KONINKRIJK BELGIE.

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE.

De RAAD VAN STATE, afdeling wetgeving, eerste kamer, de 21e mei 1966 door de Minister van Sociale Voorzorg verzocht hem, binnen een termijn van ten hoogste drie dagen, van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit "tot vaststelling van maximumtarieven van honoraria en prijzen voor sommige geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering", heeft de 26e mei 1966 het volgend advies gegeven :

ROYAUME DE BELGIQUE.

AVIS DU CONSEIL D'ETAT.

Le CONSEIL D'ETAT, section de législation, première chambre, saisi par le Ministre de la Prévoyance sociale, le 21 mai 1966, d'une demande d'avis, dans un délai ne dépassant pas trois jours, sur un projet d'arrêté royal "fixant des tarifs maximums d'honoraires et de prix pour certaines prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité", a donné le 26 mai 1966 l'avis suivant :

1. Onder de essentiële rechtsverhoudingen die in het kader van de wetgeving op de verplichte verzekering tegen de door ziekte of invaliditeit nodig gemaakte verzorgingskosten een regeling behoeven, komen ongetwijfeld in de eerste plaats in aanmerking de verhoudingen tussen de dokters - waarmede hier zowel de tandheelkundigen als de geneesheren worden bedoeld - , de verzekerden of gerechtigden en de ziekenfondsen - waarmede hier alle verzekeringsorganismen worden bedoeld - , en zulks met betrekking tot de vaststelling enerzijds van het honorarium waarop de dokter naar recht aanspraak kan maken en anderzijds van het aandeel in de betaling van dat honorarium dat eensdeels aan de ziekenfondsen wordt opgelegd en anderdeels ten laste van de verzekerde wordt gelaten.

Die rechtsverhoudingen worden thans vastgesteld volgens vrij ingewikkelde mekanismen, die in hoofdzaak beschreven worden eensdeels in de artikelen 25 en 34 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering - hierna genoemd "de wet" -, zoals die artikelen werden gewijzigd door de wetten van 24 december 1963 en 8 april 1965, en anderdeels in artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel - de zogenaamde eenheidswet -, waarnaar door de geciteerde artikelen 25 en 34 van de wet van 9 augustus 1963 wordt verwezen.

.../...

2. Op dit ogenblik worden de hiervoor bedoelde rechtsverhoudingen nader geregeld door een koninklijk besluit van 24 januari 1966, dat niet aan de afdeling wetgeving van de Raad van State voor advies werd onderworpen en dat werd genomen op grond van de hiervoor aangehaalde wetsbepalingen. Dit koninklijk besluit stelt in de eerste plaats vast - zulks overeenkomstig artikel 34, § 13, eerste lid, van de wet - dat op 1 januari 1966 het vroeger met de dokters gesloten akkoord vervallen is en niet door een nieuw akkoord werd vervangen. In de tweede plaats bepaalt dat koninklijk besluit op grond van artikel 52 van de eenheidswet de maximumtarieven z van de aan de dokters verschuldigde honoraria en zulks ten aanzien van alle verzekerden, zij het dat die maxima in absolute cijfers niet voor alle dokters dezelfde zijn, aangezien de bevroren honoraria van de niet tot het akkoord toegetreden dokters kunnen verschillen van de honoraria, bepaald in het vervallen akkoord.

Betreffende de verzekeringstegemoetkoming wordt in het koninklijk besluit van 24 januari 1966 niets bepaald, wat ten volle overeenstemt met het systeem van de wet, aangezien de wet zelf regelt hoe het bedrag van die tegemoetkoming moet worden berekend : volgens artikel 25, § 1, eerste lid, dat het hoofdbeginsel van de wet dienaangaande onder woorden brengt, bedraagt die tegemoetkoming 75 t.h. van het geldend tarief.

Weliswaar heeft het feit dat het koninklijk besluit van 24 januari 1966 niet voor alle dokters eenvormige maxima vaststelt tot gevolg dat er enige onzekerheid ontstaat betreffende de vraag op welke maxima juist de

.../...

verzekeringstegemoetkoming moet worden berekend ; in werkelijkheid is het echter wel zo dat die tegemoetkoming wordt berekend op de voordien bij het vervallen akkoord vastgestelde honoraria, verhoogd met 5 t.h.

3. Het opzet van het aan de Raad van State voorgelegde ontwerp bestaat erin, aan de zoëven in haar grote lijnen geschetste regeling een einde te stellen en ze te vervangen door een andere, die op het volgende neerkomt.

De Regering ziet er van af de dokters nog aan door haar bepaalde maximumtarieven te binden, zodat voortaan iedere dokter vrij - dit wil zeggen volgens de regelen van het contractenrecht van het gemeenrecht - zijn honoraria zal kunnen vaststellen.

Voor sommige categorieën van verzekerden - de minder-bedeelden bedoeld in de artikelen 1 tot en met 4 van het ontwerp - wordt evenwel van dit beginsel van vrije vaststelling van de honoraria afgeweken en bepaalt het ontwerp voor alle dokters uniform geldende maximumhonoraria, onder het enig voorbehoud dat in artikel 5 van het ontwerp wordt omschreven.

Wat nu de verzekeringstegemoetkoming betreft, wordt de berekening ervan beschreven in artikel 6 van het ontwerp : die tegemoetkoming wordt niet alleen voor de categorieën van minder-bedeelde verzekerden waarvoor in artikel 1 tot en met 3 maximumhonoraria worden vastgesteld, maar voor alle verzekerden, dus ook voor de gewone verzekerden, berekend door de in artikel 25 van de wet gegeven verhoudingsgetallen zonder onderscheid toe te passen op de

.../...

in de artikelen 1 tot 3 van het ontwerp uitsluitend voor de minder-bedeelden bepaalde maximumtarieven.

Naar de opvatting van de Regering - en die opvatting komt inderdaad niet enkel tot uiting in de wijze waarop artikel 6 is gesteld maar werd bovendien nog door de gemachtigde ambtenaar bevestigd -,moet de hiervoor aangegeven wijze van berekenen van de verzekeringstegemoetkoming niet worden beschouwd als door het voorgenomen besluit gewild en opgelegd, maar integendeel als de eenvoudige beschrijving van de rechtsgevolgen die vanzelf en direct uit de artikelen 34, § 13, tweede lid,en 25,§§ 1, 4 en 7, van de wet voortkomen. Indien het voorgenomen besluit die wijze van berekenen uitdrukkelijk in een artikel 6 van het ontwerp vermeldt,dan is dat alleen om iedere aarzeling en ieder misverstand bij degenen die voor de betaling van die verzekeringstegemoetkoming instaan, met betrekking tot de berekening van die tegemoetkoming weg te nemen. Artikel 6 is, in die opvatting, geen door de Koning tot uitvoering van de wet gestelde norm, doch eenvoudig een bij koninklijk besluit gegeven interpretatieve toelichting van de wet, ten hoogste een richtsnoer, een instructie, voor de correcte toepassing van de wet.

4. Indien artikel 6 bij aandachtige lezing inderdaad geredigeerd blijkt te zijn alsof het enkel een interpretatieve richtlijn en geen echte zelfstandige norm bevat, dan is het nochtans niet direct duidelijk hoe de Regering tot haar opvatting over wat zij beschouwt als de ware strekking van artikel 6 is kunnen komen.

.../...

Volgens de gemachtigde ambtenaar komt de redenering, die aan de opvatting van de Regering ten grondslag ligt, op het volgende neer :

Uit artikel 34, § 13, eerste lid, van de wet blijkt, dat in de periode die ligt tussen het vervallen van het laatste akkoord over de dokterstarieven en het sluiten van een nieuw akkoord, de Regering bevoegd is de door artikel 52 van de eenheidswet mogelijk gemaakte overheidsmaatregelen te nemen, dit wil zeggen, maximumtarieven voor de doktershonoraria te bepalen. Niets echter verplicht de Regering die maatregelen te nemen. Er is ook geen enkele tekst die bepaalt dat, indien de Regering maatregelen neemt, zij maatregelen voor alle categorieën van verzekerden moet treffen. Partiële maatregelen, dit wil zeggen maatregelen voor een enkele of voor een beperkt aantal categorieën van verzekerden, zijn derhalve wettig denkbaar, zodat de Regering door haar maatregelen ten aanzien van de honoraria rechtmatig differentiële regimes voor de verschillende categorieën van verzekerden kan doen ontstaan, met het gevolg dat de kosten van identieke en door de verzekering gedekte prestaties van categorie tot categorie van verzekerden kunnen verschillen.

