



RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

advies 59.437/3
van 20 juni 2016

avis 59.437/3
du 20 juin 2016

over

sur

een ontwerp van besluit van
het Verenigd College van de
Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie
'betreffende de maatregelen ter
ondersteuning van de
huisartsengeneeskunde op het
grondgebied van het Brussels
Hoofdstedelijk Gewest voor
het jaar 2016'

un projet d'arrêté du Collège
réuni de la Commission
communautaire commune
'relatif aux mesures de soutien
à la médecine générale sur le
territoire de la Région de
Bruxelles-Capitale pour
l'année 2016'

Op 19 mei 2016 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Ministers, Leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ‘betreffende de maatregelen ter ondersteuning van de huisartsengeneeskunde op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor het jaar 2016’.

Het ontwerp is door de derde kamer onderzocht op 14 juni 2016. De kamer was samengesteld uit Jan SMETS, staatsraad, voorzitter, Jeroen VAN NIEUWENHOVE en Koen MUYLLE, staatsraden, Johan PUT en Bruno PEETERS, assessoren, en Greet VERBERCKMOES, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Rein THIELEMANS, eerste auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Jeroen VAN NIEUWENHOVE, staatsraad.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 20 juni 2016.

*

Le 19 mai 2016, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par les Ministres, Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune, compétents pour la politique de la Santé, à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune ‘relatif aux mesures de soutien à la médecine générale sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale pour l'année 2016’.

Le projet a été examiné par la troisième chambre le 14 juin 2016. La chambre était composée de Jan SMETS, conseiller d'État, président, Jeroen VAN NIEUWENHOVE et Koen MUYLLE, conseillers d'État, Johan PUT et Bruno PEETERS, assesseurs, et Greet VERBERCKMOES, greffier.

Le rapport a été présenté par Rein THIELEMANS, premier auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, conseiller d'État.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 20 juin 2016.

*

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. Het voor advies voorgelegde ontwerp strekt ertoe om een tijdelijke regeling in te voeren, wat betreft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, inzake de ondersteuning van de huisartsgeneeskunde.

De ondersteuning betreft verscheidene soorten financiële tussenkomsten. In de eerste plaats is er een tussenkomst voor de eerste installatie van een erkende huisarts in een individuele praktijk of een groepering (artikelen 2 en 3 van het ontwerp). In de tweede plaats is er hetzij een tegemoetkoming in de loonkosten van een werknemer die instaat voor het onthaal en het praktijkbeheer (met een verschillende regeling naargelang de erkende huisarts een individuele praktijk heeft of deel uitmaakt van een groepering – artikelen 4 tot 9 en 16), hetzij een tegemoetkoming in de kosten voor een dienst medisch telesecretariaat die tot doel heeft te helpen bij het administratief beheer van de praktijk (artikelen 10 tot 13 en 16).

Het ontwerp bevat voorts bepalingen met betrekking tot de aanvraag van de tegemoetkomingen en de relevante basisallocatie van de uitgavenbegroting (artikelen 14, 15 en 17). Het te nemen besluit komt in de plaats van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 ‘tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan’, dat wordt opgeheven (artikel 18 van het ontwerp). Het te nemen besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2016 en treedt buiten werking op 31 december 2016 (artikel 19).

BEVOEGDHEID

3. De ontworpen regeling stemt inhoudelijk overeen met de regeling in het koninklijk besluit van 23 maart 2012. Die regeling inzake het Impulsfonds is ingevolge de Zesde Staatshervorming overgedragen aan de gemeenschappen in het kader van hun bevoegdheden inzake de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn.¹⁻²

¹ Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 6°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 ‘tot hervorming der instellingen’, zoals vervangen bij artikel 6 van de bijzondere wet van 6 januari 2014 ‘met betrekking tot de Zesde Staatshervorming’ en gelezen in samenhang met artikel 63, eerste lid, van de bijzondere wet van 12 januari 1989 ‘met betrekking tot de Brusselse Instellingen’. Zie in dat verband ook *Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 40.

² In dezelfde zin adv.RvS 57.044/3 van 2 maart 2015 over een ontwerp dat heeft geleid tot het besluit van de Regering van de Duitstalige Gemeenschap van 17 april 2015 ‘zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012 zur Schaffung eines Impulsfonds für die Allgemeinmedizin und zur Festlegung der Arbeitsweise dieses Fonds’.

4. Aangaande de uitoefening van de nieuwe gemeenschapsbevoegdheden wordt in het voorstel dat heeft geleid tot de bijzondere wet van 6 januari 2014 ‘met betrekking tot de Zesde Staatshervorming’ het volgende uiteengezet:

“Wat de uitoefening van de gemeenschapsbevoegdheden in Brussel betreft, geldt de bevoegdheidsverdeling zoals deze vervat zit in de artikelen 128, § 2, en 135 van de Grondwet. Krachtens artikel 128, § 2, van de Grondwet hebben de Vlaamse en de Franse Gemeenschap in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad decretale bevoegdheid ten aanzien van de instellingen die, wegens hun organisatie, moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap.

In zoverre de bevoegdheden – wat personen betreft – verplichtingen of rechten op een tegemoetkoming of toelage inhouden, of in de mate dat het om bicommunautaire instellingen gaat, zal in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) de bevoegde overheid zijn.

Zo zal voor de volgende materies die overgedragen worden aan de gemeenschappen door dit voorstel van bijzondere wet, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) bevoegd zijn op het grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad:

- tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB);
- Impulseo;
- consultaties voor tabaksontwenning;
- de gecommunautariseerde prestaties die ten laste genomen worden in het kader van de ‘maximumfactuur’ (MAF);
- mobiliteitshulpmiddelen, met een verplicht Samenwerkingsakkoord gesloten tussen de GGC, de Vlaamse en Franse Gemeenschap met het oog op het instellen van één loket voor de gehandicapten wat betreft de mobiliteitshulpmiddelen bedoeld in artikel 5, § 1, II, 4^o (zie infra). Onder één loket dient te worden verstaan een hulpsysteem waarbij de gehandicapte het geheel van de mobiliteitshulpmiddelen waarvan hij of zij kan genieten, kan verkrijgen door zich tot één enkele dienst te richten. In afwachting van dit Samenwerkingsakkoord kennen de bevoegde diensten van de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap (VAPH, Phare), overeenkomstig de regelen bepaald door de GGC, de mobiliteitshulpmiddelen toe aan de personen die zich tot hen richten.

