringsinstellingen toe te laten klacht neer te leggen bij de bevoegde gerechtelijke overheid, wanneer zij van een strafrechtelijk gesanctioneerde inbreuk kennis krijgen. Hetzelfde geldt, mutatis mutandis, de bijzondere sanctie voorgeschreven door artikel 44 van de wet van 14 februari 1961, luidens hetwelk de verzekeringsinstellingen verbod kan worden opgelegd uitkeringen te betalen voor geneeskundige verzorging verleend door een persoon of een instelling die de wetgeving niet in acht heeft genomen.

De naleving van de tarieven kan in de tweede plaats worden afgedwongen door een vordering tot terugbetaling van het bedrag dat degene die de verzorging heeft verleend, teveel heeft aangerekend. Opdat deze vordering ook door de verzekeringsinstelling zou kunnen worden ingesteld, is de goedkeuring van het voorstel noodzakelijk.

Ten slotte kan de naleving van de tarieven worden afgedwongen door strafbedingen. De artikelen 33, § 2, en 34, § 8, bepalen dat de overeenkomsten en akkoorden "voorzien in strafbedingen als bedoeld in de artikelen 1226 tot en met 1233 van het Burgerlijk Wetboek welke mogen toegepast worden op ieder persoon, elke verzekeringsinstelling, verplegingsinrichting of verzorgingsinstelling die de bepalingen van de overeenkomst waarbij hij partij is, niet nakomt", alsmede "op de geneesheer of de tandheeskundige die de bepalingen van de door hem aangegane verbintenissen niet naleeft".

.../...

De verzekerde heeft het recht de toepassing van het strafbeding te vorderen. Indien het voorstel wordt goedgekeurd, zal ook de verzekeringsinstelling die vordering kunnen instellen.

Een voorbeeld van strafbeding komt voor in het akkoord tot stand gekomen in de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen tussen de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de geneesheren en de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen. Onder rubriek K bepaalt § 6 :

"In geval de bij dit akkoord vastgestelde honoraria of reisvergoedingen worden overschreden, mag de rechthebbende van de geneesheer een vaste vergoeding vorderen gelijk aan driemaal het bedrag van de overschrijding, met een minimum van 500 frank" (Kamer, 1969-1970, Gedr. St., nr. 584/4, blz. 20).

Voorzeker, de toepassing van dit strafbeding is facultatief en de verzekerde is niet verplicht ze te vorderen. Dit is overigens een algemeen kenmerk van het strafbeding. Want luidens het Burgerlijk Wetboek kan de schuldeiser "in plaats van de bedongen straf te vorderen tegen de schuldenaar die in gebreke is, nakoming van de hoofdverbintenis eisen" (artikel 1228). "Hij kan niet tegelijk het nakomen van de hoofdverbintenis en de straf vorderen, tenzij deze voor de enkele vertraging bedongen is" (artikel 1229).

Dit facultatief karakter neemt evenwel niet weg dat de verzekerde het recht heeft de toepassing van het strafbeding te vorderen. Wanneer in voornoemde § 6 van het akkoord het woord "mag" wordt gebruikt, betekent dit, dat de verzekerde het recht heeft de vergoeding te vorderen.

Wanneer het voorstel dan aan de verzekeringsinstelling de bevoegdheid geeft op te komen voor de verdediging van de rechten van haar rechthebbenden, mag zij ook in de plaats van de rechthebbende optreden om diens recht op toepassing van het strafbeding te doen erkennen, "desnoods tegen de wil van deze laatste in" (zie het advies van de Raad van State, geciteerd onder I).

In dit opzicht bestaat geen verschil met de vordering tot terugbetaling van het teveel betaalde honorarium. De verzekerde is evenmin verplicht die terugbetaling te eisen - als particulier beschikt hij vrij over zijn rechten - en toch mag de verzekeringsinstelling, desnoods tegen de wil van de betrokkene in, die vordering instellen.

Indien het voorstel wordt goedgekeurd, mag de verzekeringsinstelling dus evengoed de naleving van het tarief als de toepassing van het strafbeding eisen.

