

KONINKRIJK BELGIË

ROYAUME DE BELGIQUE

ADVIES 35.393/3

VAN DE AFDELING WETGEVING
VAN DE RAAD VAN STATE

Avis 35.393/3

DE LA SECTION DE LÉGISLATION
DU CONSEIL D'ÉTAT

De RAAD VAN STATE, afdeling wetgeving, derde kamer, op 17 april 2003 door de Minister van Volksgezondheid verzocht hem van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit "tot vaststelling van de erkenningscriteria van huisartspraktijken", heeft, na de zaak te hebben onderzocht op de zittingen van 1 juli 2003, 18 september 2003, 9 oktober 2003 en 14 oktober 2003, op laatstvermelde datum het volgende advies gegeven:

Le CONSEIL D'ÉTAT, section de législation, troisième chambre, saisi par le Ministre de la Santé publique, le 17 avril 2003, d'une demande d'avis sur un projet d'arrêté royal "fixant les critères d'agrément des pratiques de médecine générale", après avoir examiné l'affaire en ses séances des 1^{er} juillet 2003, 18 septembre 2003, 9 octobre 2003 et 14 octobre 2003, a donné, à cette dernière date, l'avis suivant:

STREKKING VAN HET ONTWERP

1. Het voor advies voorgelegde ontwerp van koninklijk besluit strekt ertoe erkenningscriteria vast te leggen voor verschillende types van huisartspraktijken.

Voor elke huisartspraktijk, ongeacht of ze door één of door meer huisartsen wordt verzorgd, gelden een aantal gemeenschappelijke erkenningscriteria (artikel 2). Bijkomende, bijzondere erkenningscriteria gelden voor huisartspraktijken die in groepsverband worden uitgeoefend, met name voor het samenwerkingsverband van huisartsen (artikel 3), de huisartsgroepspraktijk (artikel 4) en het eerstelijnsgezondheidscentrum (artikel 5). Het ontwerp bevat voorts bijzondere bepalingen i.v.m. de uitvoering van bepaalde administratieve taken (artikel 6), de organisatie van de praktijkpermanentie (artikel 7), de organisatie van het gezamenlijk praktijkbeheer en het praktijkoverleg (artikel 8), en de eventuele deelname aan multidisciplinaire zorgprogramma's (artikelen 9 en 10) en aan wijkgebonden en wijkgerichte gezondheidsactiviteiten (artikel 11) ⁽¹⁾.

Het ontwerp voorziet voorts in de mogelijkheid voor een huisartspraktijk om zich te laten registreren bij de FOD Volksgezondheid (lees FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu) (artikel 12).

Ten slotte wordt in het ontwerp de procedure geregeld voor de erkenning van een huisartspraktijk (artikelen 13 tot 18).

In zoverre het ontwerp betrekking heeft op de uitoefening van een huisartspraktijk in groepsverband, is de ontworpen regeling bedoeld om in de plaats te komen van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 betreffende de groepspraktijken van huisartsen en het koninklijk besluit van 16 juni 1999 betreffende de associaties en samenwerkingsverbanden. Die besluiten worden dan ook opgeheven (artikelen 19 en 20).

⁽¹⁾ Voor de uitoefening van sommige van die activiteiten zouden subsidies toegekend worden. De subsidiëeringsvoorwaarden en de subsidiëeringsprocedure zouden het voorwerp uitmaken van een afzonderlijk ontwerp van besluit.

BEVOEGDHEID VAN DE FEDERALE OVERHEID

2. Op grond van artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen zijn de gemeenschappen in beginsel bevoegd voor "het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen".

De maatregelen waarin het ontwerp voorziet, beogen het invoeren van een regeling voor de erkenning van huisartspraktijken.

Opdat de federale overheid bevoegd zou zijn voor het opzetten van een dergelijke regeling, zou aangetoond moeten worden dat ze betrekking heeft, hetzij op een van de aangelegenheden die bij artikel 5, § 1, I, 1°, a) tot g), van de bijzondere wet aan de federale overheid zijn voorbehouden, hetzij op een aangelegenheid die is blijven behoren tot de residuaire bevoegdheid van de federale overheid.

