



RAAD VAN STATE

afdeling Wetgeving

advies 57.383/VR/3
van 27 mei 2015

over

een ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering ‘betreffende
de huisartsenkringen’

Op 8 april 2015 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin verzocht binnen een termijn van dertig dagen, verlengd tot vijfenveertig dagen,^(*) en daarna nog verlengd tot 27 mei 2015, een advies te verstrekken over een ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering ‘betreffende de huisartsenkringen’.

Het ontwerp is, wat de bevoegdheidsvraag betreft, door de verenigde kamers onderzocht op 11 mei 2015. De verenigde kamers waren samengesteld uit Jo BAERT, kamervoorzitter, voorzitter, Pierre Vandernoot, kamervoorzitter, Jan SMETS, Jacques JAUMOTTE, Jeroen VAN NIEUWENHOVE en Luc DETROUX, staatsraden, Colette GIGOT en Greet VERBERCKMOES, griffiers.

Het verslag is uitgebracht door Rein THIELEMANS, eerste auditeur, en Yves DELVAL, auditeur.

Het ontwerp is voor het overige door de derde kamer onderzocht op 11 mei 2015. De kamer was samengesteld uit Jo BAERT, kamervoorzitter, Jan SMETS en Jeroen VAN NIEUWENHOVE, staatsraden, en Greet VERBERCKMOES, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Rein THIELEMANS, eerste auditeur.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 27 mei 2015.

*

^(*) Deze verlenging vloeit voort uit artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, waarin wordt bepaald dat de termijn van dertig dagen verlengd wordt tot vijfenveertig dagen in het geval waarin het advies gegeven wordt door de verenigde kamers met toepassing van artikel 85bis.

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, heeft de afdeling Wetgeving zich toegespitst op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

*

STREKKING VAN HET ONTWERP

2. Met het voor advies voorgelegde ontwerp wordt een regeling beoogd inzake de erkenning en subsidiëring van huisartsenkringen. Een huisartsenkring is een vereniging die alle vrijwillig toegetreden praktijkvoerende artsen groepeerd die binnen een huisartsenzone hun beroepsactiviteit uitoefenen, om de in het ontwerp bedoelde opdrachten uit te oefenen (artikel 2 van het ontwerp). Die opdrachten bestaan uit het bekendmaken van de eerstelijnsgezondheidszorg en van de huisartsenwerking, het optimaliseren van de multidisciplinaire samenwerking tussen de eerstelijnszorgverstrekkers, het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met ziekenhuizen om de continuïteit van de patiëntenzorg te waarborgen, het optimaliseren van de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde voor alle patiënten van de huisartszone, het stimuleren en optimaliseren van gegevensuitwisseling tussen de huisartsen onderling en tussen de huisartsen en organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod en het organiseren van de huisartspraktijkpermanentie (artikel 7).

Het ontwerp regelt de afbakening van de huisartsenzones (artikel 3), bepaalt de voorwaarden om erkend te worden en de voorwaarden om erkend te blijven (artikelen 4 tot 8), regelt de procedure voor de erkenning en voor de schorsing en de intrekking van de erkenning (artikelen 9 tot 11) en bevat bepalingen met betrekking tot het toezicht en de controle (artikel 12) en met betrekking tot de subsidiëring van de erkende huisartsenkringen (artikelen 13 tot 20).

Daarnaast strekt het ontwerp ertoe terminologische wijzigingen aan te brengen in het koninklijk besluit van 23 maart 2012 ‘tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan’ (artikelen 21 en 22).

Het ontwerp strekt tevens tot opheffing van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 ‘tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen’, het koninklijk besluit van 4 juni 2003 ‘tot vaststelling van de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de werking van de huisartsenkringen erkend overeenkomstig de normen vastgesteld op basis van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen’, het koninklijk besluit van 16 februari 2006 ‘tot oprichting van een Federale Raad voor de Huisartsenkringen’, het ministerieel besluit van 28 juni 2002 ‘tot vaststelling van de voorwaarden tot het verkrijgen van de erkenning van huisartsenkringen’, het ministerieel besluit van 16 december 2002 ‘tot vaststelling van de erkenningsmodaliteiten van huisartsenkringen’ en het ministerieel besluit van 28 februari 2007 ‘houdende definitieve erkenning van huisartsenkringen’ (artikel 23).

Het ontwerp bevat een overgangsregeling voor de reeds erkende huisartsenkringen en voor de aanvragen tot wijziging van huisartsenzones (artikelen 24 en 25).

Het te nemen besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2015 (artikel 26).

BEVOEGDHEID

3. Naar aanleiding van de Zesde Staatshervorming zijn de gemeenschappen¹ bevoegd geworden voor “de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn” (artikel 5, § 1, I, eerste lid, 6°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 ‘tot hervorming der instellingen’).²

In de parlementaire voorbereiding wordt ter zake onder meer het volgende uiteengezet omtrent de draagwijdte van die bevoegdheidsoverdracht, toegespitst op de ontworpen regeling:

“De ondersteuning van de gezondheidsberoepen van de eerste lijn en de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg zullen aan de gemeenschappen worden overgedragen. *In concreto* gaat het onder meer over het Impulsefonds, huisartsenkringen, (...).

(...)