Het differentieel regime voor de tarieven ontstaan ingevolge Regeringsmaatregelen blijft echter zonder effect op de berekening van de verzekeringstegemoetkoming (maar niet, dit spreekt vanzelf, op de berekening van het persoonlijk aandeel van de verzekerden). Het is immers zo dat artikel 34, § 13, tweede lid, van de wet bepaalt dat, indien er Regeringsmaatregelen zijn genomen, zonder daarbij te specifiëren welke, de verzekeringstegemoetkoming in functie van die maatregelen wordt berekend.

.../...

Welnu artikel 34, § 13, tweede lid, zegt niet uitdrukkelijk dat de berekening van de verzekeringstegemoetkoming voor een verzekerde, behorend tot een bepaalde categorie, moet geschieden in functie van de maatregelen die specifiek voor die categorie van verzekerden zijn genomen. Artikel 34, § 13, tweede lid, zegt ook niet dat het alleen maar van toepassing is als er maatregelen voor alle verzekerden zijn getroffen. De Regering leidt dan uit die ontstentenis van nadere specificering van de voorwaarden waarin zij haar bevoegdheid moet of kan uitoefenen af dat het voldoende is dat zij, op grond van artikel 52 van de eenheidswet, maatregelen, zelfs voor één enkele categorie van verzekerden zou hebben genomen opdat de door artikel 34, § 13, tweede lid, bedoelde hypothese ten volle zou zijn verwezenlijkt, met het gevolg dat in zo een geval de verzekeringstegemoetkoming niet alleen kan maar moet worden berekend op de door de Regering in haar maatregelen vastgestelde maximumtarieven en zulks niet alleen voor de categorieën van verzekerden waarvoor die maxima gelden, maar ook voor die categorieën waarvoor geen maxima zijn bepaald en die eventueel hogere prijzen voor doktershulp moeten betalen.

Impliciet houdt de Regering met haar opvatting staande dat het differentieel regime dat zij door haar maatregelen ten aanzien van de honoraria invoert, geen uniform regime voor de berekening der verzekeringstegemoetkoming in de weg staat, zodat die tegemoetkoming zou kunnen worden berekend niet op de prijs die een bepaald verzekerde zelf betaalt, maar op de prijs die volgens de Regering aan een ander soort verzekerde mag worden gevraagd,

.../...

met het gevolg dat het persoonlijk aandeel, dat ten laste van de verzekerde blijft, van categorie tot categorie zou verschillen en zulks niet overeenkomstig de voorzieningen opgenomen in artikel 25 van de wet, maar volgens de onbepaalde en onbepaalbare evolutie van de vrij vastgestelde dokters-honoraria.

Het is die hiervoor samengevatte opvatting die de Regering enerzijds ertoe brengt in het ontwerp uitsluitend maximumhonoraria voor de gekende categorieën van minder-bedeelden onder de verzekerden vast te stellen, maar haar anderzijds doet staande houden dat de verzekeringstegemoet-koming voor alle categorieën zonder onderscheid op die voor enkele categorieën vastgestelde maxima moet worden berekend, met het gevolg dat de vaststelling van het persoonlijk aandeel der verzekerden, indien ze niet tot de categorie der minder-bedeelden behoren, van de bepalingen van artikel 25 van de wet wordt losgemaakt.

Dat de juistheid van die opvatting van de Regering niet direct en op het eerste gezicht als evident voorkomt, blijkt wel uit het feit dat de Regering het heeft nodig geacht die opvatting in een artikel 6 van het ontwerp onder woorden te brengen, alhoewel zulks logischerwijze overbodig is en het in feite ongebruikelijk is in een koninklijk besluit verklaringen te verwerken waarin wordt uitgelegd hoe de wet moet worden begrepen en toegepast.

In de hiernavolgende uiteenzetting wordt nagegaan of de Regeringsopvatting in rechte kan worden bijgetreden, met andere woorden of de deducties die de Regering heeft afgeleid uit het niet ten volle geëxpliciteerd zijn van de voorwaarden waaronder zij de door artikel 52 van de

.../...

eenheidswet gegeven bevoegdheid mag hanteren, inderdaad met de essentiële beginselen van de wet van 9 augustus 1963 verenigbaar zijn.

5. Het fundamenteel beginsel van de verplichte verzekering tegen de door ziekte noodzakelijk gemaakte verzorgingskosten bestaat hierin dat aan de gerechtigden als tegenprestatie voor de bijdragen die door of voor hen worden gestort, de zekerheid wordt gegeven dat zij verzorging kunnen bekomen in zodanige voorwaarden dat enerzijds het grootste deel van de kosten wordt gedekt door de tegemoetkoming die op een of andere wijze door een ziekenfonds wordt verstrekt, maar dat hun anderzijds toch ook nog, binnen redelijke grenzen althans, de mogelijkheid wordt gewaarborgd om zich aan de zoëven geschetste voorwaarden door de dokter die zij vrij kiezen te laten verzorgen in die zin dat het aantal dokters die zich hebben verbonden om hun patiënten te behandelen aan de tarieven waarop de verzekeringstegemoetkoming wordt berekend, voldoende groot is om de verzekerden zo al geen absolute, dan toch een werkelijke vrijheid bij de keuze van hun dokter te laten.

Een enkele tijd lang werd die tegemoetkoming berekend op wat werd beschouwd als de normale prijs voor een bepaalde medische hulp of prestatie, dit is de courant en door het grootste aantal dokters gevraagde prijs voor die prestatie zonder dat die dokters evenwel in rechte - dit wil zeggen door dwingende, door de wet ingestelde prijsbepalende mekanismen - aan de eerbiediging van die zogenaamde normale prijs waren gehouden. Toen echter gebleken

.../...

was dat dat systeem aan heel wat verzekerden niet langer de door hen gezochte voordelen - waarvoor zij betaalden - in voldoende mate waarborgde, heeft de wetgever aan de Regering middelen ter beschikking willen stellen om in te grijpen wanneer zou blijken dat de aan de verzekerden gevraagde prijzen voor geneeskundige hulp en verstrekkingen zo hoog zouden oplopen dat het doel van de verzekering - in acht genomen de niet onbeperkte financiële middelen waarover de verzekeringsorganismen kunnen beschikken - niet meer zou worden bereikt doordat de verzekeringstegemoetkoming meestal niet meer het grootste deel van de verzorgingskosten zou dekken.

Het instrument waarover de wetgever op een bepaald ogenblik aan de Regering de beschikking heeft gegeven, is de in artikel 52 van de eenheidswet gegeven bevoegdheid om maximumhonoraria vast te stellen.

In dat verband past het volgende passussen aan te halen uit de voorbereiding van de wet van 14 februari 1961 :

a. Memorie van toelichting (Kamer, 1959-1960, Doc. 649/1, p. 30).

"De Regering wenst, dat op het stuk van geneeskundige verzorging doelmatige akkoorden, afgesloten tussen de geneesheren en de ziekteverzekering, aan de Minister van Sociale Voorzorg ter goedkeuring zouden kunnen voorgelegd worden. Het is echter een feit, dat jarenlang besprekingen aan de gang waren, zonder dat het tot een akkoord kon komen. De toestand zo zijnde, meent zij, dat het in het belang zelf van de werking van de verzekering nodig wordt over de vereiste macht te beschikken om op eigen gezag tarieven van honoraria en prijzen vast te stellen, en in de eerste plaats voor sommige prestaties waarvan de frekwentie al te hoog oploopt. Uitgaande van het bedrag van de terugbetaling der verzekering voor de prestatie, zal het tarief het maximumbedrag vaststellen

.../...

dat daar zal mogen bijgevoegd worden en dat het maximum door de verzekerde te dragen matigingsticket zal uitmaken".

b. Verslag van de Kamer (Kamer, 1959-1960, Doc.649/26, p.15).