3. In het kader van het onderzoek van het voorliggende ontwerp dient in het bijzonder rekening te worden gehouden met de residuaire bevoegdheid van de federale overheid inzake de uitoefening van de geneeskunst en de andere medische en paramedische beroepen ⁽²⁾. Zoals blijkt uit o.m. de parlementaire voorbereiding van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, is de bedoelde aangelegenheid niet begrepen in de overdracht van bevoegdheden inzake gezondheidszorg aan de gemeenschappen ⁽³⁾.

Op grond van de bevoegdheid inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen kan de federale overheid het eigenlijke medisch handelen regelen, en met name bepalen in welke mate de diagnostische en de therapeutische

⁽²⁾ Dat de stellers van het ontwerp zich beroepen op die residuaire bevoegdheid van de federale overheid, blijkt uit het feit dat in de aanhef van het ontworpen besluit, voor de rechtsgrond van de ontworpen regeling, verwezen wordt naar artikel 35 *duodecies* van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Volgens het tweede lid van die bepaling kan de Koning, onder meer voor de artsen, regels uitvaardigen met betrekking tot de structuur en de organisatie van de praktijk.

⁽³⁾ Memorie van toelichting, Parl. St., Senaat, 1979-80, nr. 434-1, p. 7; verslag, Parl. St., Senaat, 1979-80, nr. 434-2, p. 125; verklaring van de heer Califice, Minister van Volksgezondheid en Leefmilieu, Parl. Hand., Senaat, 20 juli 1980, p. 2319; verslag, Parl. St., Kamer, 1979-80, nr. 627-10, p. 52.

vrijheid geldt voor de beoefenaars van een gezondheidszorgberoep ⁽⁴⁾. Voorts kan de federale overheid het uitoefenen van activiteiten van geneeskundige of paramedische aard afhankelijk stellen van een erkenning, en die erkenning aan vereisten o.m. van studie en opleiding onderwerpen ⁽⁵⁾.

Het regelen van "de structuur en de organisatie van de praktijk", als bedoeld in artikel 35*duodecies* van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, kan eveneens gerekend worden tot de federale bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunst en de paramedische beroepen. Op dit punt moet evenwel rekening gehouden worden met de bevoegdheid van de gemeenschappen om de zorgverstrekking in en buiten de verzorgingsinstellingen te regelen. De federale overheid kan zich slechts inlaten met de structuur en de organisatie van de praktijk, in zoverre de door haar vastgestelde regels een voldoende band vertonen met de eigenlijke zorgverstrekking door de individuele beoefenaars van een gezondheidszorgberoep. In artikel 35*duodecies*, vierde lid, van het koninklijk besluit nr. 78 worden bij wijze van voorbeeld de volgende aspecten van de organisatie en de structuur van de medische praktijk opgesomd: "de organisatie en het beheer van het algemeen medisch dossier; de organisatie en, in voorkomend geval, de erkenningscriteria van de groepspraktijk en van diverse samenwerkingsverbanden; de rolomschrijving van en taakafspraken tussen huisartsen en specialisten". In zoverre die aspecten een nauwe band met het eigenlijke medisch handelen vertonen, kunnen ze geacht worden tot de bevoegdheid van de federale overheid te behoren ⁽⁶⁾.

⁽⁴⁾ Rdpl. Arbitragehof, 15 juli 1998, nr. 83/98, overw. B.5.14. Onder het eigenlijke medisch handelen kan verstaan worden wat in artikel 35*duodecies*, derde lid, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 wordt omschreven als "het stellen van de diagnose, de keuze, het instellen van de behandeling en de uitvoering ervan".

⁽⁵⁾ Arbitragehof, 18 december 1996, nr. 81/96, overw. B.4.2.