Alleen ontstaat er een moeilijkheid, wanneer de verzekerde zelf een vordering tot terugbetaling van het teveel betaalde honorarium zou instellen, terwijl de verzekeringsinstelling de toepassing van het strafbeding vraagt. Volgens artikel 1229 van het Burgerlijk Wetboek kunnen beide immers niet tegelijk gevorderd worden. Aangezien de eis van de verzekeringsinstelling ertoe strekt om de in het strafbeding bepaalde vergoeding te doen betalen niet aan haar zelf maar aan de verzekerde, kan deze die vergoeding niet bekomen wanneer hij nakoming van de hoofdverbintenis eist. In deze hypothese moet de vordering van de verzekeringsinstelling dus worden afgewezen. Dit gebeurt dan echter niet omdat de verzekeringsinstelling niet bevoegd is om in rechte op te treden, maar omdat haar vordering rechtsgrond mist met toepassing van artikel 1229 van het Burgerlijk Wetboek.

Welke ook de draagwijdte van het voorstel is, er mag niet uit het oog worden verloren dat het in het voorstel uitsluitend gaat om de toekenning van de bevoegdheid om in rechte op te treden. De vraag of de rechthebbende een bepaald recht heeft dat aan de vordering van de verzekeringsinstelling de nodige rechtsgrond verleent, komt daarbij niet aan de orde (vergelijk het advies van de Raad van State bij artikel 4 van de wet van 5 december 1968, Senaat, 1966-1967, Gedr. St. nr. 148, blz. 134).

III. Hoewel de tekst van het wetsvoorstel niet gewaagt van de rechtsmacht die bevoegd is om van de bedoelde vorderingen kennis te nemen, moge deze vraag volledigheidshalve toch worden onderzocht, omdat de toelichting een standpunt daaromtrent inneemt : "De arbeidsrechtbanken (artikel 580, 2°, van het Gerechtelijk Wetboek) zullen van 1 oktober 1970 af bevoegd zijn om kennis te nemen van de ingestelde vorderingen".

Luidens genoemd artikel 580, 2°, neemt de arbeidsrechtbank kennis "van geschillen betreffende de rechten en verplichtingen van werknemers en leerlingen en hun rechtverkrijgenden, welke voortvloeien uit de wetten en verordeningen bedoeld onder 1°". Deze laatste betreffen onder meer "de wetgeving inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering".

Onder deze omschrijving vallen ongetwijfeld de in het voorstel bedoelde vorderingen, aangezien het gaat om "rechten welke haar rechthebbenden ... putten uit de bepalingen van deze wet (dit is de wet van 9 augustus 1963 op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering) en haar uitvoeringsbesluiten, alsook uit de in deze wet bedoelde overeenkomsten en akkoorden".

.../...

Weliswaar worden deze overeenkomsten en akkoorden niet uitdrukkelijk vermeld in artikel 580. Niettemin betreft het hier regelingen die ter uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 zijn genomen. Zij vallen dus mede onder het zeer ruime begrip "wetgeving inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering" in de zin van artikel 580, 1°. De rechten die voortvloeien uit die overeenkomsten en akkoorden, zijn dan ook "rechten ... welke voortvloeien uit de wetten en verordeningen bedoeld onder 1°" in de zin van artikel 580, 2°.

Volgens laatstgenoemde bepaling staan de in het voorstel bedoelde rechtsvorderingen dus wel degelijk ter kennisneming van de arbeidsrechtbanken. Alleen moeten daaraan worden toegevoegd de artikelen 580, 3°, en 581, 1°, van het Gerechtelijk Wetboek, in zover de rechthebbenden geen werknemers of leerlingen zijn.

I. La proposition tend à habiliter les organismes assureurs à ester en justice pour la défense des droits que les assurés et leurs ayants droit empruntent à la législation en matière d'assurance contre la maladie et l'invalidité, pour autant qu'ils puissent faire valoir ces droits à l'égard des dispensateurs des soins de santé.

Ainsi que le relèvent les développements, le texte proposé "s'inspire des dispositions de l'article 4 de la loi du 5 décembre 1968, relative aux conventions collectives du travail, qui octroient une compétence comparable aux organisations représentatives des travailleurs". Aux termes de cet article, ces organismes peuvent, en effet, ester en justice "pour la défense des droits que leurs membres puisent dans les conventions conclues par elles", c'est-à-dire dans les conventions collectives de travail.

Le législateur a donc déjà admis une dérogation au principe général de droit en vertu duquel chacun doit, en vue de la défense de ses intérêts propres, agir personnellement ou par son représentant légal.