Op de vierde plaats worden de gemeenschappen bevoegd voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en voor de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn, met uitzondering van datgene wat behoort tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De bevoegdheid voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg is op dit ogenblik verdeeld tussen de federale overheid en de gemeenschappen. De gemeenschappen zijn op grond van artikel 5, § 1, I, 1°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen principieel bevoegd voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, zij het dat zij daarbij op geen enkele wijze afbreuk mogen doen aan de bevoegdheden van de federale overheid zoals die zijn omschreven in de litterae *a)* tot *g)* van die bepaling, noch aan de andere federale bevoegdheden zoals de federale bevoegdheid inzake de ‘uitoefening van de geneeskunst en de paramedische beroepen’³. Bovendien is de federale overheid tot op heden bevoegd gebleven voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, zo ook wanneer deze betrekking heeft op de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn.

¹ Mede gelet op hetgeen bepaald wordt in artikel 3, 6°, van het bijzonder decreet van 3 april 2014 van de Franse Gemeenschap ‘relatif aux compétences de la Communauté française dont l’exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française’ (alook in de ermee samenhangende decreten van 4 april 2014 en 11 april 2014 van de Franse Gemeenschapscommissie, respectievelijk het Waalse Gewest), zijn ter zake de Vlaamse Gemeenschap, het Waalse Gewest, de Franse Gemeenschapscommissie, de Duitstalige Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bevoegd, elk binnen zijn of haar respectieve bevoegdheidssfeer.

² Ingevoegd bij artikel 6 van de bijzondere wet van 6 januari 2014 ‘met betrekking tot de Zesde Staatshervorming’.

³ Voetnoot 1 van de aangehaalde passage: Zie GwH 28 september 2005, 147/2005 en adv. RvS 35.773/3 van 18 september 2003 over een voorontwerp van decreet ‘betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders’, *Parl.St.*, VI. Parl. 2003-04, 1882/1.

Onder ‘organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn’ verstaat men de infrastructurele en organisatorische omkadering van het gezondheidszorgniveau buiten acute ziekenhuizen waar professionele hulpverleners zich toeleggen op de eerste deskundige opvang en de begeleiding van gezondheidsproblemen die de patiënt ervaart zelf niet te kunnen oplossen. Zo worden de gemeenschappen bijvoorbeeld bevoegd voor de regels met betrekking tot de huisartsenkringen die de wachtdiensten organiseren, het Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde⁴, de financiering van de huisartsenkringen⁵, (...).

(...)

Een bedrag dat overeenstemt met het budget dat hier thans aan wordt besteed door de ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt telkens mee overgeheveld naar de gemeenschappen via een wijziging van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de gemeenschappen en de gewesten (*Parl.St.*, Kamer, zitting 2012-2013, nr. 53-2974/1).

De gemeenschappen kunnen ook nieuwe instrumenten ontwikkelen voor de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn.”⁶

4. De federale overheid beschikt van haar kant evenwel ook over de residuaire bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde. Hierover wordt in de parlementaire voorbereiding het volgende uiteengezet:

“In dit kader [namelijk de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorginstellingen] blijft de federale overheid ook bevoegd voor de uitoefening van de geneeskunst.

(...)

Met uitzondering van de hieronder vermelde bevoegdheden van de gemeenschappen met betrekking tot de contingentering van gezondheidszorgberoepen en de bevoegdheid om zorgverstrekkers te erkennen, houden de aan de gemeenschappen toegewezen bevoegdheden, inzonderheid die met betrekking tot de gezondheidsopvoeding en de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, evenwel niet de mogelijkheid in om de uitoefening van de geneeskunde te regelen en ook niet van de geneesmiddelen en levensmiddelen.

(...)

Het regelen van de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen is tot op heden tot de residuaire bevoegdheid van de federale overheid blijven behoren⁷.

⁴ Voetnoot 1 van de aangehaalde passage: Zie bijvoorbeeld artikel 36*duodecies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en het koninklijk besluit van 23 maart 2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan.

⁵ Voetnoot 2 van de aangehaalde passage: Zie bijvoorbeeld artikel 36*quater* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994; het koninklijk besluit van 4 juni 2003 tot vaststelling van de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de werking van de huisartsenkringen erkend overeenkomstig de normen vastgesteld op basis van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen; het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen; het ministerieel besluit van 28 juni 2002 tot vaststelling van de voorwaarden tot het verkrijgen van de erkenning van huisartsenkringen; het ministerieel besluit van 16 december 2002 tot vaststelling van de erkenningsmodaliteiten van de huisartsenkringen.

⁶ *Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 5 en 39-41.

(...)

De federale overheid blijft onder meer, op basis van haar residuaire bevoegdheid, bevoegd – zoals vandaag reeds het geval is – voor (...) de reglementering aangaande de uitoefening van de geneeskunde en paramedische beroepen, daarin begrepen de patiëntenrechten (met uitzondering van de gerelateerde erkenningsnormen) (...), evenals voor de dringende geneeskundige hulpverlening.