⁽⁶⁾ Die vaststelling neemt overigens niet weg dat ook de gemeenschappen, op grond van hun bevoegdheid inzake de zorgverstrekking buiten de verplegingsinrichtingen, bepaalde maatregelen kunnen nemen, bijvoorbeeld i.v.m. de samenwerking tussen beoefenaars van een gezondheidszorgberoep en andere personen en diensten. Zie bijv., i.v.m. de bevoegdheid om aan voorzieningen buiten de ziekenhuizen de verplichting op te leggen om aan zorgverstrekking te doen via een netwerk van zorgvoorzieningen, Arbitragehof, 31 oktober 2000, nr. 108/2000, overw. B.3.3.

4. Te dezen voorziet artikel 2 van het ontwerp in erkenningsvoorwaarden die gelden voor alle vormen van huisartspraktijk. Die voorwaarden, die i.h.b. betrekking hebben op de verplichting om medische dossiers samen te stellen en op de verplichting tot samenwerking met andere gezondheidswerkers en eventueel met gezondheidsvoorzieningen ⁽⁷⁾, kaderen binnen de regeling van de uitoefening van de huisartsgeneeskunde, en behoren dus tot de bevoegdheid van de federale overheid.

De artikelen 3 tot 5 bevatten erkenningsvoorwaarden voor bijzondere types van huisartspraktijken. Ook die voorwaarden blijken een voldoende band te vertonen met de zorgverstrekking door de individuele beroepsbeoefenaars.

Wat de activiteiten betreft, bedoeld in de artikelen 6 tot 8 van het ontwerp, blijken de administratieve taken opgesomd in artikel 6, 1°, eerder betrekking te hebben op de organisatie van de voorziening als zodanig dan op de uitoefening van de huisartsgeneeskunde door de individuele zorgverstrekkers. De federale overheid is dan ook niet bevoegd om regels vast te stellen m.b.t. die taken. De overige bepalingen kunnen wel geacht worden te behoren tot de bevoegdheid van de federale overheid.

In de artikelen 9 en 10 worden regels vastgesteld i.v.m. de wijze waarop een huisartspraktijk deelneemt aan multidisciplinaire zorgprogramma's ten behoeve van de chronische patiënten van de betrokken praktijkpopulatie of ten behoeve van bepaalde doelgroepen. De Raad van State begrijpt die regels zo dat ze verband houden met de organisatie van de samenwerking tussen de betrokken voorzieningen, niet met de wijze waarop binnen elke voorziening de individuele beoefenaars van een gezondheidszorgberoep instaan voor hun deel van de verzorging, noch met de wijze waarop die individuele beroepsbeoefenaars met elkaar samenwerken. . Als zodanig vallen

⁽⁷⁾ Het ontwerp voorziet niet in een verplichting voor de gezondheidsvoorzieningen om met huisartsen samen te werken. Voor het opleggen van een dergelijke verplichting aan voorzieningen buiten de verzorgingsinstellingen zouden de gemeenschappen bevoegd zijn.

deze regels niet binnen de bevoegdheid van de federale overheid inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. De artikelen 9 en 10 hebben dan ook geen plaats in het ontwerp ⁽⁸⁾.

Artikel 11 bevat regels i.v.m. de wijze waarop een huisartspraktijk deelneemt aan activiteiten ter ondersteuning van de gezondheid van de doelpopulatie in een bepaalde wijk. Ook deze regels hebben betrekking op de samenwerking van de voorziening met andere diensten, niet op de samenwerking tussen de huisartsen zelf en die diensten. Artikel 11 hoort dan ook evenmin thuis in het ontwerp.

De artikelen 12 tot 18 bevatten bepalingen i.v.m. de registratie van huisartspraktijken en i.v.m. de procedure voor de erkenning van die praktijken. Als accessorium van de bepalingen waarbij de huisartspraktijk inhoudelijk wordt geregeld, vallen de genoemde artikelen eveneens binnen de bevoegdheid van de federale overheid.