Les auteurs de la proposition soulignent que la qualité reconnue aux organismes assureurs pour ester en justice "ne se fonde pas sur une représentation de leurs affiliés au procès" mais est "tout à fait autonome". Ils rappellent ainsi l'analyse que le Conseil d'Etat a faite de l'article 4 de la loi du 5 décembre 1968 précité:

"Cette disposition reconnaît aux organisations syndicales capacité pour défendre de manière absolument autonome les intérêts de leurs membres devant les tribunaux. Elles n'ont pas besoin d'être mandatées à cette fin par leurs membres. A la rigueur, elles pourraient

.../...

même ester en justice contre la volonté de ceux-ci"
(Sénat 1966-1967, Doc. parl., n° 148, p. 131).

A cet égard, il convient d'attribuer à la présente proposition la même portée qu'au susdit article 4 de la loi du 5 décembre 1968.

En chargeant les organismes assureurs de la défense des droits de leurs membres, le législateur élargit la compétence dont ils sont investis de par leur qualité d'organe d'exécution de l'assurance maladie-invalidité.

Cette extension de compétence peut s'intégrer dans le cadre du régime d'assurance tel qu'il a été établi par la loi du 9 août 1963.

La loi est fondée sur le principe que les prestations de l'assurance couvrent le coût des soins de santé soit pour la totalité soit dans une proportion que la loi détermine (loi du 9 août 1963, article 25). L'assurance n'atteindrait pas son but si les frais que l'assuré doit effectivement exposer dépassaient le montant sur la base duquel l'intervention est calculée. C'est ce qui explique que le montant de l'intervention est déterminé en fonction d'un tarif des frais que l'assuré doit exposer pour bénéficier de tels ou tels soins de santé et que le régime d'assurance est bâti sur l'hypothèse que les dispensateurs de soins appliquent effectivement ces tarifs.

Pour garantir qu'il en soit ainsi, le législateur a mis au point un système dans lequel les dispensateurs des soins s'engagent à respecter les tarifs en question.

.../...

Ceux-ci sont fixés par voie de convention ou dans un accord conclu entre les représentants des dispensateurs de soins et les organismes assureurs (voir la loi du 9 août 1963, articles 26 et suivants).

Bien qu'ils en diffèrent à de multiples égards, ces conventions et accords présentent d'importantes analogies avec les conventions collectives de travail. Comme celles-ci, elles sont conclues par des organisations et des établissements qui sont réputés représentatifs de l'ensemble des intéressés et, en principe, elles s'imposent à des particuliers qui n'ont pas été associés à la conclusion de la convention ou de l'accord (voir, entre autres, Chambre 1969-1970, Doc. parl., n° 585/4, p.5).

Dans la conclusion de ces conventions ou accords, qui fixent notamment le tarif des soins de santé, les organismes assureurs négocient avec les représentants des dispensateurs de soins. Quand on rapproche ce système de celui des conventions collectives de travail, on est amené à considérer les organismes assureurs comme les parties qui représentent les assurés. A cet égard, leur position peut se comparer à celle des organisations de travailleurs.

Poussé plus loin, le rapprochement avec la législation sur les conventions collectives de travail justifie également que les organismes assureurs aient qualité pour défendre les droits de leurs membres à l'égard des dispensateurs de soins, tout comme les organisations de travailleurs défendent les intérêts de leurs membres à l'égard des employeurs.

.../...

II. En ce qui concerne l'étendue des droits protégés, l'article 4 de la loi du 5 décembre 1968 a une portée très générale : les organisations d'employeurs et les organisations de travailleurs peuvent ester en justice pour la défense de tous droits que leurs membres puisent dans les conventions collectives de travail conclues par elles.

A cet égard, la proposition est forcément plus limitée : les organismes assureurs ne peuvent agir que dans la mesure où leurs membres peuvent, en vertu de l'assurance maladie-invalidité, faire valoir des droits à l'égard des dispensateurs de soins de santé. Ne sont pas visés par là, cela va de soi, les droits aux prestations proprement dites de l'assurance puisque c'est précisément à l'égard de leur organisme assureur que les assurés doivent faire valoir ces droits, en sorte que, dans des litiges ayant cet objet, ils s'opposent à lui.

Dans les développements de leur proposition, les auteurs précisent comme suit les droits qu'ils ont en vue :

"Il arrive assez souvent que les assurés sociaux hésitent à introduire une action et restent inactifs vis-à-vis des dispensateurs de soins qui ne respectent pas les obligations résultant de la loi du 9 août 1963, ni les tarifs en vigueur ou refusent de délivrer les attestations de soins.....