Behoudens de nieuw toegewezen bevoegdheden, wijzigt dit voorstel op geen enkele wijze de huidige verdeling van bevoegdheden tussen de gemeenschappen en de federale overheid en beïnvloedt het op geen enkele wijze de omvang ervan.”⁸

In de parlementaire voorbereiding wordt ook verwezen naar arrest nr. 165/2009 van het Grondwettelijk Hof van 20 oktober 2009, waarin het volgende wordt overwogen:

“B.4. (...)

De aan de gemeenschappen toegewezen bevoegdheden, inzonderheid die met betrekking tot de gezondheidsopvoeding en de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, houden evenwel niet de mogelijkheid in om de uitoefening van de geneeskunde te regelen. Uit de parlementaire voorbereiding van artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen blijkt immers duidelijk dat het regelen van de uitoefening van de geneeskunde en van de paramedische beroepen niet behoort tot de aangelegenheden die, wat het gezondheidsbeleid betreft, als persoonsgebonden aangelegenheden aan de gemeenschappen zijn overgedragen (*Parl.St.*, Senaat, 1979-1980, nr. 434/1, p. 7).

B.5. Het begrip ‘uitoefening van de geneeskunde’ is noch in de voormelde parlementaire voorbereiding, noch in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen omschreven. Uit artikel 2, § 1, tweede lid, en § 2, derde lid, van het voormelde koninklijk besluit nr. 78 heeft het Hof in de arresten nr. 69/92 van 12 november 1992 (B.5) en nr. 83/98 van 15 juli 1998 (B.5.11) afgeleid dat een handeling tot de uitoefening van de geneeskunde behoort ‘wanneer zij tot doel heeft of wordt voorgesteld tot doel te hebben, bij een menselijk wezen onder meer, het onderzoeken van de gezondheidstoestand, het opsporen van ziekten en gebreken, het stellen van de diagnose of het instellen of uitvoeren van een behandeling van een fysieke of psychische, werkelijke of vermeende pathologische toestand’.

De federale bevoegdheid inzake de ‘uitoefening van de geneeskunde’ is derhalve beperkt tot het vaststellen van de handelingen die aan die omschrijving beantwoorden en tot het bepalen van de voorwaarden – onder meer de kwaliteitsvereisten – waaronder personen die handelingen mogen stellen of de daartoe geëigende beroepen mogen uitoefenen. De bevoegdheid van de federale wetgever kan derhalve niet elk aspect van de verhouding tussen de patiënten, die tevens als zorgbehoevenden kunnen worden omschreven, en de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen omvatten en mag bovendien niet dermate ruim worden begrepen dat de principiële bevoegdheid van de gemeenschappen voor het gezondheidsbeleid en de bijstand aan personen inhoudsloos zou worden. Het zou niet volstaan om een handeling die niet beantwoordt aan de criteria van het hiervoor omschreven begrip ‘uitoefening van de geneeskunde’ op te nemen in het voormelde koninklijk besluit nr. 78 of de uitvoeringsbesluiten ervan, opdat zou kunnen

⁷ Voetnoot 1 van de aangehaalde passage: GwH 21 maart 2007, 48/2007, B.5.2.

⁸ *Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 35, 43, 45 en 49.

worden besloten dat de aldus geregelde aangelegenheid tot de federale bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde zou behoren.”

5. Uit artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 ‘betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen’ (hierna: het koninklijk besluit nr. 78),⁹ alsook uit het op deze wetsbepaling gebaseerde koninklijk besluit van 8 juli 2002 ‘tot vaststelling van de opdrachten verleend aan huisartsenkringen’ kan worden afgeleid dat onder meer “de lokale organisatie van de medische permanentie”, zoals die onder meer is uitgewerkt in de artikelen 4 tot 8 van dat besluit, behoort tot de opdrachten van de huisartsenkringen.

Het gegeven dat de “organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg”, met name de “huisartsenkringen die de wachtdiensten organiseren”, door de bijzondere wetgever is overgedragen aan de gemeenschappen, neemt niet weg dat de federale overheid in het kader van haar residuaire bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde bevoegd is gebleven om te bepalen aan welke minimale eisen die medische permanentie voor huisartsen moet voldoen. Zo kan de federale overheid bepalen hoeveel huisartsen beschikbaar moeten zijn in het kader van die medische permanentie en gedurende welke tijdsvakken die beschikbaarheid gewaarborgd moet kunnen worden. Het staat de gemeenschappen vrij om door middel van de subsidieregeling voor huisartsenkringen meer verregaande doelstellingen inzake de medische permanentie voor huisartsen financieel te belonen, maar de federale minimale eisen inzake de medische permanentie voor huisartsen moeten in acht worden genomen.

Tevens is alleen de federale overheid bevoegd om huisartsen te verplichten om deel te nemen aan de medische permanentie.¹⁰ Deze aspecten van de medische permanentie moeten nog steeds tot de federale residuaire bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde gerekend worden, ook al gaat het om een vorm van medische permanentie die door middel van de huisartsenkringen wordt georganiseerd.

Daarbuiten, los van de lokale organisatie van de medische permanentie door middel van de huisartsenkringen, is de federale overheid eveneens bevoegd gebleven voor de regeling van de overige vormen van medische permanentie door huisartsen. Daaronder valt onder meer de regeling met betrekking tot een eenvormig oproepsysteem, waarvan gewag wordt gemaakt in artikel 9bis van het koninklijk besluit nr. 78, alsook, in het kader van de ziekteverzekering, de financiering van de huisartsenwachtposten.¹¹

⁹ Dit is de bepaling waarin de meeste besluiten met betrekking tot de huisartsenkringen die worden opgeheven bij artikel 23 van het te nemen besluit, hun rechtsgrond vinden.