ALGEMENE OPMERKINGEN

5. De structuur van de ontworpen regeling is vrij ondoorzichtig. Het ontwerp zou per type van huisartspraktijk duidelijk moeten aangeven aan welke erkenningsvoorwaarden moet zijn voldaan. Onduidelijkheid bestaat in het bijzonder m.b.t. de voorwaarden bedoeld in de artikelen 6 tot 11. Noch het opschrift van hoofdstuk 3, noch de bepalingen vervat in de artikelen 3, tweede lid, 4, 5°, tweede lid, en 5, 6°, tweede lid, kunnen volstaan om terzake de nodige rechtszekerheid te bieden.

6. De nummering van afdelingen moet in hoofdstuk 3 opnieuw beginnen met 1.

⁽⁸⁾ De federale overheid zou eventueel wel bevoegd zijn om terzake regels vast te stellen die gerekend kunnen worden tot de "organieke wetgeving" (artikel 5, § 1, I, 1°, a), van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen; zie artikel 9^{ter} van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, dat betrekking heeft op zorgvoorzieningen die niet ressorteren onder de bevoegdheid van de gemeenschappen). Hoe dan ook kan ze echter in geen geval unilateraal een regeling treffen die betrekking heeft op de totaliteit van de zorgverstrekking buiten de ziekenhuizen (Arbitragehof, 31 oktober 2000, nr. 108/2000, overw. B.3.3).

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Artikel 1

7. Verscheidene van de definities vervat in artikel 1 worden maar één keer gebruikt in het bepalend gedeelte van het ontwerp. In die gevallen verdient het aanbeveling om de definitie in de betrokken bepaling zelf te verwerken. Een opeenstapeling van definities bemoeilijkt immers de leesbaarheid en de doorzichtigheid van het ontwerp.

Sommige definities zijn overigens zo beperkend dat ze eigenlijk een onderdeel vormen van de erkenningscriteria en dus veeleer het karakter van een rechtsregel vertonen.

8. In artikel 1, 10°, wordt de term "samenwerkingsverband" gebruikt. Die term geeft onvoldoende aan dat het om een samenwerkingsverband van huisartsen gaat. In artikel 3 wordt voor hetzelfde begrip de uitdrukking "huisartspraktijk van een samenwerkingsverband" gebruikt (en in het opschrift van afdeling 2 is sprake van "huisartspraktijken omtrent samenwerkingsverbanden").

Men gebruike overal dezelfde terminologie. De Raad van State suggereert om de term "huisartsensamenwerkingsverband" te gebruiken.

Artikel 3

9. Gelet op de conclusie i.v.m. de bevoegdheid van de federale overheid (opmerking 4), dient in artikel 3, tweede lid, de verwijzing naar de artikelen 9 en 10 te worden weggelaten.

Deze opmerking geldt eveneens voor de artikelen 4, 5°, tweede lid, en 5, 6°, tweede lid.

.../...

Artikel 4

10. De bepalingen vervat in artikel 4, 5° ⁽⁹⁾, dienen het voorwerp uit te maken van afzonderlijke leden.

Mutatis mutandis geldt deze opmerking eveneens voor artikel 5, 6°.

Artikel 14

11. Een indeling in paragrafen moet betrekking hebben op het hele artikel, dus ook op de inleidende bepaling. Het is beter om de indeling in paragrafen en vervolgens in 1° en 2° te vervangen door een indeling in 1° en 2° en vervolgens in a) en b).

Bovendien moeten de bepalingen vervat in de huidige paragrafen 1 en 2 in taalkundig correcte volzinnen worden geredigeerd.

Artikel 18

12. De tweede volzin is overbodig: de Koning hoeft zichzelf niet te machtigen om de daarin bedoelde voorwaarden vast te stellen. Die voorwaarden zouden trouwens best meteen in het ontworpen besluit worden bepaald.