"Het aldus vastgestelde maximumbedrag van bepaalde honoraria zal niet noodzakelijk in zijn geheel door de tussenkomst van de ziekteverzekering gedekt worden. Het zogenaamde matigingsticket zal dus blijven gelden, maar er zal een marge aangegeven worden, die niet mag worden overschreden. De Minister hoopt dat die speelruimte het misschien zal mogelijk maken een zekere concurrentie in het leven te roepen en aldus ook een zekere druk op de honoraria te verwezenlijken".

Uit die teksten mag men geredelijk aannemen dat het de bedoeling van de wet van 14 februari 1961 is geweest, het maximumbedrag van de geneesherenhonoraria steeds te koppelen aan het bedrag van tussenkomst lastens het verzekeringsorganisme.

6. Uitgaande van het zo uitgebouwde stelsel, dat echter aan kritiek van verschillende zijden blootstond, heeft men nadien getracht dat stelsel te verbeteren:en is men gekomen tot het systeem van de wet van 9 augustus 1963 dat, in zijn grote lijnen,op het volgende neerkomt.

In beginsel wordt het tarief van de doktershonoraria na georganiseerd overleg tussen de vertegenwoordigers van de bij de zaak betrokken organisaties in een collectieve tarievenovereenkomst vastgelegd, welke overeenkomst eerst door de Regering behoort te worden goedgekeurd en daarna aan alle dokters wordt toegezonden om van ieder van hen de individuele toetreding te bekomen die nodig is om de collectieve tarievenovereenkomst werkelijk toepasselijk te maken en derhalve ook om de verzekerden werkelijk de voordelen van de verzekering te bezorgen.

.../...

Nu is het wèl zo dat de wijze waarop de oorspronkelijke tekst van de wet van 9 augustus 1963 had bepaald hoe de collectieve tarievenovereenkomsten tot stand komen enig verschil vertoont met de wijze waarop de wet van 8 april 1965 dit probleem oplost, maar die verschillen nemen niet weg dat het grondpatroon nog steeds hetzelfde is, aangezien die verschillen enkel slaan op de modaliteiten van de akkoordvorming en op de terminologie : de modaliteiten verschillen in hoofdzaak hierin dat namens het medisch korps voortaan alleen nog vertegenwoordigers van meer compacte en strakker georganiseerde beroepsverenigingen spreken, terwijl, wat de terminologie aangaat, voortaan de collectieve tarievenovereenkomst "akkoord" wordt genoemd, zonder dat die nieuwe term iets wezenlijk nieuws aanduidt (zie hieromtrent verslaggever DE PAEPE in de openbare vergadering van de Kamer op 16 maart 1965, Annalen p. 4, en Minister LEBURTON in het Senaatsverslag, Sen.1964-1965, Doc. 264, p.5).

Er moge hier in het voorbijgaan worden opgemerkt dat de wet van 8 april 1965 de mogelijkheid om voor identieke prestaties differentiële dokterstarieven ten gunste van de minder-bedeelde categorieën onder de verzekerden vast te stellen, heeft opgeheven : de vaststelling van de honoraria van de dokters is immers volledig uit afdeling I van hoofdstuk 4 van de wet uitgelicht en overgedragen naar de nieuwe afdeling Ibis, zodat artikel 29, § 6, niet meer op de dokters van toepassing is. Uit artikel 34, § 7, tweede lid, blijkt dat alleen nog hogere dan de gewone maximumtarieven denkbaar zijn geworden, althans voor zover de collectieve tarievenovereenkomst zulks bepaalt en daarbij preciseert in

.../...

welke "omstandigheden inzake tijd, plaats, bijzondere eisen of economische toestand van de rechthebbende" overschrijding van het normale honorarium is toegelaten. Behoudens die zoëven omschreven uitzondering zijn volgens artikel 34, § 7, alle vastgestelde tarieven voor alle verzekerden gelijk.

7. Indien het paneel "vaststelling der honoraria" in beginsel na vrij overleg en bij overeenkomst door de belanghebbende organisaties met een tarief wordt gevuld, dan heeft de wetgever de vulling van het paneel "vaststelling der verzekeringstegemoetkoming" met het daarbij horend complement "vaststelling van het persoonlijk aandeel van de verzekerden" zelf voor zijn rekening genomen. De wet van 9 augustus 1963 heeft inderdaad de waarborgen voor de verzekerden zover gedreven - en de daaraan toegebrachte wijzigingen hebben op dat stuk niets veranderd, zoals onder meer nog blijkt uit de verklaring van Minister LEBURTON, in de openbare vergadering van de Kamer op 16 maart 1965, Ann. p. 15,-dat het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming door de wet zelf wordt bepaald : artikel 25 stelt het bedrag in beginsel op 75 t.h. van de kosten volgens de collectieve tarievenovereenkomst, terwijl het voor de minder-bedeelde categorieën van verzekerden op 100 t.h. wordt bepaald. Het persoonlijk aandeel van de verzekerde kan derhalve volgens artikel 25

.../...

nooit hoger liggen dan 25 t.h. - artikel 25, § 1, tweede lid, ontstaan uit een amendement van verslaggever DE PAEPE, zegt het nog eens uitdrukkelijk - wanneer de geneeskundige hulp verstrekt wordt door een dokter die tot de collectieve tarievenovereenkomst is toegetreden, dit wil zeggen die zijn medewerking heeft toegezegd aan de openbare dienst van de verplichte verzekering tegen de door ziekte veroorzaakte verzorgingskosten. Het persoonlijk aandeel kan lager liggen dan 25 t.h. hetzij dat de dokter ervan afziet dat aandeel geheel of ten dele te vorderen, hetzij dat organisaties, waarbij de verzekerde is aangesloten, voor hem dit persoonlijk aandeel betalen, hetzij dat de Koning, gebruik makend van de hem door artikel 25, § 1, tweede lid, gegeven bevoegdheid, het aandeel van de verzekerde in kostelijke behandelingen op een vaste som bepaalt (zie omtrent dit alles de bespreking van de amendementen DE PAEPE en MAJOR : a. in het verslag van de Kamercommissie, Kamer,1964-1965, Doc. 947/II, p. 69 en volgende ; b. in openbare vergadering van de Kamer van 16 maart 1965, de tussenkomsten van DE PAEPE, PARISIS, BROUHON en Minister LEBURTON, Ann. p. 4, 8, 10 en 17 ; c. in openbare vergadering van de Senaat van 1 april 1965, de tussenkomst van Minister LEBURTON, Ann. p. 1405).

Nu volgt duidelijk uit het systeem van artikel 25 dat de verzekeringstegemoetkoming die aan de verzekerden door dat artikel wordt gewaarborgd, moet worden berekend

.../...

op de tarieven die voor hen zelf, krachtens de collectieve tarievenovereenkomst, gelden, en niet op tarieven die eventueel voor andere categorieën van toepassing zouden kunnen zijn. Een gewone verzekerde heeft recht krachtens artikel 25 op 75 t.h. van het tarief dat voor hem en niet voor een ander geldt. Dit is vanzelfsprekend, het behoort tot de essentie zelf van de waarborg die de wet, en meer bepaald artikel 25, aan de verzekerden wil geven en zonder welke het hele systeem zijn zin verliest. Het is zo essentieel dat het niet behoefde te worden gezegd.

Niets in artikel 25 kan dus worden begrepen als een aanwijzing dat een verzekerde maar recht zou hebben op 75 t.h. van een bijzonder tarief dat zou gelden voor de minder-bedeelde categorieën waarvoor de tegemoetkoming 100 t.h. bedraagt. De proef op de som van de juistheid van die opvatting wordt geleverd als men de zaak omdraait : de tegemoetkoming van 100 t.h. dient te slaan op de tarieven die eventueel alleen voor de minder-bedeelde categorieën zouden gelden en niet op de, bij veronderstelling hogere tarieven die gelden voor de gewone verzekerde. Artikel 25 zegt dat overigens nog steeds uitdrukkelijk, al zijn op dit ogenblik - zoals hiervoor werd gezegd - bijzondere dokterstarieven voor de minder-bedeelden niet meer mogelijk en geldt wat het artikel zegt, alleen nog voor hulp en verstrekkingen andere dan doktershulp.