Zo zal voor de volgende materies die overgedragen worden naar de gemeenschappen door dit voorstel van bijzondere wet, in het tweetalig Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, de Vlaamse Gemeenschap of de Franse Gemeenschap de bevoegde overheid zijn wanneer de instellingen wegens hun organisatie moet worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap of de GGC wanneer de instellingen wegens hun organisatie niet uitsluitend behoren tot de ene of de andere gemeenschap:

- vaccinatiecampaagnes;
- screeningscampagnes;
- nationaal voedings- en gezondheidsplan (NVGP);
- hygiëne in de scholen;
- Fonds ter bestrijding van verslavingen;
- geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT)
- palliatieve netwerken/multidisciplinaire palliatieve teams;
- huisartsenkringen;
- ziekenhuisinfrastructuur en investeringskosten in zwaar medisch materiaal (onderdelen A1 en A3 van het ziekenhuisbudget);
- overgedragen revalidatieovereenkomsten;

- psychiatrische verzorgingstehuizen;
- initiatieven voor beschut wonen (BeWo);
- psychiatrische overlegplatformen;
- lokaal multidisciplinaire netwerken;
- erkenning van zorgberoepen en de subquota van gezondheidszorgberoepen;
- geïsoleerde G en Sp-diensten;
- rust- en verzorgingstehuizen (RVT), rustoorden voor bejaarden (ROB), centra voor dagverzorging en centra voor kortverblijf (CKV).

Indien de betrokken entiteiten het wensen, zal het ‘Sint-Kwintens-akkoord’ kunnen worden toegepast. Het Parlement van de Franse Gemeenschap enerzijds en het Parlement van het Waalse Gewest en de Franse taalgroep van het Parlement van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest anderzijds kunnen overeenkomstig artikel 138 van de Grondwet in onderlinge overeenstemming en elk bij decreet beslissen dat het Parlement van het Waalse Gewest en zijn regering in het Franse taalgebied en de Franse taalgroep van het Parlement van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest en zijn college in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad geheel of gedeeltelijk bevoegdheden van de Franse Gemeenschap uitoefenen.”³

In zijn advies over dit voorstel heeft de Raad van State daarover het volgende uiteengezet:

“7. De bevoegdheidsverdeling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad is verduidelijkt in de rechtspraak⁴ van het Grondwettelijk Hof en in de adviespraktijk van de Raad van State.”⁵

Daaruit blijkt dat de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap respectievelijk de Franse Gemeenschapscommissie in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad uitsluitend bevoegd zijn ten aanzien van unicommunautaire instellingen en dat zij in dat gebied niet rechtstreeks rechten kunnen toekennen en verplichtingen kunnen opleggen aan natuurlijke personen.

Dit sluit evenwel niet uit dat natuurlijke personen ‘in bepaalde omstandigheden als een ‘instelling’ beschouwd kunnen worden’⁶. Dezelfde opmerking geldt voor publiekrechtelijke rechtspersonen, zoals een besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid of een naamloze vennootschap⁷.

³ *Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 6-8.

⁴ *Voetnoot 1 van het geciteerde advies*: Zie GwH 13 maart 2001, nr. 33/2001, B.4.1 tot B.4.4.

⁵ *Voetnoot 2 van het geciteerde advies*: In die zin het advies van de algemene vergadering van de Raad van State, nr. 34.339/AV, van 29 april 2003 over een voorontwerp dat het decreet van 21 november 2003 ‘betreffende het preventieve gezondheidsbeleid’ is geworden (*Parl.St.* VI.Parl. 2002-03, nr. 1709/1, 157-159).

⁶ *Voetnoot 3 van het geciteerde advies*: De algemene vergadering van de Raad van State stelde hierover in het vermelde advies: ‘25. Het is niet uitgesloten dat een natuurlijke persoon in bepaalde omstandigheden als een ‘instelling’ beschouwd kan worden. Dit is bijvoorbeeld het geval waar iemand een functie uitoefent, die aan één persoon is opgedragen, zoals de gouverneur of een burgemeester. Ook een privé-persoon kan als een ‘instelling’ beschouwd worden, als hij een bepaalde ‘organisatie’ van bestendige aard vertoont, die het mogelijk maakt hem op grond van objectief aanwijsbare kenmerken tot hetzij de Vlaamse, hetzij de Franse Gemeenschap te rekenen. 26. Een individuele zorgaanbieder die in geen enkel georganiseerd verband werkt, kan niet in aanmerking komen voor de kwalificatie als ‘instelling’. De enkele verklaring dat hij zich verbindt met de Vlaamse Gemeenschap is een zuiver subjectief gegeven, dat niet tot gevolg heeft dat de betrokkene als een ‘instelling’ beschouwd kan worden. Een individuele zorgaanbieder die in een bepaald verband werkt, dat zelf georganiseerd is op een zodanige wijze dat blijkt gegeven wordt van een band met de Vlaamse Gemeenschap, kan daarentegen wel als ‘instelling’ beschouwd worden.’

⁷ *Voetnoot 4 van het geciteerde advies*: Zie in die zin GwH 30 juni 2004, nr. 19/2004.

Anderzijds moet erop worden gewezen dat ‘natuurlijke personen (van welke taalaanhorigheid ook)’ kunnen worden bereikt door de gemeenschappen ‘via de instellingen behorend tot de betrokken gemeenschap, waartoe de personen zich vrij kunnen wenden.’⁸

Dat de residuaire bevoegdheid inzake persoonsgebonden aangelegenheden in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad toekomt aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie impliceert dat deze bevoegd is ten aanzien van de instellingen gevestigd in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad die, wegens hun organisatie, niet kunnen worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de Vlaamse of de Franse Gemeenschap en tevens voor het beleid dat rechtstreeks rechten en/of verplichtingen oplegt aan natuurlijke personen. Op basis van de uitzondering vervat in artikel 128, § 2, van de Grondwet, kan de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voorts worden uitgebreid tot aangelegenheden die in principe respectievelijk tot de Vlaamse en de Franse Gemeenschap behoren.