Artikel 20

13. Volgens deze bepaling wordt het koninklijk besluit van 16 juni 1999 betreffende de associaties en samenwerkingsverbanden opgeheven, "wat het toepassingsgebied van de huisartsen betreft".

Tegen een aldus beperkte opheffing bestaan wetgevingstechnische bezwaren. Van de adressaat van de regelgeving mag niet verwacht worden dat hij zelf gaat uitzoeken welke bepalingen concreet opgeheven worden.

⁽⁹⁾ De verwijzing in artikel 4, 2°, zal ook aangepast moeten worden. Men vervange "in art. 4, 5°" door "in het tweede lid".

Artikel 20 moet vervangen worden door een of meer bepalingen waarbij de nodige wijzigingen in het koninklijk besluit van 16 juni 1999 worden aangebracht, opdat voortaan duidelijk is dat associaties en samenwerkingsverbanden van huisartsen niet meer onder toepassing van dat besluit vallen.

PORTÉE DU PROJET

1. Le projet d'arrêté royal soumis pour avis entend fixer les critères d'agrément de différents types de pratiques de médecine générale.

Chaque pratique de médecine générale, qu'elle soit assurée par un généraliste ou plusieurs, est soumise à un certain nombre de critères d'agrément communs (article 2). Des critères particuliers, supplémentaires, s'appliquent aux pratiques de médecine générale exercées en groupe, c'est-à-dire à l'association de médecins généralistes (article 3), à la pratique de groupe de médecine générale (article 4) et au centre de santé de soins de première ligne (article 5). Le projet comporte ensuite des dispositions particulières concernant l'exécution de certaines tâches administratives (article 6), l'organisation de la permanence de la pratique (article 7), l'organisation de la gestion commune de la pratique et la concertation au sein de la pratique de groupe (article 8) et la participation éventuelle à des programmes de soins multidisciplinaires (articles 9 et 10) et à des activités de santé liées à la population du quartier et ciblées sur celle-ci (article 11) ⁽¹⁾.

Le projet prévoit également la possibilité, pour une pratique de médecine générale, de se faire enregistrer au SPF Santé publique (lire: SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) (article 12).

Enfin, le projet règle la procédure à suivre pour l'agrément d'une pratique de médecine générale (articles 13 à 18).

En tant qu'il concerne l'exercice en groupe d'une pratique de médecine générale, le texte en projet est appelé à remplacer l'arrêté royal du 3 mai 1999 relatif aux pratiques de groupes de médecins généralistes et l'arrêté royal du 16 juin 1999 relatif aux associations et accords de collaboration, dont il prévoit dès lors l'abrogation (articles 19 et 20).

⁽¹⁾ Des subsides peuvent être alloués pour certaines de ces activités. Les conditions et la procédure d'octroi des subsides feraient l'objet d'un projet d'arrêté distinct.

COMPÉTENCE DE L'AUTORITÉ FÉDÉRALE

2. En vertu de l'article 5, § 1^{er}, I, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, les communautés sont en principe compétentes en ce qui concerne "la politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins".

Les mesures prévues dans le projet entendent instaurer un régime d'agrément des pratiques de médecine générale.

Pour que l'autorité fédérale soit compétente en ce qui concerne la mise en place d'un tel régime, il devrait être établi que celui-ci porte, soit sur l'une des matières réservées à l'autorité fédérale par l'article 5, § 1^{er}, I, 1°, a) à g), de la loi spéciale, soit sur une matière qui est restée de la compétence résiduelle de l'autorité fédérale.

3. Dans le cadre de l'examen du présent projet, il conviendra de tenir particulièrement compte de la compétence résiduelle de l'autorité fédérale concernant l'exercice de l'art de guérir et des autres professions médicales et paramédicales ⁽²⁾. Ainsi qu'il apparaît, entre autres, des travaux préparatoires de la loi spéciale du 8 août 1980, la matière visée n'est pas comprise dans le transfert des compétences en matière de soins de santé aux communautés ⁽³⁾.