¹⁰ Tot op heden bevat de reglementering inzake de huisartsenkringen geen dergelijke verplichting voor elke individuele huisarts. Een dergelijke verplichting kan wel, op algemene wijze, worden afgeleid uit artikel 117 van de Code van geneeskundige plichtenleer.

¹¹ Zie het koninklijk besluit van 13 januari 2006 ‘tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend aan de huisartsenwachtposten bedoeld in het artikel 56, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994’. Zie in dat verband vraag nr. 1115 van 10 juli 2013 over de huisartsenwachtpost in Brussel, *Vr. en Antw. Kamer* 2013-14, nr. 53-135, 56-57.

6.1. Onder meer in het licht van hetgeen voorafgaat, meent de Raad van State de volgende bevoegdheidsrechtelijke opmerkingen te moeten maken met betrekking tot een aantal bepalingen van het ontwerp.

6.2. Artikel 1, 5°, van het ontwerp bevat een definitie van het centraal oproepnummer, waarbij ook een aantal inhoudelijke kenmerken van dat systeem worden vermeld.

Aangezien het centraal oproepnummer een federale bevoegdheid is, kan de notie enkel worden gedefinieerd met een verwijzing naar de relevante federale regelgeving, namelijk artikel 9bis van het koninklijk besluit nr. 78.

De ontworpen definitie moet in die zin worden aangepast.

6.3. Artikel 4 van het ontwerp bepaalt onder meer dat per huisartsenzone maar één huisartsenkring kan worden erkend en dat in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad maar één Nederlandstalige huisartsenkring kan worden erkend.¹²

In advies 53.932/AV van 27 augustus 2013 heeft de Raad van State met betrekking tot de bevoegdheidsverdeling in persoonsgebonden aangelegenheden in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad onder meer uiteengezet dat de Vlaamse Gemeenschap in dat gebied uitsluitend bevoegd is ten aanzien van instellingen die er gevestigd zijn en die, *wegens hun organisatie*, moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de Vlaamse Gemeenschap, overeenkomstig artikel 128, § 2, van de Grondwet.¹³

Indien de stellers van het ontwerp zouden hebben bepaald dat in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad maar één huisartsenkring kan worden erkend, zou een dergelijke bepaling conform die grondwetsbepaling kunnen worden begrepen, maar door te bepalen dat het moet gaan om een *Nederlandstalige* huisartsenkring ontstaat onduidelijkheid aangaande de juiste toepassing van de voormelde grondwetsbepaling, doordat ook andere criteria dan de organisatie van de huisartsenkring in aanmerking genomen zouden kunnen worden.

Het is dan ook raadzaam om hetzij het woord “Nederlandstalige” weg te laten, hetzij het in artikel 128, § 2, van de Grondwet vervatte criterium over te nemen.

6.4. Artikel 16, tweede zin, van het ontwerp bepaalt dat de voorwaarden voor de subsidiëring van het systeem van het centraal oproepnummer door de federale overheid bepaald worden. Die ontworpen bepaling is onnauwkeurig, omdat de voorschriften die de federale overheid uitvaardigt met betrekking tot het eenvormig oproepsysteem bedoeld in artikel 9bis van het koninklijk besluit nr. 78 geen subsidievoorwaarden zijn, maar wel een directe reglementering. Onder meer huisartsenkringen kunnen zich volgens die wetsbepaling aansluiten bij dat systeem.

¹² Deze bepaling is wellicht gebaseerd op artikel 3 van het ministerieel besluit van 28 juni 2002, waarin onder meer wordt bepaald dat in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad een Franstalige en een Nederlandstalige huisartsenkring kan worden erkend. Zoals blijkt uit wat volgt, is het criterium “Nederlandstalig” evenwel niet gelukkig gekozen voor de territoriale bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap.

¹³ Adv.RvS 53.932/AV van 27 augustus 2013 over een voorstel dat heeft geleid tot de bijzondere wet van 6 januari 2014 ‘met betrekking tot de Zesde Staatshervorming’, *Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/3, 10-17.

De aanvullende financiering van de huisartsenkringen om hen financieel aan te moedigen om zich bij dat systeem aan te sluiten, behoort wel tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. De Vlaamse Gemeenschap is met andere woorden bevoegd om de aanvullende financiering bedoeld in artikel 16 van het ontwerp te regelen, maar niet om de werking van dat eenvormig oproepsysteem te regelen. De Vlaamse Gemeenschap kan enkel bepalen dat huisartsenkringen die zich bij het systeem aansluiten en de federale reglementering met betrekking tot dat systeem naleven, een dergelijke aanvullende financiering ontvangen. Het is dan ook dit element dat in artikel 16 van het ontwerp moet worden opgenomen, terwijl de tweede zin ervan moet worden weggelaten, omdat het niet aan de Vlaamse Gemeenschap staat om een bevoegdheid van de federale overheid te bevestigen.