De waarborg die artikel 25 geeft, slaat dus vanzelfsprekend op het tarief dat voor de verzekerde zelf en niet voor een ander verzekerde geldt.

.../...

8. Wat voorafgaat, is de beschrijving van wat in de wet van 9 augustus 1963, gewijzigd door de wet van 8 april 1965, het normale stelsel is of zou moeten zijn.

Volgens die wet kunnen de collectieve tarievenovereenkomsten niet alleen na een bepaalde tijd worden herzien, maar is het mogelijk dat de overeenkomst na een bepaalde tijd eenvoudig afloopt. Gaat de nieuwe overeenkomst niet in wanneer de oude vervalt, dan ontstaat er tussen de twee overeenkomsten in een periode gedurende welke iedere geneesheer in rechte weer vrij - dit wil zeggen volgens het contractenrecht van het gemeenrecht - zijn honorarium bepaalt.

Die vrijheid doet echter niets af in de eerste plaats aan het recht dat artikel 25 van de wet aan de verzekerden geeft, namelijk het recht op een tegemoetkoming van ten minste 75 t.h. van de normale dokterstarieven, en in de tweede plaats aan het recht dat nergens uitdrukkelijk in de wet onder woorden wordt gebracht, maar dat de hele wet wil waarborgen, namelijk het recht om binnen redelijke grenzen zelf de dokter te kiezen door wie men wil worden verzorgd.

In de huidige stand van de wet - de wijzigende wet van 8 april 1965 dus mede in acht genomen - komt men dan voor de periode tussen twee collectieve tarievenovereenkomsten tot de volgende in artikel 34, § 13, beschreven regeling.

De wetgever is blijkbaar van de veronderstelling uitgegaan dat de dokterstarieven niet van de one op de

.../...

andere dag - dit wil zeggen reeds op de dag na het vervallen van een collectieve tarievenovereenkomst - merkelijk zouden verschillen zodat voorlopig de tegemoetkoming berekend blijft op het bedrag van de honoraria bepaald door de vervallen collectieve tarievenovereenkomst.

De borg die instaat voor de eerbiediging van het door artikel 25 van de wet aan de verzekerden toegekende recht op een minimum tegemoetkoming berekend op de normale dokterstarieven, is de Regering : zij moet optreden wanneer zij tot de overtuiging komt dat na het vervallen van de collectieve tarievenovereenkomst de werkelijk courant en door het grootste deel van de dokters gevraagde tarieven - dit wil zeggen de vrij vastgestelde normale tarieven - merkelijk hoger liggen dan de honoraria bepaald in de vervallen collectieve tarievenovereenkomst,met het gevolg dat de verzekeringstegemoetkoming niet meer 75 t.h. van de vrij vastgestelde normale tarieven bedraagt. Wil men hetzelfde zeggen maar zoals het Kamerverslag het doet, dan luidt de stelling dat de Regering moet optreden wanneer er niet genoeg dokters meer zijn die aan het honorarium, waarop de verzekeringstegemoetkoming wordt berekend, geneeskundige hulp willen verstrekken en zodoende de vrije keuze van de verzekerde niet meer in voldoende mate is gewaarborgd (Kamer 1964-1965, Doc. 947/II,blz. 74).

Doet zich de zoëven beschreven toestand voor,dan wordt sinds de wet van 24 december 1963 (artikel 20, § 2) de Regering opnieuw uitdrukkelijk de bevoegdheid, omschreven in artikel 52 van de eenheidswet, in handen gegeven. Ten aanzien van de dokters is die bevoegdheid overigens andermaal bevestigd in artikel 34, § 13, zoals dat

.../...

door de wet van 8 april 1965 werd vastgesteld, zodat de Regering in de zoëven beschreven hypothese op grond van artikel 34, § 13, van de wet van 9 augustus 1963 en van artikel 52 van de eenheidswet maximum tarieven dient vast te stellen die hetzij de vrij vastgestelde normale tarieven volgen, hetzij die tarieven drukken, maar er in ieder geval moeten toe strekken de minimale verzekeringstegemoetkoming van 75 t.h. die aan de verzekerden door artikel 25 van de wet van 9 augustus 1963 wordt gewaarborgd, met de realiteit te doen overeenstemmen doordat die 75 t.h. voortaan op de door de Regering bepaalde en door de dokters te eerbiedigen (eenheidswet artikel 44 en wet van 9 augustus 1963, artikel 103) honoraria zal worden berekend.

9. Zoals de gemachtigde van de Regering heeft doen opmerken, is het inderdaad zo dat noch artikel 34, § 13, van de wet, noch artikel 52 van de eenheidswet bepaalt dat de door de Regering te nemen maatregelen waarbij maximumhonoraria worden vastgesteld, alle categorieën van verzekerden moeten beschermen.

Het lijdt evenwel geen twijfel in de eerste plaats dat artikel 25 aan alle verzekerden zonder onderscheid dezelfde waarborg wil geven - het percentage van de verzekeringstegemoetkoming daargelaten -, vervolgens dat de zin van de Regeringsmaatregelen geen andere is dan de rechten van de verzekerden te beschermen en zo onrechtstreeks de druk op de openbare financiën weg te nemen, druk die uitgaat van de verzekerden wanneer zij niet langer in werkelijkheid de voordelen van de verzekering

.../...

ontvangen waarop zij recht hebben,en tenslotte dat alle door artikel 25 beschermde verzekerden een gelijk recht op de voordelen van artikel 25 en dus op de door de Regering te geven bescherming hebben. Daaruit volgt dat de maatregelen waarnaar artikel 34, § 13,van de wet verwijst geen partiële en discriminatoire maatregelen kunnen zijn die maar een enkele of een beperkt aantal categorieën van verzekerden beschermen - het mogen dan nog de minderbedeelden onder de verzekerden zijn -; integendeel, het moeten maatregelen zijn die de rechten van allen zeker stellen.

10. Het is ook zo, zoals de gemachtigde van de Regering betoogt, dat de wet niet bepaalt op welk ogenblik precies de Regering dient op te treden, zodat de Regering te dien aanzien ongetwijfeld een appreciatiebevoegdheid bezit en zelf dient vast te stellen wanneer juist zij als borg van het recht der verzekerden maatregelen moet nemen.

In verband met het aan de Raad van State voorgelegde ontwerp, kan echter geen abstractie gemaakt worden van het feit dat in de huidige omstandigheden de Regering reeds opgetreden is, namelijk door het nemen van het koninklijk besluit van 24 januari 1966. De Regering heeft op die wijze reeds vastgesteld dat de evolutie van de doktershonoraria na het vervallen van de laatste collectieve tarievenovereenkomst van zodanige aard was dat alleen een overheidsmaatregel aan de verzekerden de realiteit van een verzekeringstegemoetkoming van 75 t.h. kon waarborgen.

.../...

Na een dergelijke tussenkomst kan de Regering de tarieven nog wel wijzigen - en daardoor ook de verzekeringstegemoetkoming -, maar de Regering kan er enkel van afzien om op een bepaald ogenblik nog maximum honoraria te stellen, indien zij van oordeel is dat op dat ogenblik de vrij vastgestelde normale dokterstarieven opnieuw niet hoger liggen dan de tarieven van de laatste vervallen collectieve tarievenovereenkomst, aangezien artikel 34, § 13, tweede lid, van de wet van 9 augustus 1963 thans zo is gesteld dat bij het wegvallen van door de overheid opgelegde maatregelen de verzekeringstegemoetkoming moet worden berekend op basis van de laatste vervallen collectieve tarievenovereenkomst.