En vertu de la compétence concernant l'exercice des professions des soins de santé, l'autorité fédérale peut régler l'acte médical proprement dit et prévoir notamment dans quelle mesure la liberté thérapeutique et de diagnostic s'applique aux professionnels

⁽²⁾ Le fait que le préambule de l'arrêté en projet fasse référence, pour le fondement légal de la réglementation en projet, à l'article 35^{duodecies} de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, indique que les auteurs du projet se fondent sur cette compétence résiduelle de l'autorité fédérale. Selon l'alinéa 2 de cette disposition, le Roi peut fixer les règles concernant la structure et l'organisation de la pratique de la médecine générale, notamment.

⁽³⁾ Exposé des motifs, Doc. parl., Sénat, 1979-80, n° 434-1, p. 7; rapport, Doc. parl., Sénat, 1979-80, n° 434-2, p. 125; déclaration de M. Califice, Ministre de la Santé publique et de l'Environnement, Ann. parl., Sénat, 20 juillet 1980, p. 2319; rapport, Doc. parl., Chambre, 1979-80, n° 627-10, p. 52.

des soins de santé ⁽⁴⁾. En outre, l'autorité fédérale peut subordonner l'exercice d'activités de nature médicale ou paramédicale à un agrément et soumettre cet agrément à des conditions relatives notamment aux études et à la formation ⁽⁵⁾.

Le règlement de "la structure et (de) l'organisation de la pratique", au sens de l'article 35*duodecies* de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé peut également être compris dans la compétence fédérale concernant l'exercice de l'art de guérir et des professions paramédicales. À cet égard, il faut toutefois tenir compte de la compétence des communautés pour régler la dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins. L'autorité fédérale peut uniquement intervenir dans la structure et l'organisation de la pratique dans la mesure où les règles qu'elle fixe présentent un rapport suffisant avec la dispensation de soins proprement dite qui est fournie à titre individuel par les praticiens d'une profession des soins de santé. L'article 35*duodecies*, alinéa 4, de l'arrêté royal n° 78 énumère, à titre d'exemples, les aspects suivants de l'organisation et de la structure de la pratique médicale: "l'organisation et la gestion du dossier médical général; l'organisation et, le cas échéant, les critères d'agrément de la pratique de groupe et de divers accords de collaboration; la définition du rôle et des accords de répartition des tâches entre généralistes et spécialistes". Dans la mesure où ces aspects présentent un rapport étroit avec l'acte médical proprement dit, ils peuvent être censés relever de la compétence de l'autorité fédérale ⁽⁶⁾.

⁽⁴⁾ Cf. Cour d'arbitrage, 15 juillet 1998, n° 83/98, cons. B.5.14. Par "acte médical proprement dit", on peut comprendre ce que l'article 35*duodecies*, alinéa 3, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 définit comme étant "l'établissement du diagnostic, (...) le choix, la mise en route et l'exécution du traitement".

⁽⁵⁾ Cour d'arbitrage, 18 décembre 1996, n° 81/96, cons. B.4.2.

⁽⁶⁾ Cette constatation n'empêche d'ailleurs pas qu'en vertu de leur compétence en matière de dispensation de soins en dehors des établissements de soins, les communautés puissent également prendre certaines mesures, par exemple en ce qui concerne la collaboration entre des professionnels des soins de santé et d'autres personnes et services. Voir, par exemple, en ce qui concerne la compétence d'imposer à des institutions en dehors des hôpitaux l'obligation de dispenser des soins de santé par un réseau d'équipements de soins, Cour d'arbitrage, 31 octobre 2000, n° 108/2000, cons. B.3.3.

4. En l'espèce, l'article 2 du projet prévoit des conditions d'agrément s'appliquant à toutes les formes de pratique de médecine générale. Ces conditions, qui concernent spécialement l'obligation de constituer des dossiers médicaux ainsi que l'obligation de collaborer avec d'autres professionnels de la santé et éventuellement avec des institutions de soins de santé ⁽⁷⁾, s'inscrivent dans le cadre de la réglementation de l'exercice de la médecine générale et relèvent donc de la compétence de l'autorité fédérale.