6.5. Artikel 23 van het ontwerp strekt ertoe een aantal koninklijke en ministeriële besluiten met betrekking tot de huisartsenkringen op te heffen. Toch blijkt het niet de bedoeling te zijn van de stellers van het ontwerp om die teksten in hun geheel op te heffen. In de nota aan de Vlaamse Regering wordt dienaangaande het volgende gesteld:

“De organisatie van de wachtdienst blijft een federale bevoegdheid, waardoor in dit ontwerpbesluit geen enkele bepaling met betrekking tot de organisatie van de wachtdienst opgenomen is.

(...)

Een aantal federale besluiten betreffende de huisartsenkringen worden, voor wat Vlaanderen betreft, opgeheven.”

De gemachtigde verklaarde in dit verband het volgende:

“De gemeenschappen mogen niet raken aan de bevoegdheden die federaal gebleven zijn, zoals de federale bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde en de paramedische beroepen. Wachtdiensten betreffen de uitoefening van de geneeskunde.

(...)

Volgens de Kanselarij kunnen we het volledige KB opheffen, omdat we geen enkele bepaling waarvoor wij bevoegd zijn geworden, wensen te behouden. De werkingssfeer van een dergelijke opheffing strekt zich, naargelang van het geval, automatisch uit tot het Vlaamse Gewest of de Vlaamse Gemeenschap. Als wij dus het KB opheffen betreft het automatisch alleen die bepalingen waarvoor wij bevoegd geworden zijn.”

Zoals is uiteengezet in de opmerkingen 3 tot 5, behoort de regeling van de medische permanentie voor huisartsen gedeeltelijk nog steeds tot de residuaire bevoegdheid van de federale overheid inzake de uitoefening van de geneeskunde. Dit neemt niet weg dat de bevoegdheid inzake “de huisartsenkringen die de wachtdiensten organiseren” in beginsel aan de gemeenschappen toekomt in zoverre als uiteengezet in opmerking 5.

In beginsel zijn overheden niet verplicht hun bevoegdheden integraal in te vullen door middel van een regelgevend optreden, maar evenmin mag er onduidelijkheid bestaan aangaande de vraag welke overheid bevoegd is voor welke (aspecten van een) regeling. De

wetgevingstechnische aanbeveling¹⁴ waaraan de gemachtigde refereert, is erop gericht te vermijden dat op overbodige wijze wordt bepaald dat een opheffing van een federale regeling door een gemeenschap of een gewest beperkt is tot de bevoegdheidssfeer van die gemeenschap of dat gewest. Een dergelijke vermelding is overbodig, omdat ze voortvloeit uit de bevoegdheidsverdeling zelf.

Dit neemt echter niet weg dat de Vlaamse Gemeenschap geen bepalingen kan opheffen waarvoor zij materieel niet bevoegd is. Bovendien is het vanuit het oogpunt van de rechtszekerheid wenselijk om precies weer te geven welke bepalingen van de betrokken besluiten worden opgeheven, zodat het niet aan de burger wordt overgelaten om uit te maken welke bepalingen van deze besluiten nog gelden voor de Vlaamse Gemeenschap en welke niet.

De gemachtigde verstrekte het volgende overzicht van bepalingen die volgens de stellers van het ontwerp tot de bevoegdheid van de federale overheid moeten worden gerekend:

“K.B. van 8 juli 2002:

Blijven federale bepalingen:

Art. 1, 3°: definitie huisartsenwachtdienst

Art. 4: opdracht organisatie huisartsenwachtdienst

Art. 5: normen huisartsenwachtdienst

Art. 6: nadere bepaling normen HA-wachtdienst

Art. 7: registratie van gegevens in relatie tot de organisatie van de wachtdienst

De andere bepalingen behoren tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap.

K.B. van 4 juni 2003:

Blijven federale bepalingen:

art. 2, 2°: definitie huisartsenwachtdienst

art. 2, 5°: systeem van centraal oproepnummer: definitie

art. 4: subsidievoorwaarden centraal oproepnummer

MB 28 juni 2002:

Blijven federale bepalingen:

Art. 1, 3°: definitie huisartsenwachtdienst

Art. 4, § 5: bevoegdheid voor huisartsenwachtdienst

MB 16 december 2002:

Dit besluit betreft louter erkenningsmodaliteiten; al de bepalingen behoren tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap.”

In zoverre het koninklijk besluit van 8 juli 2002 betrekking heeft op de minimale eisen waaraan medische permanentie voor huisartsen moet voldoen, is de federale overheid ervoor bevoegd gebleven op grond van haar residuaire bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde. Dat is het geval voor artikel 1, 3° (*partim*), artikel 4, artikel 5, 1°, 2°, 4°, 5° en 8°, en artikel 6 (*partim*) van dat besluit, waarin wordt bepaald dat de huisartsenwachtdienst, zoals die

¹⁴ Zie *Beginnelsen van de wetgevingstechniek. Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, Raad van State, 2008, aanbeveling 139, te raadplegen op de internetsite van de Raad van State (www.raadvst-consetat.be). Zie ook omzendbrief VR/2014/4 van 9 mei 2014 ‘betreffende de wetgevingstechniek’, nr. 206.

door de huisartsenkringen wordt georganiseerd, minimaal tijdens de weekends en de feestdagen moet worden geregeld, dat de wachtdienst de gehele huisartsenzone moet dekken, dat afhankelijk van het tijdstip, één huisarts van wacht voor een bepaald inwonersaantal moet instaan, dat de huisartsenwachtdienst op een duidelijke wijze moet worden bekendgemaakt aan de bevolking en dat het eventuele gebruik van een systeem van het centraal oproepnummer gebeurt overeenkomstig de artikelen 2, 5°, en 4 van het koninklijk besluit van 4 juni 2003. De overige bepalingen van dat besluit hebben betrekking op andere opdrachten van de huisartsenkringen, alsook op de wijze waarop de wachtdienst concreet lokaal wordt georganiseerd. Deze bepalingen behoren tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap.