Dat de op het huidig ogenblik geldende vrij vastgestelde normale dokterstarieven niet opnieuw naar het peil van de laatste vervallen tarievenovereenkomst zijn gedaald, wordt door het ontwerp zelf bewezen.

Een essentieel doel van het ontwerp is immers maximumtarieven vast te stellen voor de categorieën van minder bedeelden waaraan de wet de uitbetaling van een grotere verzekeringstegemoetkoming mogelijk maakt.

Van het ogenblik dat de Regering het bestaan van de noodzakelijkheid erkent om voor die categorie van minder bedeelden maximumtarieven vast te stellen, dan erkent zij impliciet maar onbetwistbaar ook de noodzakelijkheid maximumtarieven voor de gewone gerechtigden vast te stellen, in de eerste plaats omdat de maximumtarieven van de dokters voor alle categorieën sinds de wet van

.../...

8 april 1965 noodzakelijk dezelfde zijn en in de tweede plaats omdat er geen reden is - integendeel - waarom de vrij vastgestelde normale doktershonoraria lager zouden liggen voor de gewone verzekerden dan voor de minder-bedeelde categorieën van verzekerden.

Het ontwerp levert dus uit zichzelf het bewijs dat de rechten die de verzekerden - alle verzekerden - door artikel 25 van de wet van 9 augustus 1963 worden toegekend, alleen kunnen worden gewaarborgd door het bij koninklijk besluit stellen van maximumtarieven voor alle verzekerden ten einde op die wijze alle verzekerden een verzekeringstegemoetkoming te waarborgen die 75 t.h. bedraagt van de reëel te betalen, vrij vastgestelde normale doktershonoraria.

11. In de mate dat het ontwerp die noodzakelijkheid impliciet maar onbetwistbaar vaststelt en tegelijk toch de gewone verzekerden het hun door artikel 25 gegeven recht op een reële verzekeringstegemoetkoming van 75 t.h. - anders gezegd van een redelijke mate van vrije keuze van hun dokter - niet waarborgt komt het ontwerp in strijd met de artikelen 25 en 34, § 13, van de wet van 9 augustus 1963, gewijzigd door de wet van 8 april 1965, en met artikel 52 van de eenheidswet.

Voor zover de Regering tot de opvatting moest zijn gekomen dat hetzij artikel 52 van de eenheidswet, hetzij de bepalingen van de wet van 9 augustus 1963 te stroef zijn om in de huidige omstandigheden aangepaste regelingen te kunnen uitvaardigen, dan kan alleen een wijziging van die wettelijke bepalingen het de Regering mogelijk maken aan de gestelde problemen oplossingen te geven die niet voor de bevoegde rechtbanken kunnen worden betwist.

1. Parmi les rapports de droit qu'il convient essentiellement de régler dans le cadre de la législation sur l'assurance soins de santé obligatoire, il convient, sans nul doute, de retenir au premier chef les rapports qui s'établissent entre, d'une part, les médecins - praticiens de l'art dentaire et médecins proprement dits, et, d'autre part, les assurés ou les bénéficiaires et les mutualités - ce dernier terme couvrant l'ensemble des organismes assureurs - en ce qui concerne la fixation des honoraires que le médecin est en droit de réclamer et la part d'intervention dans ces honoraires qui est respectivement imposée aux mutualités et laissée à la charge de l'assuré.

Ces rapports sont présentement définis d'après des mécanismes assez complexes qui sont décrits, pour l'essentiel, d'une part, aux articles 25 et 34 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité - ci-après appelée "la loi" -, tels qu'ils ont été modifiés par les lois des 24 décembre 1963 et 8 avril 1965, et, d'autre part, à l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement économique - loi dite unique -, auquel d'ailleurs les articles 25 et 34 de la loi du 9 août 1963 se réfèrent.

.../...

2. A l'heure actuelle les rapports de droit visés ci-dessus sont réglés précisément par un arrêté royal du 24 janvier 1966 qui n'a pas été soumis à l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat et qui a été pris sur la base des dispositions légales prérappelées. Cet arrêté royal constate d'abord, conformément à l'article 34, § 13, alinéa 1er, de la loi, que l'accord conclu précédemment avec le corps médical est venu à expiration le 1er janvier 1966 et n'a pas été renouvelé. Il fixe ensuite en vertu de l'article 52 de la loi unique, et cela pour l'ensemble des assurés, les tarifs maximums des honoraires médicaux, encore que, en chiffres absolus, ces maximums ne soient pas identiques pour tous les médecins puisque pour ceux d'entre eux qui n'avaient pas adhéré à l'accord, les honoraires bloqués peuvent être différents de ceux prévus par l'accord périmé.

L'arrêté royal du 24 janvier 1966 ne prévoit rien au sujet de l'intervention de l'assurance, ce qui est d'ailleurs parfaitement conforme au système de la loi, celle-ci déterminant elle-même les modalités de calcul de ladite intervention : en vertu de l'article 25, § 1er, alinéa 1er, qui énonce le principe de base de la loi, l'intervention s'élève à 75 p.c. des tarifs en vigueur.

Sans doute, l'arrêté royal du 24 janvier 1966, en ne fixant pas d'honoraires maximums uniformes pour tous les médecins, a-t-il engendré quelque incertitude sur le point de savoir quels sont exactement les maximums à prendre en considération pour le calcul de l'intervention de l'assurance; dans la pratique toutefois, cette intervention se calcule sur les honoraires prévus par l'accord périmé, majorés de 5 p.c.

.../...

3. Le projet soumis à l'avis du Conseil d'Etat a pour objet de mettre fin au régime esquissé ci-dessus et de le remplacer par un autre, qui peut se résumer comme suit .

Le Gouvernement renonce à imposer aux médecins des tarifs maximums fixés par lui, en sorte que tout médecin pourra, à l'avenir, déterminer ses honoraires librement, c'est-à-dire suivant les règles du droit commun contractuel.

Il est toutefois dérogé au principe de la libre fixation des honoraires au profit de certaines catégories d'assurés, à savoir les personnes moins aisées visées aux articles 1er à 4 du projet. Pour ces catégories, le projet fixe, sous la seule réserve prévue à l'article 5, des honoraires maximums qui s'imposent uniformément à l'ensemble des médecins.

Quant à l'intervention de l'assurance, le mode de calcul en est défini à l'article 6 du projet : le montant de cette intervention s'obtient - et cela vaut non seulement pour les catégories d'assurés moins aisés, en faveur desquels les articles 1er à 3 fixent des honoraires maximums, mais pour tous les assurés, y compris donc les assurés ordinaires - en appliquant indistinctement les taux prévus par l'article 25 de la loi aux honoraires maximums que les articles 1er à 3 du projet fixent au profit exclusif des personnes moins aisées.

.../...

traduite Dans la conception du Gouvernement, non seulement ~~plus réaliste~~ par la rédaction de l'article 6 mais encore confirmée par le fonctionnaire délégué, ce mode de calcul de l'intervention de l'assurance est à considérer, non pas comme le résultat de la volonté délibérée et impérative des auteurs du projet mais comme la simple constatation des effets juridiques qui découlent automatiquement et directement des articles 34, § 13, alinéa 2, et 25, §§ 1er, 4 et 7, de la loi. Si, en son article 6, le projet d'arrêté fait mention expresse de ce mode de calcul, c'est uniquement pour éviter aux responsables du paiement de cette intervention toute hésitation et tout malentendu quant à la manière dont ils doivent en établir le montant. Dans cette optique, l'article 6 n'est pas une norme arrêtée par le Roi en exécution de la loi, mais une précision purement interprétative de celle-ci, donnée par arrêté royal. Tout au plus pourrait-elle avoir la valeur d'une directive, d'une instruction édictée en vue d'une application correcte de la loi.

4. Si, à l'examen, l'article 6 paraît être rédigé, en effet, comme une simple instruction interprétative et non pas comme une norme autonome, on n'aperçoit cependant pas d'emblée comment le Gouvernement en arrive à la conception de ce qui est, selon lui, la portée réelle de cet article.

.../...