Les articles 3 à 5 comprennent des conditions d'agrément pour des types particuliers de pratiques de médecine générale. Ces conditions paraissent également présenter un rapport suffisant avec la dispensation de soins par les praticiens individuels.

En ce qui concerne les activités visées aux articles 6 à 8 du projet, les tâches administratives énumérées à l'article 6, 1°, paraissent plutôt concerner l'organisation de l'institution en tant que telle que l'exercice de la médecine générale par des prestataires de soins individuels. L'autorité fédérale n'est dès lors pas compétente pour fixer des règles relatives à ces tâches. Les autres dispositions peuvent toutefois être réputées relever de la compétence de l'autorité fédérale.

Les articles 9 et 10 établissent des règles concernant la manière dont une pratique de médecine générale participe à des programmes de soins multidisciplinaires destinés aux patients chroniques de la patientèle concernée ou à certains groupes cibles. Le Conseil d'État entend ces règles en ce sens qu'elles présentent un rapport avec l'organisation de la collaboration entre les institutions concernées et non avec la manière dont les différents professionnels des soins de santé assument, au sein de chaque institution, leur part de soins, ni avec la manière dont les différents professionnels collaborent entre eux. À ce titre, ces règles ne sont pas de la compétence de l'autorité

⁽⁷⁾ Le projet ne prévoit pas l'obligation, pour les institutions de soins de santé, de collaborer avec des généralistes. Il serait de la compétence des communautés d'imposer pareille obligation à des institutions en dehors des établissements de soins.

fédérale en ce qui concerne l'exercice des professions des soins de santé. Les articles 9 et 10 n'ont dès lors pas leur place dans le projet ⁽⁸⁾.

L'article 11 règle les modalités de participation d'une pratique de médecine générale à des activités visant à améliorer la santé de la population cible dans un quartier déterminé. Les règles qu'il énonce concernent elles aussi la collaboration de cette structure avec d'autres services, et non la collaboration entre les médecins généralistes proprement dits et les services en question. Il s'ensuit que l'article 11 n'a pas davantage sa place dans le projet.

Les articles 12 à 18 comprennent des dispositions concernant l'enregistrement de pratiques de médecine générale et la procédure à suivre pour l'agrément de ces pratiques. En tant qu'ils sont accessoires aux dispositions qui règlent la substance de la pratique de la médecine générale, les articles susvisés entrent également dans la compétence de l'autorité fédérale.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

5. La structure de la réglementation en projet manque de clarté. Le projet devrait indiquer clairement, par type de pratique de médecine générale, les conditions d'agrément à remplir. Cette absence de précision se constate notamment concernant les conditions visées aux articles 6 à 11. Ni l'intitulé du chapitre 3, ni les dispositions figurant aux articles 3, alinéa 2, 4, 5°, alinéa 2, et 5, 6°, alinéa 2, ne peuvent suffire à apporter la sécurité juridique nécessaire à cet égard.

⁽⁸⁾ L'autorité fédérale serait cependant éventuellement compétente pour fixer à cet égard des règles pouvant être qualifiées de "législation organique" (article 5, § 1^{er}, I, 1°, a), de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles; cf. article 9^{ter} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, qui concerne les équipements de soins qui ne relèvent pas de la compétence des communautés). Quoi qu'il en soit, elle ne peut en aucun cas édicter unilatéralement de réglementation qui concerne la totalité de la dispensation de soins au dehors des hôpitaux (Cour d'arbitrage, 31 octobre 2000, n° 108/2000, cons. B.3.3).