8.1. In het licht van deze bevoegdheidsverdeling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, wenst de Raad van State de aandacht te vestigen op twee aspecten van de voorgestelde regeling.

(...)

8.3. In de toelichting bij het wetsvoorstel⁹ hebben de indieners daarenboven gesteld dat voor een aantal aangelegenheden inzake gezondheidszorg alleen de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bevoegd zal zijn¹⁰, terwijl voor andere aangelegenheden hetzij de Vlaamse Gemeenschap, hetzij de Franse Gemeenschap¹¹, hetzij de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bevoegd zal zijn.¹²

Deze stellingname van de indieners van het voorstel is wellicht gebaseerd op een analyse van de wijze waarop de federale wetgever, in deze aangelegenheden, thans de bevoegdheden uitoefent: hetzij door het rechtstreeks toekennen van rechten en het opleggen van verplichtingen aan natuurlijke personen (‘individuele-rechtenlogica’), hetzij via instellingen (‘instellingenlogica’).

De Raad van State wenst daarbij op te merken dat, zelfs indien deze analyse correct zou zijn – wat de Raad niet heeft onderzocht –, daaruit niet kan worden afgeleid dat de wijze waarop de bevoegdheden thans worden uitgeoefend, de enig mogelijke wijze zou zijn. Het is immers niet uitgesloten dat aangelegenheden die thans op federaal niveau volgens de ‘individuele-rechtenlogica’ worden geregeld, na de overdracht van de

⁸ Voetnoot 5 van het geciteerde advies: In die zin het voornoemde advies van de algemene vergadering van de Raad van State, nr. 34.339/AV, 29 april 2003.

⁹ Voetnoot 2 van het geciteerde advies: Ibid., 6-8.

¹⁰ Voetnoot 3 van het geciteerde advies: Vermeld worden: tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB), Impulseo, consultaties voor tabaksontwenning, de gecommunautariseerde prestaties die ten laste genomen worden in het kader van de “maximumfactuur” (MAF) en bepaalde mobiliteitshulpmiddelen.

¹¹ Voetnoot 4 van het geciteerde advies: Desgevallend zou, op grond van decreten uitgevaardigd op grond van artikel 138 van de Grondwet, ook de Franse Gemeenschapscommissie bevoegd kunnen zijn.

¹² Voetnoot 5 van het geciteerde advies: Vermeld worden: vaccinatiecampagnes, screeningscampagnes, nationaal voedings- en gezondheidsplan (NVGP), hygiëne in de scholen, Fonds ter bestrijding van verslavingen; geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT), palliatieve netwerken/multidisciplinaire palliatieve teams, huisartsenkringen, ziekenhuisinfrastructuur en investeringskosten in zwaar medisch materiaal (onderdeel A1 en A3 van het ziekenhuisbudget), overgedragen revalidatieovereenkomsten, psychiatrisch verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen (BeWo), psychiatrische overlegplatformen, lokaal multidisciplinaire netwerken, erkenning en zorgberoepen en de subquota van gezondheidsberoepen, geïsoleerde G en Sp-diensten, rust- en verzorgingstehuizen (RVT), rustoorden voor bejaarden (ROB) en centra voor dagverzorging en centra voor kortverblijf (CKV).

bevoegdheid, door één of beide gemeenschappen volgens de 'instellingenlogica' worden geregeld, op voorwaarde dat ze binnen de grenzen van de federale loyaliteit blijven.

De bevoegdheid van de gemeenschappen 'ten aanzien van de instellingen gevestigd in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad die, wegens hun organisatie, moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap', is in artikel 128, § 2, van de Grondwet zelf verankerd en kan dan ook niet door een loutere stellingname in de toelichting bij een voorstel van bijzondere wet worden uitgesloten.

Alleen door uitdrukkelijk, in de tekst zelf van de bijzondere wet, gebruik te maken van de mogelijkheid die de uitzonderingsbepaling, vervat in artikel 128, § 2, van de Grondwet biedt om te beslissen dat de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap bepaalde bevoegdheden niet zullen kunnen uitoefenen ten aanzien van hun instellingen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad – wat in het voorgestelde artikel 52 wordt beslist voor de gezinsbijslagen en voor bepaalde mobiliteitshulpmiddelen¹³ – kan de bijzondere wetgever de in de toelichting vermelde aangelegenheden volledig voorbehouden aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.”¹⁴

5. De gemachtigde verstrekke de volgende toelichting aangaande de territoriale bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de ontworpen regeling:

“Le projet d'arrêté sera d'application pour tous les médecins généralistes agréés dont l'activité principale – qui donne droit à l'intervention – est située sur le territoire de la région de Bruxelles-Capitale; indépendamment de leur rôle linguistique qu'il soit en pratique individuelle ou en groupement. Ceux-ci devront répondre aux conditions reprises dans l'arrêté;

Les mesures de soutien visent les médecins généralistes en tant que personne individuelle et non en tant qu'organisation appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté. Cfr exposé des motifs relatif à la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat - point I C Bruxelles.

(...)

L'intervention est toujours prévue pour un médecin individuel qu'il pratique seul ou en groupe. Il n'est pas prévu d'accorder une intervention aux pratiques de groupe.”

6. De ontworpen regeling is inderdaad, net als overigens het koninklijk besluit van 23 maart 2012 dat eraan ten grondslag ligt, overwegend geconcipieerd als een regeling die zich enkel richt tot individuele erkende huisartsen, ook indien die huisartsen samenwerken in een groepering. Dat neemt echter niet weg dat er verscheidene bepalingen voorkomen in het ontwerp waarbij voorwaarden worden opgelegd ten aanzien van die groepering, die daardoor op onrechtstreekse wijze de werking van die groeperingen beïnvloeden.

In dat verband kan worden verwezen naar artikel 5 van het ontwerp waarbij de tegemoetkoming bedoeld in artikel 4 voor huisartsen die deel uitmaken van een groepering, afhankelijk wordt gemaakt van voorwaarden die betrekking hebben op de groepering en niet

¹³ Voetnoot 1 van het geciteerde advies: Die bedoeling lijkt althans te volgen uit het voorgestelde artikel 52, 2°, tweede en derde lid, samen gelezen met de commentaar in de toelichting (*Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 3, 7 en 51). Zie verder opmerking nr. 2 met betrekking tot de artikelen 8 en 52, *partim*.