Selon le fonctionnaire délégué, la thèse du Gouvernement procède du raisonnement suivant :

Il ressort de l'article 34, § 13, alinéa 1er, de la loi que, pendant la période comprise entre l'expiration du dernier accord sur les tarifs des honoraires médicaux et la conclusion d'un nouvel accord, le Gouvernement peut prendre les mesures d'autorité prévues par l'article 52 de la loi unique, c'est-à-dire fixer les tarifs maximums de ces honoraires. Rien n'oblige toutefois le Gouvernement à prendre de telles mesures et aucun texte ne lui impose, s'il intervient, de le faire pour toutes les catégories d'assurés. Des mesures partielles, c'est-à-dire des mesures en faveur d'une seule ou de quelques catégories d'assurés, peuvent dès lors légalement se concevoir et le Gouvernement peut, régulièrement, par les mesures qu'il prend en matière d'honoraires, établir des régimes différentiels pour les diverses catégories d'assurés, en sorte que le coût de prestations identiques couvertes par l'assurance peut varier d'une catégorie à l'autre.

Le régime tarifaire différentiel résultant des mesures gouvernementales est toutefois sans influence sur le calcul de l'intervention de l'assurance (mais non pas, de toute évidence, sur le calcul de la part personnelle de l'assuré). L'article 34, § 13, alinéa 2, de la loi dispose, en effet, que, si le Gouvernement a pris des mesures sans faire de distinction, l'intervention de l'assurance est calculée en fonction de celles-ci. Or, l'article 34, § 13, alinéa 2, ne prévoit pas

.../...

expressément que l'intervention de l'assurance en faveur d'un assuré appartenant à une catégorie déterminée doit se calculer en fonction des mesures spécifiquement prises pour cette catégorie d'assurés. Et l'article 34, § 13, alinéa 2, ne dit pas non plus qu'il n'est applicable que lorsque des mesures ont été prises pour l'ensemble des assurés. Les conditions dans lesquelles le Gouvernement doit ou peut exercer ses pouvoirs n'étant donc pas spécifiées, ce dernier en déduit qu'il lui suffit de prendre, ne fût-ce que pour l'une des catégories d'assurés, des mesures fondées sur l'article 52 de la loi unique pour que l'hypothèse prévue à l'article 34, § 13, alinéa 2, soit pleinement réalisée, en sorte que l'intervention de l'assurance peut et doit dans ce cas être calculée sur la base des tarifs maximums fixés par le Gouvernement, et ce non seulement pour les catégories d'assurés auxquelles ces tarifs s'appliquent, mais aussi pour les catégories d'assurés à l'intention desquelles il n'a pas été fixé de maximums et qui sont tenues de payer, éventuellement, des honoraires plus élevés.

Le Gouvernement soutient ainsi, de manière implicite, que le régime différentiel qu'il établit par ses mesures concernant les honoraires ne fait pas obstacle à un régime uniforme de calcul de l'intervention de l'assurance, en sorte que celle-ci pourrait être déterminée, non pas d'après le prix que l'assuré paye lui-même, mais d'après le prix qui peut, selon le Gouvernement, être réclamé à une autre sorte d'assurés, la part personnelle de l'assuré variant dès lors d'une catégorie à l'autre, non pas conformément aux prévisions

.../...

de l'article 25 de la loi, mais suivant l'évolution indéterminée et indéterminable des honoraires médicaux librement fixés.

Telle est, en résumé, la thèse qui a porté le Gouvernement, d'une part, à ne fixer des honoraires maximums que pour les catégories d'assurés moins aisés, catégories que l'on connaît, et qui, d'autre part, lui fait soutenir que l'intervention de l'assurance doit être calculée pour toutes les catégories indistinctement sur la base des maximums fixés pour ces quelques catégories, la détermination de la part personnelle des assurés qui n'appartiennent pas à la catégorie des personnes moins aisées étant ainsi dissociéedes dispositions de l'article 25 de la loi.

Que le bien-fondé de la thèse du Gouvernement ne paraisse pas évident à première vue, est attesté par le fait que le Gouvernement a cru devoir formuler cette thèse dans un article 6 du projet, alors que cela est logiquement superflu et qu'en fait,il est inhabituel de dire dans un arrêté royal comment il faut comprendre et appliquer la loi.

Il sera examiné ci-après si la thèse du Gouvernement peut être admise en droit, en d'autres termes si les déductions tirées par lui de la circonstance que l'article 52 de la loi unique n'explicite pas pleinement les conditions de mise en oeuvre des pouvoirs attribués à l'Exécutif, se concilient effectivement avec les principes essentiels de la loi du 9 août 1963.

.../...

5. Le principe fondamental de l'assurance soins de santé obligatoire consiste en ce que les bénéficiaires se voient, en contrepartie des cotisations payées par eux ou pour eux, garantir la dispensation de soins, dans des conditions telles que, d'une part, la plus grande partie des frais soit couverte par l'intervention de la mutualité, mais que, d'autre part, il leur soit loisible - tout au moins dans des limites raisonnables - de se faire soigner, aux conditions exposées ci-dessus, par le médecin de leur choix. Ce principe implique que le nombre de médecins s'engageant à soigner leurs malades aux tarifs sur lesquels l'intervention de l'assurance est calculée soit suffisamment important pour garantir aux assurés la liberté - sinon absolue, tout au moins réelle - du choix de leur médecin.

Pendant un certain temps, cette intervention a été calculée sur la base du prix qui était considéré comme normal pour des soins ou prestations médicaux déterminés, c'est-à-dire le prix couramment réclamé par la majorité des médecins pour telle ou telle prestation, sans toutefois que ces médecins soient tenus en droit - c'est-à-dire par des mécanismes, légaux et impératifs, de fixation des prix - à l'observation de ce prix dit normal. Lorsqu'il apparut toutefois que ce système ne garantissait plus suffisamment à nombre d'assurés les avantages qu'ils en escomptaient - et pour lesquels ils cotisaient -, le législateur voulut mettre à la disposition du Gouvernement des moyens lui permettant d'intervenir quand les prix réclamés aux assurés pour des prestations et soins médicaux apparaîtraient d'un montant tel que l'assurance

.../...

- compte tenu du fait que les moyens financiers des organismes assureurs ne sont pas illimités - n'atteindrait plus son but, son intervention ne couvrant plus la plus grabde partie du coût des soins.

L'instrument que le législateur a mis à un certain moment à la disposition du Gouvernement est le pouvoir, prévu à l'article 52 de la loi unique, de fixer des honoraires maximums.

A cet égard, il y a lieu de citer les passages suivants des travaux préparatoires de la loi du 14 février 1961 :

a. Exposé des motifs (Chambre, 1959-1960, doc. 649/1, p. 30).

"Le Gouvernement souhaite qu'en matière de soins de santé, des accords valables, conclus entre les médecins et l'assurance-maladie puissent être soumis à l'approbation du Ministre de la Prévoyance sociale. Néanmoins il s'est trouvé en présence du fait que pendant des années des conversations se sont poursuivies sans pouvoir aboutir. Dans ces conditions, il estime que dans l'intérêt même du fonctionnement de l'assurance, il devient nécessaire de disposer du pouvoir lui permettant de fixer d'autorité des tarifs d'honoraires et de prix, en tout premier lieu pour certaines prestations qui se multiplient à une cadence trop poussée. Partant du montant de remboursement de l'assurance pour la prestation, le tarif fixera le montant maximum qui pourra y être ajouté et qui constituera le ticket modérateur maximum à supporter par l'assuré.

.../...

b. Rapport de la Chambre (Chambre, 1959-1960, Doc. parl. 649/26, p. 15).

"Le montant maximum de certains honoraires, ainsi établi, ne sera pas nécessairement couvert en entier par l'intervention de l'assurance-maladie. Le ticket dit "modérateur" restera donc en vigueur, mais on fixera une limite qui ne pourra pas être dépassée. M. le Ministre espère qu'une telle marge permettra éventuellement au jeu de la concurrence d'agir dans une certaine mesure sur le niveau des honoraires".