6. La numérotation des sections doit, au chapitre 3, recommencer à 1.

EXAMEN DU TEXTE

Article 1^{er}

7. Plusieurs définitions inscrites à l'article 1^{er} ne sont utilisées qu'une seule fois dans le dispositif du projet. Dans ce cas, il est recommandé d'inclure la définition dans la disposition concernée même. En effet, une accumulation de définitions nuit à la lisibilité et à la transparence du projet.

Certaines définitions sont d'ailleurs à ce point restrictives qu'elles constituent en fait un élément des critères d'agrément et présentent donc plutôt le caractère d'une norme juridique.

8. L'article 1^{er}, 10°, emploie le terme "association". Ce terme n'indique pas assez explicitement qu'il s'agit d'une association de médecins généralistes. À l'article 3, cette même notion est exprimée par les termes "pratique de médecine générale d'une association" (dans l'intitulé de la section 2, il est question de "pratiques de médecine générale quant aux associations").

Il convient d'utiliser partout la même terminologie. Le Conseil d'État suggère d'employer les termes "association de médecins généralistes".

Article 3

9. Vu la conclusion formulée à propos de la compétence de l'autorité fédérale (observation 4), il convient, à l'article 3, alinéa 2, d'omettre la référence aux articles 9 et 10.

Cette observation s'applique également aux articles 4, 5°, alinéa 2, et 5, 6°, alinéa 2.

Article 4

10. Les dispositions inscrites à l'article 4, 5° ⁽⁹⁾, doivent faire l'objet d'alinéas distincts.

Cette observation s'applique également mutatis mutandis à l'article 5, 6°.

Article 14

11. Une division en paragraphes doit concerner l'ensemble de l'article, et donc également la disposition introductive. Il vaut mieux remplacer la division en paragraphes et ensuite en 1° et 2° par une division en 1° et 2° et ensuite en a) et b).

En outre, les dispositions des actuels paragraphes 1^{er} et 2 doivent faire l'objet de phrases linguistiquement correctes.

Article 18

12. La seconde phrase est superflue: le Roi ne doit pas s'habiliter à fixer les conditions visées. Celles-ci gagneraient d'ailleurs à être directement inscrites dans l'arrêté en projet.

Article 20

13. Cette disposition prévoit d'abroger l'arrêté royal du 16 juin 1999 relatif aux associations et accords de collaboration "[en tant qu'il] s'applique aux médecins généralistes".

⁽⁹⁾ La référence figurant à l'article 4, 2°, devra également être adaptée. Il conviendra de remplacer "à l'art. 4, 5°" par "à l'alinéa 2".

Une abrogation ainsi restreinte soulève des objections d'ordre légistique. On ne peut attendre du destinataire de la législation qu'il identifie par lui-même les dispositions qui sont concrètement visées par cette abrogation.

On remplacera l'article 20 par une ou plusieurs dispositions qui inséreront dans l'arrêté royal du 16 juin 1999 les modifications qui s'imposent pour faire apparaître clairement que les associations et accords de collaboration entre médecins généralistes ne sont désormais plus régis par l'arrêté précité.

De kamer was samengesteld uit

La chambre était composée de

de Heren
Messieurs

W. DEROOVER,

eerste voorzitter,
premier président,

D. ALBRECHT,
P. LEMMENS,

staatsraden,
conseillers d'État,

H. COUSY,
J. VELAERS,

assessoren van de afdeling wetgeving,
assesseurs de la section de législation,

Mevrouw
Madame

A.-M. GOOSSENS,

griffier,
greffier.

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

Het verslag werd uitgebracht door de H. J. VAN NIEUWENHOVE, auditeur. De nota van het Coördinatiebureau werd opgesteld door de H. G. DE BLEECKERE, referendaris.

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

Le rapport a été présenté par M. J. VAN NIEUWENHOVE, auditeur. La note du Bureau de coordination a été rédigée par M. G. DE BLEECKERE, référendaire.

DE GRIFFIER - LE GREFFIER,

DE EERSTE VOORZITTER - LE
PREMIER PRÉSIDENT,

A.-M. GOOSSENS

W. DEROOVER