Het koninklijk besluit van 16 februari 2006 heeft betrekking op de samenstelling, de werkwijze en de taken van de Federale Raad voor de Huisartsenkringen. De gemeenschappen kunnen in het kader van hun bevoegdheden inzake de huisartsenkringen beslissen niet langer mee te werken aan deze federale instelling, maar zij zijn niet bevoegd om de bepalingen met betrekking tot de samenstelling en de werkwijze (de artikelen 1 tot 6, 9 en 10) op te heffen. Artikel 7, dat betrekking heeft op de taken van de Federale Raad voor de Huisartsenkringen, kan door de Vlaamse Gemeenschap worden opgeheven,¹⁵ zodat deze bepaling geen rechtsgevolgen meer kan hebben ten aanzien van de Vlaamse Gemeenschap en de huisartsenkringen die onder haar bevoegdheid vallen.

Het koninklijk besluit van 4 juni 2003 heeft betrekking op de (voorwaarden voor) de financiering van huisartsenkringen. Uit de in opmerking 3 aangehaalde parlementaire voorbereiding kan worden afgeleid dat deze financiering geheel is overgedragen aan de gemeenschappen. Dat is ook het geval voor de aanvullende financiering voor huisartsenkringen die gebruik maken van het systeem van het centraal oproepnummer. De wijze van inrichting zelf van dat centraal oproepnummer (die onderscheiden is van de financiering van de huisartsenkringen voor het gebruik ervan) is evenwel een federale bevoegdheid gebleven. Artikel 4, § 3, waarbij de Koning wordt gemachtigd om het systeem van het centraal oproepnummer nader te omschrijven, kan bijgevolg niet opgeheven worden door de Vlaamse Gemeenschap.¹⁶

Het ministerieel besluit van 28 juni 2002 bevat grotendeels erkenningsvoorwaarden met betrekking tot de huisartsenkringen als dusdanig, waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is. Artikel 4, § 5, heeft betrekking op een gewaarborgde vertegenwoordiging in de raad van bestuur van een groep artsen die systematisch in de minderheid bevindt met betrekking tot de vertegenwoordiging of de organisatie van de wachtdienst. Deze bepaling heeft niet rechtstreeks betrekking op de minimale eisen waaraan medische permanentie voor huisartsen moet voldoen en behoort bijgevolg eveneens tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap.

¹⁵ De rechtsgrond daarvoor wordt geboden door de bepaling die de rechtsgrond vormt voor dat besluit, namelijk artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78.

¹⁶ Overigens moet voor die machtiging sinds de invoering van artikel 9bis van het koninklijk besluit nr. 78, dat specifiek over dat eenvormig oproepsysteem handelt, specifiek rechtsgrond worden gezocht in die nieuwe wetbepaling en niet in artikel 36quater van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen', gecoördineerd op 14 juli 1994, dat wordt vermeld in de aanhef van het koninklijk besluit van 4 juni 2003.

Het ministerieel besluit van 16 december 2002, dat betrekking heeft op de erkenningsprocedure voor de huisartsenkringen behoort effectief volledig tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap.

De stellers van het ontwerp moeten artikel 23 herzien teneinde te preciseren welke bepalingen van de voormelde besluiten in hun ogen worden opgeheven en welke bepalingen kunnen blijven voortbestaan. In geen geval kunnen zij de hiervoor vermelde bepalingen opheffen waarvoor de federale overheid bevoegd is gebleven. Die bepalingen moeten bijgevolg altijd uitdrukkelijk worden uitgezonderd van de opheffing van de betrokken besluiten.

De stellers van het ontwerp moeten zich ervan bewust zijn dat de bepalingen waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn en die bij artikel 23 van het te nemen besluit worden opgeheven, daadwerkelijk uit de rechtsorde van de Vlaamse Gemeenschap verdwijnen. In zoverre dat niet de bedoeling is, is het raadzaam om die bepalingen alsnog op te nemen in de ontworpen regeling of ze uitdrukkelijk uit te zonderen van de opheffing.

RECHTSGROND

7.1. De artikelen 1 tot 20 en 24 tot 26 van het ontwerp vinden rechtsgrond in het decreet van 3 maart 2004 ‘betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders’, meer bepaald in artikel 7, §§ 1, 2 en 4, artikel 18, § 1, tweede lid, en § 3, en artikel 24, § 1, ervan.