On peut raisonnablement déduire de ces textes que le but de la loi du 14 février 1961 était de lier, de façon permanente, le montant maximum des honoraires médicaux au montant de l'intervention à la charge de l'organisme assureur.

6. En prenant le système ainsi conçu comme point de départ - système qui fut l'objet de diverses critiques -, il fut tenté dans la suite de l'améliorer, pour aboutir au système de la loi du 9 août 1963, dont les grandes lignes sont les suivantes.

Le tarif des honoraires médicaux est fixé, en principe, après consultation des représentants des organisations intéressées, dans une convention tarifaire collective, convention qui doit au préalable être approuvée par le Gouvernement et être ensuite transmise à tous les médecins, afin d'obtenir de chacun d'eux l'adhésion individuelle indispensable pour que la convention tarifaire collective puisse s'appliquer réellement et que, dès lors, les assurés bénéficient effectivement des avantages de l'assurance.

.../...

Sans doute, le mode d'élaboration des conventions tarifaires collectives prévu dans le texte initial de la loi du 9 août 1963 diffère-t-il du mode prévu dans la loi du 8 avril 1965, mais le schéma de base n'en demeure pas moins identique, les différences ne portant que sur les modalités de formation de l'accord et sur la terminologie : les modalités diffèrent principalement en ce que, désormais, seules des associations professionnelles plus compactes et plus solidement organisées représenteront le corps médical, tandis qu'en ce qui concerne la terminologie, la convention tarifaire collective s'appellera dorénavant "accord", sans que ce terme innove réellement (cfr. sur ce point les déclarations du rapporteur DE PAEPE à la séance publique de la Chambre du 16 mars 1965, annales p. 4, et du Ministre LEBURTON dans le rapport du Sénat, Sénat 1964-1965, doc. 264, p. 5).

Au passage il faut observer que la loi du 8 avril 1965 a supprimé la possibilité de fixer, au profit de catégories moins aisées d'assurés, des tarifs médicaux différentiels pour des prestations identiques: en effet, la fixation des honoraires médicaux a été transférée du chapitre IV, section I, de la loi à la nouvelle section Ibis, de sorte que l'article 29, § 6, ne s'applique plus aux médecins. Il résulte de l'article 34, § 7, alinéa 2, que seuls des tarifs supérieurs aux tarifs maximums ordinaires peuvent être prévus, tout au moins lorsque la convention tarifaire collective en dispose ainsi et qu'elle précise dans quelles "circonstances

.../...

de temps, de lieu, d'exigences particulières ou de situation économique du bénéficiaire", un dépassement des honoraires normaux est autorisé. Sauf l'exception exposée ci-dessus, tous les tarifs fixés sont, aux termes de l'article 34, § 7, identiques pour tous les assurés.

7. Si, en principe, les organisations intéressées complètent, après libre discussion et par voie de convention, le panneau "fixation des honoraires" par un tarif, le législateur s'est réservé la tâche de compléter le panneau "fixation de l'intervention de l'assurance" et son complément "fixation de l'intervention personnelle des assurés". En effet, la loi du 9 août 1963 a voulu donner de telles garanties aux assurés - et les modifications qu'elle a subies n'ont rien changé à cet égard, ainsi qu'il ressort notamment de la déclaration faite par le Ministre LEBURTON à la séance publique de la Chambre du 16 mars 1965, ann. p. 15 - , qu'elle a fixé elle-même le montant de l'intervention de l'assurance : l'article 25 fixe en principe le montant à 75 p.c. des honoraires, prévus à la convention tarifaire collective, tandis que ce montant est fixé à 100 p.c. pour les catégories moins aisées d'assurés. Dès lors, la part personnelle de l'assuré, aux termes de l'article 25, ne pourra jamais dépasser 25 p.c. - l'article 25, § 1er, alinéa 2, issu d'un amendement du rapporteur DE PAEPE, le répète expressément - lorsque les soins médicaux sont donnés par un médecin ayant adhéré à la convention tarifaire collective, c'est-à-dire s'étant engagé à collaborer au service public de l'assurance soins de santé obligatoire. La part personnelle peut

.../...

être inférieure à 25 p.c., soit que le médecin renonce à en réclamer tout ou partie, soit que les organisations auxquelles l'assuré est affilié la paient pour lui, soit encore que le Roi, usant du pouvoir qu'il tient de l'article 25, § 1er, alinéa 2, fixe l'intervention de l'assuré dans des traitements onéreux à un taux forfaitaire (cfr. sur ce point la discussion des amendements DE PAEPE et MAJOR : a. dans le rapport de la commission de la Chambre, Chambre 1964-1965, Doc. parl. 947/II, p.p. 69 et suivantes; b. les interventions à la séance publique de la Chambre du 16 mars 1965, de Messieurs DE PAEPE, PARISIS, BROUHON et du Ministre LEBURTON, ann.p.p. 4, 8, 10 et 17; c. l'intervention, à la séance publique du Sénat du 1er avril 1965, du Ministre LEBURTON, ann. p. 1405).

Or, il résulte clairement du système de l'article 25 que l'intervention de l'assurance, garantie par cet article aux assurés, doit être calculée sur la base des tarifs qui, en vertu de la convention tarifaire collective, sont applicables à ces assurés mêmes, et non pas sur la base des tarifs qui seraient éventuellement applicables à d'autres catégories d'assurés. Un assuré ordinaire a droit, en vertu de l'article 25, à 75 p.c. du tarif prévu pour lui, et non pas pour autrui. Cela va de soi, puisque participant de l'essence même de la garantie que la loi entend donner aux assurés, notamment en son article 25, garantie sans laquelle tout le système est vidé de sa substance. C'est à ce point essentiel qu'il n'était pas besoin de le dire.

.../...

Rien dans l'article 25 ne permet donc de soutenir que l'assuré n'aurait droit qu'à 75 p.c. d'un tarif spécial, qui s'appliquerait aux catégories moins aisées bénéficiant d'une intervention de 100 p.c. Le raisonnement inverse corrobore cette interprétation : l'intervention de 100 p.c. doit porter sur les tarifs qui s'appliqueraient éventuellement aux seules catégories moins aisées, et non pas sur les tarifs, par hypothèse supérieurs, qui s'appliquent à l'assuré ordinaire. L'article 25 le dispose d'ailleurs de manière expresse, même si actuellement - ainsi qu'il a été exposé ci-dessus - des tarifs médicaux particuliers pour les moins aisés ne sont plus possibles et que les dispositions de cet article ne s'appliquent plus qu'aux prestations autres que celles qui sont fournies par les médecins.

La garantie octroyée par l'article 25 se rapporte donc, de toute évidence, au tarif qui s'applique à l'assuré lui-même et non pas à un autre assuré.

8. Voilà décrit ce qui est ou devrait être le régime normal dans le cadre de la loi du 9 août 1963, modifiée par la loi du 8 avril 1965.

D'après cette loi, non seulement les conventions tarifaires collectives peuvent être revues après un certain délai mais il peut se faire qu'elles deviennent caduques à l'issue de ce délai. Si la nouvelle convention n'entre pas en vigueur au moment où l'ancienne vient à expiration, chaque médecin fixe librement le montant de ses honoraires suivant les règles du droit commun contractuel pendant la période séparant l'ancien et le nouvel accord.

.../...

Toutefois, cette liberté n'affecte en rien le droit que l'article 25 de la loi confère aux assurés, notamment celui de bénéficier d'une intervention minimale de 75 p.c. des tarifs normaux, comme elle ne porte pas davantage atteinte au droit que la loi a pour objet de garantir sans le dire expressément, à savoir le droit de choisir, dans des limites raisonnables, son médecin traitant.

Dans l'état actuel de la législation, telle que la loi du 8 avril 1965 est venue la modifier, on en arrive pour la période se situant entre deux conventions tarifaires collectives, au régime tel que le décrit l'article 34, § 13.

Le législateur semble être parti de l'hypothèse que les tarifs médicaux ne varieront pas sensiblement d'un jour à l'autre - c'est-à-dire dès le lendemain de l'expiration d'une convention collective -, de sorte que l'intervention continuera provisoirement d'être calculée sur le montant des honoraires fixés par la convention expirée.