¹⁴ Adv.RvS 53.932/AV van 27 augustus 2013 over een voorstel dat heeft geleid tot de bijzondere wet van 6 januari 2014, *Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/3, 15-17.

enkel op de individuele huisartsen als dusdanig. Dat is ook het geval voor artikel 8 van het ontwerp, waarin zelfs gewag wordt gemaakt van de aanvraag “van een groepering”, en niet van een individuele huisarts en waarin in elk geval opnieuw voorwaarden worden opgelegd die betrekking hebben op de groepering en niet enkel op de individuele huisartsen als dusdanig. Ook artikel 11 en artikel 12, § 2, 3°, van het ontwerp bevatten gelijkaardige voorwaarden. Ten slotte wordt in artikel 16 van het ontwerp bepaald dat niet alleen een individuele arts, maar ook een groepering de tegemoetkomingen bedoeld in de hoofdstukken 3 en 4 niet kan cumuleren, wat eveneens een voorschrift is dat tot groeperingen als dusdanig is gericht.

Het gegeven dat er geen rechtstreekse *verplichtingen* worden opgelegd aan die groeperingen, is daarbij niet relevant. Indien voor de toekenning van een tegemoetkoming (die men op vrijwillige basis kan aanvragen) bepaalde voorwaarden worden geformuleerd ten aanzien van groeperingen, veeleer dan enkel ten aanzien van individuele huisartsen, is die regeling ook gericht tot groeperingen.

In zoverre de ontworpen regeling gericht is tot groeperingen, wordt bijgevolg de “instellingenlogica” gevolgd en niet de “individuele-rechtenlogica” waarvan gewag wordt gemaakt in het in opmerking 4 aangehaalde advies.¹⁵ Dat impliceert dat de ontworpen regeling in die mate alleen van toepassing kan zijn ten aanzien van de instellingen gevestigd in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad die, wegens hun organisatie, niet kunnen worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de Vlaamse of de Franse Gemeenschap (dit zijn de zogenaamde bicommunautaire instellingen).

Overigens zijn de Vlaamse en de Franse Gemeenschap bevoegd om in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad een tegemoetkoming uit te werken die gericht is tot groeperingen van huisartsen die wegens hun organisatie moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de Vlaamse, respectievelijk de Franse Gemeenschap.

7. De conclusie is dat de stellers van het ontwerp een fundamentele keuze moeten maken om de door hen beoogde regeling in de bevoegdheidsverdeling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad te laten passen.

Ofwel kan een tegemoetkoming gericht worden tot individuele huisartsen, zonder dat daarbij voorwaarden worden geformuleerd waaraan de groepering als dusdanig moet voldoen opdat de tegemoetkoming verschuldigd is. In dat geval wordt de “individuele-rechtenlogica” gevolgd.

Ofwel kan een tegemoetkoming gericht worden tot groeperingen, waarbij dan eventueel ook voorwaarden kunnen worden geformuleerd waaraan individuele huisartsen van die groepering moeten voldoen. In dat geval gaat het om een toepassing van de “instellingenlogica”, eventueel gecombineerd met de “individuele-rechtenlogica”. Een dergelijke regeling kan echter enkel open staan voor groeperingen die beschouwd kunnen worden als bicommunautaire

¹⁵ Het gegeven dat het Impulseo-fonds wordt vermeld bij de aangelegenheden waarvoor een individuele-rechtenlogica zou gelden in de in opmerking 4 aangehaalde toelichting bij het voorstel van bijzondere wet, betekent nog niet dat dit ook effectief het geval is voor de ontworpen regeling, zoals de Raad van State in het in die opmerking geciteerde advies nadrukkelijk heeft opgemerkt.

instellingen, zijnde instellingen die gevestigd zijn in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en die, wegens hun organisatie, niet kunnen worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de Vlaamse of de Franse Gemeenschap. Die bevoegdheidsbeperking moet ook uitdrukkelijk tot uiting komen in de ontworpen regeling, zodat niet de indruk wordt gewekt dat een dergelijke regeling open zou staan voor groeperingen die tot de bevoegdheid van de Vlaamse of de Franse Gemeenschap moeten worden gerekend.

Het is mogelijk om de twee werkwijzen te combineren door bepaalde tegemoetkomingen volledig volgens de eerste en andere volgens de tweede werkwijze vorm te geven.

8. Indien de bevoegdheidsuitoefening door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie¹⁶ ertoe zou leiden dat bepaalde groeperingen van huisartsen in aanmerking komen voor tegemoetkomingen van meer dan een overheid en indien een dergelijke cumulatie van tegemoetkomingen onwenselijk wordt geacht, staat het aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een initiatief te nemen tot overleg met de andere bevoegde overheden dat kan leiden tot beleidsafspraken (eventueel in de vorm van een samenwerkingsakkoord) over cumulatieregels. Dergelijke afspraken mogen echter geen afbreuk doen aan de hiervoor uiteengezette bevoegdheidsverdeling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Zo kan een overheid geen afstand doen van haar bevoegdheid ter zake.

9. Indien de hiervoor beschreven ingrepen leiden tot een nieuwe inhoudelijke invulling van de ontworpen regeling, moeten de gewijzigde of toegevoegde bepalingen, ter inachtneming van het voorschrift van artikel 3, § 1, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, aan de afdeling Wetgeving worden voorgelegd.

RECHTSGROND

10. Blijkens de aanhef wordt de rechtsgrond voor het ontworpen besluit gezocht in artikel 36*duodecies* van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen', gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: de ZIV-wet). Bij die bepaling wordt de Koning (lees: het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie) onder meer gemachtigd om een impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde op te richten en om de werkingsregels ervan te bepalen. Dat impulsfonds is bestemd voor de financiering van maatregelen ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, die tot doel hebben huisartsen aan te zetten een huisartsgeneeskundige activiteit uit te oefenen of te blijven uitoefenen. Bij het uitwerken van deze maatregelen kan rekening worden gehouden met specifieke objectieve karakteristieken van enerzijds de huisartsen zelf en anderzijds hun praktijk en de plaatselijke kenmerken van de huisartsgeneeskunde. Deze maatregelen kunnen onder meer

¹⁶ Het is immers de Franse Gemeenschapscommissie die de betrokken bevoegdheid van de Franse Gemeenschap uitoefent overeenkomstig artikel 3, 6°, van het bijzonder decreet van 3 april 2014 'relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française'.

betrekking hebben op de kosten voor de installatie van een huisarts en voor de niet-verzorgingsgebonden activiteiten noodzakelijk voor het beheer van de praktijk.