7.2. De artikelen 21 en 22 van het ontwerp vinden rechtsgrond in artikel 36*duodecies*, derde lid, van de wet ‘betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen’, gecoördineerd op 14 juli 1994. Die bepaling vormt immers de rechtsgrond voor het koninklijk besluit van 23 maart 2012 tot wijziging waarvan de ontworpen bepalingen strekken.

7.3. Voor de opheffing van de besluiten opgesomd in artikel 23 van het ontwerp – althans voor de onderdelen waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is (zie opmerking 6.5) – wordt de rechtsgrond geboden door artikel 9, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 en door artikel 36*quater* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Die bepalingen vormen immers de rechtsgrond voor de besluiten tot opheffing waarvan de ontworpen bepaling strekt. Zie evenwel opmerking 15 wat betreft artikel 23, 6°, van het ontwerp.

7.4. Indien de ontworpen regeling wordt aangevuld met bepalingen met betrekking tot de lokale organisatie van de wachtdiensten door de huisartsenkringen waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is (zie daarover de opmerkingen 5 en 6.5), kan daarvoor in beginsel rechtsgrond worden gevonden in artikel 9, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78. Een dergelijke inhoudelijk aangevulde ontworpen regeling moet alleszins opnieuw om advies worden voorgelegd aan de Raad van State.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Aanhef

8. Gelet op hetgeen in de opmerkingen 7.2 en 7.3 is uiteengezet, moeten in de aanhef van het ontwerp, voor het huidige eerste lid, twee nieuwe leden worden toegevoegd waarin wordt verwezen naar artikel 9, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 ‘betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen’ en naar de artikelen 36^{quater} en 36^{duodecies}, derde lid, van de wet ‘betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen’, gecoördineerd op 14 juli 1994.

9. In het huidige eerste lid moet meer specifiek verwezen worden naar artikel 7, §§ 1, 2 en 4, artikel 18, § 1, tweede lid, en § 3, en artikel 24, § 1, van het decreet van 3 maart 2004, overeenkomstig hetgeen is uiteengezet in opmerking 7.1.

10. Zoals blijkt uit opmerking 15, moet het huidige achtste lid worden weggelaten uit de aanhef.

Hoofdstuk 3, afdeling 1, onderafdeling 1

11. In het opschrift van hoofdstuk 3, afdeling 1, onderafdeling 1, wordt gewag gemaakt van de voorwaarden om erkend te worden. In de artikelen 4 tot 7 die deze onderafdeling bevat, wordt evenwel niet bepaald dat de erin vervatte voorschriften erkenningsvoorwaarden zijn. Aangezien dit laatste gegeven moet blijken uit het dispositief, en niet uit het opschrift van een onderafdeling (dat immers geen rechtsregels mag bevatten),¹⁷ kan een bepaling worden toegevoegd voor het huidige artikel 4 waarin wordt bepaald dat om erkend *te worden*, een huisartsenkring moet voldoen aan de voorwaarden vermeld in de artikelen 4 tot 7, naar analogie van hetgeen bepaald wordt in artikel 8, 1°, van het ontwerp (wat betreft de voorwaarden om erkend *te blijven*).¹⁸

Artikel 6

12. Artikel 6 van het ontwerp bepaalt dat een huisartsenkring verplicht is om elke huisarts die binnen de huisartsenzone zijn praktijk heeft gevestigd en uitoefent, als lid op te nemen. Zoals is uiteengezet in opmerking 5, is alleen de federale overheid bevoegd om huisartsen te verplichten om deel te nemen aan de medische permanentie. Ook al kan uit artikel 2 van het ontwerp worden afgeleid dat de huisartsen enkel vrijwillig kunnen toetreden tot de huisartsenkring, kan artikel 6 de indruk wekken dat een huisarts verplicht zou zijn om toe te treden tot de huisartsenkring. Er kan duidelijkheidshalve dan ook beter worden gepreciseerd dat de huisartsen *die wensen toe te treden tot de huisartsenkring*, moeten worden opgenomen als lid.

¹⁷ Zie omzendbrief VR/2014/4 van 9 mei 2014 ‘betreffende de wetgevingstechniek’, nr. 100.

¹⁸ De verwijzing naar de artikelen 4 tot 7 in artikel 9, §§ 1 en 4, van het ontwerp (dat betrekking heeft op het onderzoek van en de beslissing over de erkenningsaanvraag) volstaat in dat verband niet.

Artikel 10

13. In artikel 10, § 4, van het ontwerp wordt bepaald dat de maatregelen die opgelegd *kunnen* worden in het kader van de schorsing van de erkenning, kunnen inhouden dat de subsidies geheel *of gedeeltelijk* worden ingehouden of teruggevorderd. Tevens wordt bepaald dat deze maatregelen “per huisartsenkring gemoduleerd [kunnen] worden, afhankelijk van de reden voor de schorsing”. Opdat niet de indruk zou ontstaan dat afgeweken wordt van hetgeen op dwingende en voor de Vlaamse Gemeenschap bindende wijze wordt bepaald in artikel 13 van de wet van 16 mei 2003 ‘tot vaststelling van de algemene bepalingen die gelden voor de begrotingen, de controle op de subsidies en voor de boekhouding van de gemeenschappen en de gewesten, alsook voor de organisatie van de controle door het Rekenhof’, kan de ontworpen bepaling het best worden ingeleid met de vermelding “Met behoud van de toepassing van”, met een verwijzing naar de voormelde wetsbepaling.