Garant du respect du droit à une intervention minimale calculée sur le montant des tarifs médicaux normaux, que les assurés puisent dans l'article 25 de la loi, le Gouvernement se doit d'intervenir si, après l'expiration des conventions tarifaires collectives, il a acquis la conviction que les tarifs réclamés couramment par la plupart des médecins - c'est-à-dire les tarifs normaux librement fixés -, dépassent nettement les honoraires arrêtés dans la convention échue,

.../...

l'intervention de l'assurance n'atteignant donc plus 75 p.c. des honoraires normaux fixés librement. Autrement dit, le Gouvernement, pour reprendre les termes du rapport de la Chambre, est tenu d'agir dès qu'il n'y a plus assez de médecins qui sont prêts à dispenser des soins aux tarifs sur la base desquels se calcule l'intervention de l'assurance et que la liberté du choix des assurés n'est donc plus suffisamment garantie (Chambre 1964-1965, Doc. 947/II, p. 74).

Pour parer à une telle situation, la loi du 24 décembre 1963 (article 20, § 2) a ~~une fois de plus~~ de nouveau confié expressément au Gouvernement le pouvoir défini à l'article 52 de la loi unique. A l'égard des médecins, ce pouvoir est du reste confirmé à l'article 34, § 13, modifié par la loi du 8 avril 1965, si bien que dans l'hypothèse décrite ci-dessus le Gouvernement est tenu, en vertu de l'article 34, § 13, de la loi du 9 août 1963 et de l'article 52 de la loi unique, de fixer des tarifs maximums qui ou bien s'alignent sur les tarifs normaux librement fixés, ou bien font baisser ceux-ci mais qui en tout état de cause doivent tendre à conformer à la réalité l'intervention minimale de 75 p.c. que l'article 25 de la loi du 9 août 1963 garantit aux assurés, en ce sens que ces 75 p.c. seront désormais calculés sur la base des honoraires que le Gouvernement fixe et que les médecins sont tenus de respecter (article 44 de la loi unique et article 103 de la loi du 9 août 1963).

.../...

9. Il est vrai, ainsi que l'a fait observer le délégué du Gouvernement, que ni l'article 34, § 13, de la loi, ni l'article 52 de la loi unique ne prescrivent que les mesures par lesquelles le Gouvernement fixe des honoraires maximums doivent protéger toutes les catégories d'assurés.

Il ne fait aucun doute cependant que l'article 25 - abstraction faite du pourcentage de l'intervention de l'assurance -, vise à accorder une garantie identique à tous les assurés indistinctement, qu'ensuite les mesures gouvernementales n'ont d'autre but que de protéger les droits des assurés et à éliminer ainsi indirectement la pression sur les finances publiques, pression que les assurés ne manqueront pas d'exercer dès qu'ils perdent le bénéfice de l'assurance auquel ils ont droit, qu'enfin tous les assurés protégés par l'article 25 ont un droit égal aux avantages définis par cet article et, partant, à la protection du Gouvernement. Il s'ensuit que les mesures auxquelles se réfère l'article 34, § 13, de la loi ne peuvent être des mesures partielles et discriminatoires qui ne protègent qu'une seule catégorie d'assurés, ou un nombre limité de catégories, fussent-elles les moins favorisées parmi les assurés; elles doivent, au contraire, sauvegarder les droits de tous les assurés.

.../...

10. Il est vrai aussi, comme le souligne le délégué du Gouvernement, que la loi ne précise pas le moment où le Gouvernement doit agir, en sorte que celui-ci dispose incontestablement d'un pouvoir d'appréciation en la matière et qu'il lui appartient de déterminer quand il doit prendre des mesures en sa qualité de garant du droit des assurés.

En ce qui concerne le projet soumis au Conseil d'Etat, il importe de ne pas perdre de vue qu'à l'heure actuelle, le Gouvernement est déjà intervenu, à savoir par l'arrêté royal du 24 janvier 1966. Le Gouvernement a déjà constaté par là, qu'après l'expiration de la dernière convention tarifaire collective, les honoraires médicaux ont évolué de telle manière que seule une mesure d'autorité pouvait réellement garantir aux intéressés une intervention de l'assurance s'élevant à 75 p.c.

Si, après avoir pris une telle mesure, le Gouvernement peut encore modifier les tarifs - et par là l'intervention de l'assurance -, il ne peut renoncer, à un moment déterminé, à fixer de nouveaux honoraires maximums que s'il estime que les tarifs normaux librement fixés ne dépassent pas, une nouvelle fois, les tarifs arrêtés par la dernière convention échue, le texte de l'article 34, § 13, alinéa 2, de la loi du 9 août 1963 prévoyant dans sa rédaction actuelle, que dès que les mesures gouvernementales seront rapportées, l'intervention de l'assurance devra se calculer sur la base de la dernière convention collective venue à expiration.

.../...

Le projet lui-même prouve que les tarifs normaux, librement fixés, qui sont actuellement pratiqués, ne sont pas retombés au niveau de la dernière convention collective venue à expiration.

Un des buts essentiels du projet est, en effet, de fixer des tarifs maximums pour les catégories moins aisées, au profit desquelles la loi autorise une intervention plus importante de l'assurance.

Le Gouvernement ne saurait reconnaître la nécessité de fixer les tarifs maximums pour ces catégories moins aisées sans reconnaître du même coup implicitement mais incontestablement la nécessité de fixer des tarifs maximums pour les bénéficiaires ordinaires, 1° parce que, depuis la loi du 8 avril 1965, les tarifs maximums des honoraires médicaux sont les mêmes pour toutes les catégories, 2° parce qu'il n'y a aucune raison - bien au contraire - que les honoraires normaix librement fixés soient moins élevés pour les assurés ordinaires que pour les catégories d'assurés moins aisées.

Ainsi donc, le projet prouve par lui-même que les droits que l'article 25 de la loi du 9 août 1963 confère aux assurés, à tous les assurés, ne peuvent être garantis que si les tarifs maximums sont fixés par arrêté royal pour tous les assurés, de manière à garantir à tous une intervention de l'assurance s'élevant à 75 p.c. du montant des honoraires normaux librement fixés, qu'ils auront à payer effectivement.

.../...

11. Dans la mesure où il reconnaît implicitement mais incontestablement cette nécessité, sans garantir pour autant aux assurés ordinaires le droit qu'ils tiennent de l'article 25, à une intervention réelle de l'assurance s'élevant à 75 p.c. des honoraires - autrement dit, le droit au libre choix du médecin dans des limites raisonnables -, le projet va à l'encontre des articles 25 et 34, § 13, de la loi du 9 août 1963, modifiés par la loi du 8 avril 1965, et de l'article 52 de la loi unique.

Si le Gouvernement devait estimer que, soit l'article 52 de la loi unique, soit les dispositions de la loi du 9 août 1963 sont trop rigides pour permettre, dans les circonstances actuelles, l'instauration de régimes appropriés, le recours à une modification de ces dispositions légales apparaîtrait comme le seul moyen le mettant en mesure de donner aux problèmes qui se posent des solutions qui soient à l'abri de contestation devant les juridictions compétentes.

De kamer was samengesteld uit			La chambre était composée de
de Heren :	F. LEPAGE,	staatsraad,	voorzitter,
Messieurs :		conseiller d'Etat,	président,
	H. BUCH,	staatsraden,	
	P. VERMEULEN,	conseillers d'Etat,	
Mevrouw :	J. DE KOSTER,	adjunct-griffier,	griffier.
Madame :		greffier adjoint,	greffier.

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

Het verslag werd uitgebracht door de H. L. DUCHATELET, substituut.

La concordance entre la version néerlandaise et la version française a été vérifiée sous le contrôle de M. H. BUCH.

Le rapport a été présenté par M. L. DUCHATELET, substitut.

DE GRIFFIER - LE GREFFIER, DE VOORZITTER - LE PRESIDENT,

(get.) J. DE KOSTER. (get.) F. LEPAGE.