Er kan worden aangenomen dat deze wetsbepaling, die de rechtsgrond vormt voor het op te heffen koninklijk besluit van 23 maart 2012, ook kan fungeren als rechtsgrond voor het ontworpen besluit dat inhoudelijk gelijklopend is met dat koninklijk besluit, ook al strekt het ontworpen besluit niet meer tot de oprichting van een dergelijk fonds wat betreft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Het is dan wel enkel het derde lid van deze wetsbepaling dat als rechtsgrond fungeert voor het ontworpen besluit.

Dat neemt niet weg dat het raadzaam is om op korte termijn een aangepaste rechtsgrond te creëren, waarin geen gewag wordt gemaakt van een fonds (indien het ook in de toekomst niet de bedoeling is nog een dergelijk fonds op te richten) en waarin het Verenigd College rechtstreeks wordt gemachtigd om voor de verschillende vormen van tegemoetkomingen (waarvan de aard reeds in de ordonnantie kan worden omschreven) het bedrag, de toekenningsvoorwaarden en de aanvraagprocedure te bepalen.

VORMVEREISTEN

11. De ontworpen regeling bevat financiële tegemoetkomingen aan de betrokken huisartsen die beschouwd kunnen worden als staatssteun. Op de vraag of het ontwerp werd aangemeld bij de Europese Commissie op grond van artikel 108, derde lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“Le projet d’arrêté n’a pas été notifié à la Commission Européenne sur base de l’article 108, 3^{ème} alinéa du traité sur le fonctionnement de l’Union Européenne.

En effet, L’article 108 § 3, du traité sur le fonctionnement de l’Union européenne (TFUE) énonce l’obligation de notification des aides d’État à la Commission européenne afin d’établir leur compatibilité avec le marché commun selon les critères de l’article 107, § 1, du TFUE.

Il y a lieu de se référer aux règlements suivants :

- règlement (CE) n° 994/98 du Conseil habilite la Commission à déclarer, conformément à l’article 109 du traité, que certaines catégories d’aides d’État peuvent être exemptées de l’obligation de notification à certaines conditions.

- règlement (CE) n° 651/2014 de la Commission déclare certaines catégories d’aides compatibles avec le marché intérieur en application des articles 107 et 108 du traité.

- règlement, celui n°1407/2013 relatif à l’application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l’Union européenne aux aides de minimis, précise certaines règles et est applicable aux aides octroyées aux entreprises de tous les secteurs, à l’exception des aides déterminées dans son article premier. Ce règlement maintient le plafond de 200.000 € pour le montant d’aide de minimis qu’une entreprise unique peut recevoir par État membre sur une période de trois ans.”

De Raad van State ziet niet onmiddellijk welke bepalingen van de algemene groepsvrijstellingsverordening in dit geval van toepassing zijn, behalve dan de bepalingen over

steun aan kmo's.¹⁷ Er moet in dat geval wel worden nagegaan of de ontworpen steunmaatregelen ingepast kunnen worden in de specifieke gevallen van steun die in die verordening verenigbaar worden geacht met de interne markt. Wat betreft de toepasselijkheid van de *de-minimis*verordening¹⁸ en eventueel van de *de-minimis*verordening voor diensten van algemeen economisch belang¹⁹ moet erover worden gewaakt dat de in die verordeningen bepaalde voorwaarden in acht worden genomen.

ALGEMENE OPMERKINGEN

12. In de artikelen 7, § 4, 8, § 4, en 12, § 4, van het ontwerp wordt bepaald dat de Diensten van het Verenigd College bepaalde “toepassingsmodaliteiten” kunnen bepalen, alsook de inhoud en de vorm van een aanvraagformulier dat gebruikt moet worden voor de aanvraag van de betrokken tegemoetkoming. Een opdracht van regelgevende bevoegdheid aan diensten of ambtenaren die geen politieke verantwoordelijkheid dragen ten opzichte van een democratisch verkozen vergadering, is evenwel in principe ontoelaatbaar. Indien het gaat om uitvoeringsmaatregelen van bijkomstige of detailmatige aard, is een delegatie aan de bevoegde leden van het Verenigd College eventueel wel mogelijk.

De gemachtigde reageerde hierop als volgt:

“Effectivement, la fixation des règles générales ne peut pas être confiée à l'administration. Donc il convient de remplacer, dans le projet d'arrêté, ‘les services du Collège réuni’ par ‘les membres du Collège réuni, compétents pour la politique de santé’.”

In zoverre de beoogde “toepassingsmodaliteiten” effectief van bijkomstige of detailmatige aard zijn, kan met dit voorstel worden ingestemd. Het vaststellen van een aanvraagformulier kan eventueel wel aan de betrokken diensten worden overgelaten, maar dan enkel indien met dat formulier geen gegevens worden verlangd die niet reeds voortvloeien uit het ontworpen besluit.

13. In de Franse tekst schrijve men telkens “groupement” in plaats van “regroupement”. In de Nederlandse tekst wordt terecht de term “groepering” gebruikt.

Die termen moeten ook gebruikt worden in artikel 2 van het ontwerp, waar thans gewag wordt gemaakt van “een erkende huisarts in een individuele of een groepspraktijk”. Men schrijve in de plaats daarvan “een erkende huisarts die actief is in een individuele praktijk of in een groepering”.

¹⁷ Zie de artikelen 17 tot 29 van verordening (EU) nr. 651/2014 van de Commissie van 17 juni 2014 ‘waarbij bepaalde categorieën steun op grond van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag met de interne markt verenigbaar worden verklaard’.

¹⁸ Verordening (EU) nr. 1407/2013 van de Commissie van 18 december 2013 ‘betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun’.

¹⁹ Verordening (EU) nr. 360/2012 van de Commissie van 25 april 2012 ‘betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen’.