C'est pourquoi la présente proposition habilite les organismes assureurs à ester en justice pour la défense des intérêts individuels et collectifs de leurs membres".

La législation prévoit plusieurs sanctions destinées à assurer le respect des tarifs et autres obligations.

Des sanctions pénales peuvent, tout d'abord, être infligées lorsque les obligations et aussi, dans une certaine mesure, les tarifs ne sont pas respectés (loi du 14 février 1961, article 57; loi du 9 août 1963, article 103). Point n'est besoin, évidemment, d'une disposition légale expresse pour que les organismes assureurs soient autorisés à déposer plainte auprès de l'autorité judiciaire compétente lorsqu'ils ont connaissance d'une infraction sanctionnée pénalement. Il en est de même, mutatis mutandis, pour la sanction spéciale portée par l'article 44 de la loi du 14 février 1961, en vertu duquel les organismes assureurs peuvent se voir interdire le paiement de prestations du chef de soins de santé dispensés par une personne ou par un établissement qui ne se serait pas conformé à la législation.

Le respect des tarifs peut, en deuxième lieu, être obtenu par la voie d'une action en répétition du trop perçu par les dispensateurs de soins. Pour que cette action puisse également être exercée par l'organisme assureur, le vote de la proposition est indispensable.

Enfin, le respect des tarifs peut être assuré par des clauses pénales. Les articles 33, §§ 2 et 34, § 8, disposent que les conventions et accords "prévoient des clauses pénales au sens des articles 1226 à 1233 du Code civil qui peuvent être appliquées à toute personne, organisme assureur, établissement hospitalier ou institution de soins qui ne respecte pas les dispositions de la convention à laquelle il est partie" ainsi

"qu'au médecin ou au praticien de l'art dentaire qui ne respecte pas les dispositions de l'engagement qu'il a souscrit".

Le droit d'exiger l'application de la clause pénale appartient à l'assuré. Si la présente proposition est adoptée, il reviendra aussi à l'organisme assureur.

On trouve un exemple de clause pénale dans l'"accord intervenu au sein de la Commission nationale médico-mutualiste entre des représentants des organisations représentatives du corps médical et les représentants des organismes assureurs", qui prévoit au § 6 de la rubrique K :

"En cas de dépassement des honoraires ou des indemnités de déplacement fixés par le présent accord, le bénéficiaire peut réclamer au médecin une indemnité forfaitaire s'élevant à trois fois le montant du dépassement, avec un minimum de 500 francs" (Doc. parl. Chambre, 1969-1970, n° 585/4, p.20).

Il est vrai que l'application de cette clause pénale est facultative et que l'assuré n'est nullement obligé de la réclamer. C'est d'ailleurs là une caractéristique générale des clauses pénales puisque, en vertu du Code civil, le créancier, "au lieu de demander la peine stipulée contre le débiteur qui est en demeure, peut poursuivre l'exécution de l'obligation principale (article 1228). "Il ne peut demander en même temps le principal et la peine à moins qu'elle n'ait été stipulée pour le simple retard" (article 1229).

Ce caractère facultatif de la clause pénale n'enlève toutefois rien au droit de l'assuré d'en exiger l'application. Si le § 6 de l'accord précité emploie le mot "peut", cela signifie que l'assuré a le droit de réclamer l'indemnité.

Dès lors que la proposition habilite l'organisme assureur à ester en justice pour défendre les droits de ses bénéficiaires, cet organisme pourra aussi agir en lieu et place de ceux-ci en vue de faire reconnaître leur droit à l'application de la clause pénale "à la rigueur contre leur volonté" (voir l'avis du Conseil d'Etat cité au I).

Il n'y a aucune différence , à cet égard, avec l'action en répétition du trop perçu en honoraires. Ici, non plus, l'assuré n'est pas obligé d'exercer cette action en répétition - en tant que particulier il dispose librement de ses droits - et, cependant, il est loisible à l'organisme assureur d'exercer cette action, le cas échéant, contre la volonté de l'intéressé.

L'adoption de la proposition aura pour conséquence que l'organisme assureur pourra tout autant exiger le respect du tarif que l'application de la clause pénale.