Artikel 16

14. In artikel 16, tweede zin, van het ontwerp wordt bepaald dat de voorwaarden voor de subsidiëring van het systeem van centraal oproepnummer worden bepaald door de federale overheid. Zoals is uiteengezet in opmerking 5, is de federale overheid inderdaad bevoegd inzake de regeling met betrekking tot een eenvormig oproepsysteem, waarvan gewag wordt gemaakt in artikel 9bis van het koninklijk besluit nr. 78. Het staat echter niet aan de Vlaamse Gemeenschap om deze bevoegdheid te bevestigen in de ontworpen bepaling. Overigens is de ontworpen bepaling reeds vervat in het huidige artikel 5, 8°, van het koninklijk besluit van 8 juli 2002, dat tot de bevoegdheid van de federale overheid behoort, zoals is uiteengezet in opmerking 6.5. De tweede zin moet dan ook worden weggelaten uit artikel 16 van het ontwerp.

In artikel 16, derde zin, van het ontwerp kan duidelijkheidshalve worden verwezen naar de voorwaarden die door de federale overheid worden geregeld in het koninklijk besluit van 4 juni 2003.

Artikel 23

15. Nog afgezien van hetgeen in opmerking 6.5 is uiteengezet omtrent de bepalingen die tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren en die bijgevolg niet kunnen worden opgeheven (en dus ook in artikel 23 van het ontwerp uitdrukkelijk van die opheffing moeten worden uitgezonderd), begrijpt de Raad van State niet waarom het ministerieel besluit van 28 februari 2007 zou moeten worden opgeheven (zie artikel 23, 6°, van het ontwerp). Het gaat immers om een besluit met individuele draagwijdte, dat de erkenningsbeslissingen bevat met betrekking tot de verscheidene huisartsenkringen.¹⁹ Een dergelijk besluit moet niet worden opgeheven. De rechtsgevolgen van die bestaande erkenningen worden, wat betreft de huisartsenkringen waarvoor de Vlaamse Gemeenschap bevoegd is, weliswaar verder geregeld

¹⁹ Overigens niet alleen de huisartsenkringen die tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap kunnen worden gerekend.

door de overgangsbepaling in artikel 24 van het ontwerp, maar dat is geen reden om het voormelde ministerieel besluit met een louter individuele strekking op te heffen.

16. In de opheffingsbepalingen in artikel 23 moet telkens gewag worden gemaakt van de nog geldende wijzigingen van de op te heffen besluiten.²⁰

Artikel 25

17. In artikel 25 van het ontwerp wordt bepaald dat in afwijking van artikel 3, de goedgekeurde wijzigingen van huisartsenzones, ingevolge de aanvragen tot wijziging die ingediend werden voor de inwerkingtreding van het te nemen besluit, ingaan met ingang van 1 januari 2015.

De gemachtigde preciseerde dat de wijzigingen waarvan in de ontworpen bepaling gewag wordt gemaakt, niet alleen aangevraagd, maar ook goedgekeurd moeten zijn voor 1 januari 2015. Tevens verklaarde hij het volgende:

“De wijzigingen werden voor 1 januari 2015 goedgekeurd door de federale overheid maar de regelgeving werd niet tijdig aangepast. De huisartsenkringen werden hierover geïnformeerd. Er wordt dus geen afbreuk gedaan aan verworven rechten. Deze wijzigingen gebeurden trouwens op vraag van de huisartsenkringen.”

De ontworpen bepaling kan dan beter worden gepreciseerd door te bepalen dat de wijzigingen van de huisartsenzones die voor 1 januari 2015 door de federale overheid werden goedgekeurd, zonder dat dit aanleiding gaf tot een wijziging van het ministerieel besluit van 28 augustus 2007, ingaan met ingang van 1 januari 2015.

Artikel 26

18. Overeenkomstig artikel 26 van het ontwerp heeft het te nemen besluit uitwerking met ingang van 1 januari 2015. De gemachtigde verantwoordde deze terugwerkende kracht als volgt:

“Op 31 december 2014 werd de overgangsperiode beëindigd; vandaar dat de regelgeving vanaf 1 januari 2015 in werking moet treden. Voor de huisartsenkringen worden geen nieuwe voorwaarden opgelegd waaraan ze niet zouden kunnen voldoen. Ze hebben twee jaar tijd, na de inwerkingtreding van dit besluit, om aan de erkenningsvoorwaarden te voldoen (art. 24). Die terugwerkende kracht doet geen afbreuk aan verworven rechten, het is juist om de rechten van de huisartsenkringen te continueren dat het besluit retroactief van kracht wordt.”

²⁰ Zie omzendbrief VR/2014/4 van 9 mei 2014, nrs. 177-182 en 211.

De Raad van State kan met deze verantwoording instemmen. Hij zal die kwestie evenwel opnieuw moeten onderzoeken wanneer een inhoudelijk aangevulde ontworpen regeling opnieuw om advies zou worden voorgelegd (zie de opmerkingen 5, 6.5 en 7.4).

DE GRIFFIER

DE VOORZITTER

Greet VERBERCKMOES

Jo BAERT