14. In een ontworpen regeling van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie behoort niet te worden verwezen naar “het grondgebied van het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest”, maar naar “het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad”.²⁰

15. In het ontwerp wordt herhaaldelijk verwezen naar het vereiste om een “gelabeld elektronisch medisch dossier” te gebruiken en om verbonden te zijn met het “Brusselse Gezondheidsnetwerk”. Indien deze begrippen aan bod komen in andere regelgeving, moet hiernaar verwezen worden. Indien dat niet het geval is, moeten deze begrippen worden gedefinieerd in dit ontwerp op een wijze die voor de begunstigden van de tegemoetkomingen voldoende duidelijk maakt wat precies wordt bedoeld en wat ter zake van hen wordt vereist.

16. De artikelen 2 en 11 van het ontwerp bestaan uit een enkele paragraaf, zodat de vermelding “§ 1.” moet worden weggelaten.

Verscheidene artikelen bestaan uit verschillende paragrafen die elk een enkel lid omvatten. Ook in dat geval moet worden afgezien van de indeling in paragrafen.²¹

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Aanhef

17. Gelet op hetgeen in opmerking 10 is uiteengezet aangaande de rechtsgrond voor het ontworpen besluit, moet in het eerste lid van de aanhef meer specifiek worden verwezen naar artikel 36*duodecies*, *derde lid*, van de ZIV-wet.

Artikel 1

18. Artikel 1, § 1, van het ontwerp bevat enkel de aankondiging dat “maatregelen ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde (...) [worden] uitgewerkt (...)”. Een dergelijke bepaling is niet normatief en moet worden weggelaten uit het ontwerp.²²

19. In artikel 1, § 2, 1° (lees: artikel 1, 1°) van het ontwerp wordt een “erkende huisarts” gedefinieerd als “een geneesheer (lees: arts) die voldoet aan de voorwaarden van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van

²⁰ Zie artikel 135 van de Grondwet.

²¹ Zie *Beginnelsen van de wetgevingstechniek. Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, Raad van State, 2008, aanbeveling 57.3, derde alinea, a), te raadplegen op de internetsite van de Raad van State (www.raadvst-consetat.be).

²² In dat geval moet uiteraard ook de vermelding “§ 2.” wegvallen, aangezien er dan maar een enkele paragraaf meer zou voorkomen in artikel 1 van het ontwerp.

huisartsen”. De gemachtigde beaamde dat beter kan worden geschreven “een arts die erkend is als houder van de bijzondere beroepstitel van huisarts”.²³

20. In artikel 1, § 2, 4° (lees: artikel 1, 4°) van het ontwerp wordt gewag gemaakt van een “groepering van algemeen geneeskundigen die minstens twee erkende huisartsen bevat”. Op de vraag of niet veeleer moet worden geschreven “groepering van *huisartsen*”, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“Le groupement peut être constitué de médecins généralistes agréés, ainsi que de médecins généralistes non agréés c’est-à-dire des médecins généralistes avec droits acquis (médecins ayant la formation de base et exerçant la médecine générale avant le 31/12/1994) ou des médecins généralistes stagiaires n’ayant pas encore eu de titre particulier de médecine générale. Nous insistons, cependant, sur le principe suivant lequel l’intervention n’est octroyée qu’à un médecin généraliste agréé. (...) Au minimum 2 médecins généralistes doivent faire partie du groupement et l’intervention ne pourra être accordée qu’aux médecins généralistes agréés.”

Aangezien een stagiair effectief niet als “huisarts” kan worden beschouwd, schrijve men beter “groepering van artsen, actief in de huisartsgeneeskunde, die minstens twee erkende huisartsen bevat”.

Artikel 3

21. Overeenkomstig artikel 3, § 1, van het ontwerp is de tussenkomst bedoeld in artikel 2, § 1 (lees: artikel 2) van het ontwerp “verworven ten definitieve titel” (lees: definitief verworven) op het einde van het vijfde jaar na de installatie als huisarts, indien “op dat moment” aan bepaalde voorwaarden voldaan is. Op de vraag of aan die voorwaarden moet zijn voldaan op het einde van het vijfde jaar na de installatie, dan wel gedurende de periode van vijf jaar, antwoordde de gemachtigde als volgt:

“L’intervention est octroyée au moment de la demande. Elle est définitive après 5 ans. Durant ce délai, l’autorité a le droit de réclamer le remboursement si les conditions prévues à l’article 5, *in fine*, ne sont pas respectées.”

De woorden “op dat moment” moeten dan ook vervangen worden door de woorden “gedurende die periode van vijf jaar”.

²³ Zie immers artikel 86 van de wet ‘betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen’, gecoördineerd op 10 mei 2015.

22. In artikel 3, § 1, van het ontwerp wordt wel bepaald wanneer de tussenkomst definitief is verworven, maar er wordt niets bepaald omtrent de uitbetaling van die tussenkomst. De gemachtigde verklaarde in dat verband het volgende:

“Le paiement de l'intervention est effectué une fois que le dossier est déclaré recevable par l'administration. L'intervention est octroyée au moment de la demande. Elle est définitive après 5 ans. Durant ce délai, l'autorité a le droit de réclamer le remboursement si les conditions prévues à l'article 5, in fine, ne sont pas respectées.”

Het ontwerp moet alleszins worden aangevuld met bepalingen betreffende de uitbetaling van de toelage.

23. De ontworpen regeling in verband met de terugvordering, vervat in artikel 3, § 2, 1° (lees: artikel 3, § 2) van het ontwerp, wekt de indruk dat in de andere gevallen dan diegene die erin worden vermeld, zou worden afgezien van de terugvordering, hetgeen strijdig zou zijn met artikel 13, eerste lid, 1°, 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’, dat bepaalt dat een toelage moet worden terugbetaald indien de subsidievoorwaarden niet worden nageleefd.

Ervan uitgaande dat het niet de bedoeling is om in te gaan tegen deze wetsbepaling en dat enkel een specifieke regeling wordt beoogd voor de berekeningswijze van de terug te vorderen bedragen in de gevallen die in de ontworpen bepaling worden vermeld, schrijve men “Onverminderd 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, wordt de tussenkomst teruggevorderd indien (...)”.