Il n'y aura de difficulté que dans le cas où l'assuré lui-même intenterait une action en répétition du trop perçu en honoraires alors que l'organisme assureur, quant à lui , poursuivrait l'application de la clause pénale. Or, en vertu de l'article 1229 du Code civil, l'une et l'autre ne peuvent être demandées en même temps. Etant donné que la demande de l'organisme assureur tend à faire payer l'indemnité prévue par la clause pénale non pas à

l'organisme lui-même mais à l'assuré, celui-ci ne pourra pas obtenir cette indemnité s'il exige le respect de l'obligation principale. Dans cette hypothèse, l'organisme assureur devra être débouté de son action. Mais il le sera, non pas parce qu'il n'a pas qualité pour ester en justice, mais parce que, en application de l'article 1229 du Code civil, son action manque de fondement juridique.

Quelle que soit la portée de la proposition, il importe de ne pas perdre de vue qu'il s'agit uniquement de la reconnaissance de la qualité d'ester en justice. La question de savoir si le bénéficiaire possède quelque droit qui soit de nature à procurer à l'action de l'organisme assureur le fondement requis ne se pose pas ici (Cfr. l'avis du Conseil d'Etat concernant l'article 4 de la loi du 5 décembre 1968, Sénat 1966-1967, Doc. parl. n° 148, p. 134).

III. Bien que le texte de la proposition de loi ne fasse pas état de la juridiction compétente pour connaître des actions visées, il convient, pour être complet, d'examiner cette question puisqu'aussi bien les auteurs de la proposition prennent position sur ce point dans les développements de celle-ci : "A partir du 1er octobre 1970, les tribunaux du travail (article 580, 2°, du Code judiciaire) seront compétents pour prendre connaissance des actions introduites".

Aux termes de l'article 580, 2°, précité, le tribunal du travail connaîtra "des contestations relatives aux droits et obligations des travailleurs salariés .

et apprentis et de leurs ayants droit résultant des lois et règlements prévus au 1^o". Ceux-ci visent, entre autres, la "législation en matière d'assurance obligatoire maladie-invalidité".

Il n'est pas douteux que les actions visées par la proposition entrent dans cette définition puisqu'il s'agit de "droits dont disposent leurs bénéficiaires ... en vertu des dispositions de la présente loi (c'est-à-dire de la loi du 9 août 1963 sur l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité) et de ses arrêtés d'exécution, ainsi qu'en vertu des conventions et accords visés par la présente loi".

Sans doute, ces conventions et accords ne sont-ils pas mentionnés expressément à l'article 580. Il ne s'agit pas moins de réglementations qui sont prises en exécution de la loi du 9 août 1963 et qui, dès lors, tombent sous la notion, très large, de "législation en matière d'assurance obligatoire maladie-invalidité" au sens de l'article 580, 1^o. Aussi les droits qui dérivent de ces conventions et accords constituent-ils des "droits ... résultant des lois et règlements prévus au 1^o" au sens de l'article 580, 2^o.

En vertu de cette dernière disposition, les actions visées par la proposition relèveront donc bien de la compétence des tribunaux du travail. Il convient toutefois de compléter la disposition par une référence aux articles 580, 3^o, et 581, 1^o, du Code judiciaire, dans la mesure où les bénéficiaires ne seraient ni des travailleurs salariés ni des apprentis.

De kamer was samengesteld uit

La chambre était composée de

de Heren : F.LEPAGE,
Messieurs :

voorzitter van de Raad van State,
président du Conseil d'Etat,

H.BUCH,
H.ADRIAENS,

staatsraden,
conseillers d'Etat,

J.DE MEYER,

bijzitters van de afdeling
wetgeving,

W.VEROUGSTRAETE, assesseurs de la section
de législation,

M.JACQUEMIJN,

adjunct-griffier,
greffier adjoint,

griffier.
greffier.

De overeenstemming tussen de
Nederlandse en de Franse tekst
werd nagezien onder toezicht van
de H.F.LEPAGE.

Het verslag werd uitgebracht
door de H.H.LENAERTS, auditeur.

La concordance entre la ver-
sion néerlandaise et la version
française a été vérifiée sous le
contrôle de M.F.LEPAGE,

Le rapport a été présenté
par M.H.LENAERTS, auditeur.

DE GRIFFIER

LE GREFFIER,

DE VOORZITTER

LE PRESIDENT,

(get.) M.JACQUEMIJN.

(get.) F.LEPAGE.