Artikel 5

24. In artikel 5, § 2, 3°, van het ontwerp wordt bepaald dat de samenwerkingsovereenkomst tussen de erkende huisartsen van een groepering onder meer de “modaliteiten” (lees: de nadere regels) moet bevatten “voor het raadplegen van de medische dossiers, in het bijzonder de globale medische dossiers, rekening houdend met de deontologie en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer”. Er kan beter worden gepreciseerd dat het gaat om de raadpleging door de andere artsen actief in de groepering.

Artikel 9

25. In artikel 9, § 2, van het ontwerp wordt een uitzondering uitgewerkt op het minimumaantal beheerde globale medische dossiers, die enkel geldt voor de groepering en niet voor huisartsen die individueel actief zijn. De gemachtigde bevestigde dat deze uitzondering ook toepasselijk gemaakt moet worden op huisartsen die individueel actief zijn.

26. In artikel 9, § 3, tweede zin, van het ontwerp wordt voorzien in een *pro rata*-berekening indien slechts in de loop van een kalenderjaar is voldaan aan de voorwaarden bedoeld in de paragrafen 1 en 2, maar enkel voor groeperingen.²⁴ Ook hier beaamde de gemachtigde dat deze regeling eveneens toepasselijk gemaakt moet worden op huisartsen die individueel actief zijn.

Artikel 10

27. In de Nederlandse tekst van artikel 10 van het ontwerp schrijve men “een dienst (...) *die* (niet: dat) tot doel heeft”.

Artikel 12

28. In artikel 12, § 4, van het ontwerp wordt enkel gewag gemaakt van de bewijslevering door een individueel erkende huisarts. Er moet ook melding worden gemaakt van een erkende huisarts die verbonden is met een groepering, zoals in artikel 11 van het ontwerp. Eventueel kan ook de specifieke vermelding van een individueel erkende huisarts worden weggelaten, zodat de ontworpen bepaling geldt voor alle begunstigden van de tegemoetkoming.

Artikel 13

29. In artikel 13, 2°, tweede zin, van het ontwerp wordt een *pro rata*-regeling opgenomen waarvan niet valt in te zien waarom die niet even wenselijk zou zijn voor de hypothese bedoeld in artikel 13, 1°, van het ontwerp. Die ontworpen zin moet bijgevolg hetzij een tweede lid vormen van het ontworpen artikel, hetzij worden hernomen in de bepaling onder 1°.

Artikel 14

30. Overeenkomstig artikel 14 van het ontwerp moet de aanvraag tot tegemoetkoming worden ingediend door een arts die onder meer “de formaliteiten vervult die verbonden zijn aan zijn identificaties die door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden geëist”. Op de vraag of hiermee een bijkomende voorwaarde wordt beoogd voor de betrokken artsen, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“Tous les médecins généralistes agréés doivent avoir un numéro Inami afin que les patients puissent se faire rembourser par les organismes assureurs.”

Indien het de bedoeling is om te eisen dat de erkende huisarts tevens beschikt over een RIZIV-nummer voor het verrichten van terugbetaalbare verstrekkingen, kan dit beter als dusdanig worden vermeld.

²⁴ Deze bepaling kan overigens het best in een afzonderlijk lid worden opgenomen.

Artikel 16

31. In artikel 16 van het ontwerp wordt bepaald dat de tegemoetkomingen bedoeld in de hoofdstukken 3 en 4 niet kunnen worden gecumuleerd. Een dergelijke fundamentele bepaling wordt beter niet weggemoffeld bij de slotbepalingen, maar moet prominent worden vermeld in de artikelen 4 en 10 van het ontwerp (de eerste artikelen van de betrokken hoofdstukken).

Artikel 18

32. Artikel 18 van het ontwerp kan beter als volgt worden geredigeerd:

“Art. 18. Het koninklijk besluit van 23 maart 2012 (...) wordt opgeheven met ingang van 1 januari 2016, met uitzondering van artikel 3 ervan, dat wordt opgeheven met ingang van 1 juli 2016.”²⁵

Artikel 19

33. Artikel 19 van het ontwerp kan beter als volgt worden geredigeerd:

“Art. 19. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2016. Het treedt buiten werking op 31 december 2016, met uitzondering van artikel 3.”

Artikel 3 van het ontwerp bevat immers een regeling inzake definitieve verworvenheid en inzake terugvordering die ook na 31 december 2016 moet kunnen worden toegepast.

*

²⁵ Indien het te nemen besluit uiterlijk op 1 juli 2016 zou worden bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad, schrijven men “met uitzondering van artikel 3 ervan, dat wordt opgeheven op 1 juli 2016”.

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation a fait porter son examen essentiellement sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique et l'accomplissement des formalités prescrites.

*

PORTÉE DU PROJET

2. Le projet soumis pour avis a pour objet d'instaurer, en ce qui concerne la Commission communautaire commune, un régime temporaire en matière de soutien à la médecine générale.

Ce soutien concerne différents types d'interventions financières. Tout d'abord, il prévoit une intervention pour la première installation d'un médecin généraliste agréé en pratique individuelle ou collective (articles 2 et 3 du projet). Ensuite, il envisage, soit une intervention dans les coûts salariaux d'un travailleur qui assure l'accueil et la gestion de la pratique (avec un régime différent selon que le médecin généraliste agréé a une pratique individuelle ou fait partie d'un groupement – articles 4 à 9 et 16), soit une intervention dans les frais de recours à un service de télé-secrétariat médical qui a pour but de fournir une aide dans la gestion administrative de la pratique (articles 10 à 13 et 16).

Le projet comporte par ailleurs des dispositions relatives à la demande d'intervention et à l'allocation de base pertinente du budget des dépenses (articles 14, 15 et 17). L'arrêté envisagé se substitue à l'arrêté royal du 23 mars 2012 'portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement', qui est abrogé (article 18 du projet). Il produit ses effets le 1^{er} janvier 2016 et cesse d'être en vigueur le 31 décembre 2016 (article 19).

COMPÉTENCE

3. Sur le fond, la réglementation en projet est conforme à celle de l'arrêté royal du 23 mars 2012. À la suite de la sixième réforme de l'État, la réglementation relative au fonds d'impulsion a été transférée aux communautés dans le cadre de leurs compétences en matière d'organisation des soins de santé de première ligne et de soutien des métiers de la santé de première ligne¹⁻².

¹ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 6°, de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles', remplacé par l'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 'relative à la Sixième Réforme de l'État', combiné avec l'article 63, alinéa 1^{er}, de la loi du 12 janvier 1989 'relative aux Institutions bruxelloises'. Voir, à cet égard, également *Doc. parl.*, Sénat, 2012-13, n° 5-2232/1, p. 40.

² Dans le même sens, l'avis C.E. 57.044/3 du 2 mars 2015 sur un projet devenu l'arrêté du Gouvernement de la Communauté germanophone du 17 avril 2015 'zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012 zur Schaffung eines Impulsfonds für die Allgemeinmedizin und zur Festlegung der Arbeitsweise dieses Fonds'.

4. Concernant l'exercice des nouvelles compétences communautaires, la proposition devenue la loi spéciale du 6 janvier 2014 'relative à la Sixième Réforme de l'État' expose ce qui suit :

« S'agissant de l'exercice des compétences communautaires à Bruxelles, la répartition des compétences telle que conçue dans les articles 128, § 2, et 135 de la Constitution s'applique. En vertu de l'article 128, § 2, de la Constitution, les Communautés française et flamande disposent d'un pouvoir décréteil à l'égard des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté.

Dans la mesure où les compétences impliquent, pour les personnes, des obligations ou des droits à une intervention ou une allocation, ou dans la mesure où il s'agit d'institutions bicommunautaires, l'autorité compétente en région bilingue de Bruxelles-Capitale sera la Commission communautaire commune (COCOM).

Ainsi, pour les matières suivantes qui sont transférées aux communautés par la présente proposition de loi spéciale, l'autorité compétente sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale sera la Commission communautaire commune (COCOM) :

- l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) ;
- Impulseo ;
- les consultations sevrage tabagique ;
- les prestations communautarisées prises en charge dans le cadre du 'maximum à facturer' (MAF) ;
- les aides à la mobilité, avec un Accord de coopération obligatoire conclu entre la COCOM, la Communauté française et la Communauté flamande afin de mettre en place un guichet unique pour les personnes handicapées en ce qui concerne les aides à la mobilité visées à l'article 5, § 1^{er}, II, 4^o (voir infra). Par guichet unique, l'on entend un système d'aide grâce auquel la personne handicapée peut obtenir l'ensemble des aides à la mobilité dont elle peut bénéficier en s'adressant à un seul service. Dans l'attente de cet accord de coopération, les services compétents de la Communauté française et de la Communauté flamande (Phare, VAPH) octroient, en application des règles définies par la COCOM, les aides à la mobilité aux personnes qui s'adressent à eux.

Ainsi, pour les matières suivantes qui sont transférées aux communautés par la présente proposition de loi spéciale, l'autorité compétente en région bilingue de Bruxelles-Capitale sera la Communauté flamande ou française, lorsque les institutions doivent être considérées, en raison de leur organisation, comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre Communauté, ou bien la COCOM, lorsque les institutions ne doivent pas être considérées, en raison de leur organisation, comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté :

- campagnes de vaccination ;
- campagnes de dépistage ;
- plan national nutrition et santé (PNNS) ;
- hygiène dentaire dans les écoles ;
- Fonds de lutte contre les assuétudes ;
- services intégrés de soins à domicile (SISD) ;
- plateformes et équipes multidisciplinaires de soins palliatifs ;
- cercles de médecins généralistes ;
- infrastructures hospitalières et frais d'investissement dans du matériel médical lourd (sous-parties A1 et A3 du budget des hôpitaux) ;
- conventions de revalidation ;

- maisons de soins psychiatriques ;
- initiatives d'habitation protégées (IHP) ;
- plateformes psychiatriques ;
- réseaux locaux multidisciplinaires ;
- agrément des prestataires de soins et sous-quotas des métiers de la santé ;
- services G et Sp isolés ;
- maisons de repos et soins (MRS), maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), centres de soins de jour (CSJ) et centres de court séjour (CCS).

De plus, l'accord de la Saint-Quentin pourra être appliqué si les entités concernées le souhaitent. Conformément à l'article 138 de la Constitution, le Parlement de la Communauté française, d'une part, et le Parlement de la Région wallonne et le groupe linguistique français du Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale, d'autre part, peuvent décider d'un commun accord et chacun par décret que le Parlement et le gouvernement de la Région wallonne dans la région de langue française et le groupe linguistique français du Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale et son collègue dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale exercent, en tout ou en partie, des compétences de la Communauté française »³.

Dans son avis sur cette proposition, le Conseil d'État a exposé à cet égard ce qui suit :

« 7. La répartition des compétences dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale est précisée dans la jurisprudence⁴ de la Cour constitutionnelle et dans les avis rendus par le Conseil d'État⁵.

Il en résulte que la Communauté française et la Communauté flamande, ainsi que la Commission communautaire française y sont exclusivement compétentes à l'égard d'institutions uncommunautaires et qu'elles ne peuvent directement y attribuer des droits et imposer des obligations à des personnes physiques.

Cela n'exclut toutefois pas que des personnes physiques puissent être considérées 'dans certaines circonstances comme une 'institution''⁶. La même observation vaut pour des personnes morales de droit privé, telle une société privée à responsabilité limitée ou une société anonyme⁷.

³ *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 6-8.

⁴ *Note 1 de l'avis cité* : Voir C.C., 13 mars 2001, n° 33/2001, B.4.1 à B.4.4.

⁵ *Note 2 de l'avis cité* : En ce sens, l'avis 34.339/AV de l'assemblée générale du Conseil d'État, donné le 29 avril 2003 sur un avant-projet devenu le décret du 21 novembre 2003 'relatif à la politique de santé préventive' (*Doc. parl.*, Parl. fl., 2002-2003, n° 1709/1, pp. 157-159).

⁶ *Note 3 de l'avis cité* : L'assemblée générale du Conseil d'État a déclaré à cet égard dans l'avis précité : '25. Het is niet uitgesloten dat een natuurlijke persoon in bepaalde omstandigheden als een 'instelling' beschouwd kan worden. Dit is bijvoorbeeld het geval waar iemand een functie uitoefent, die aan één persoon is opgedragen, zoals de gouverneur of een burgemeester. Ook een privé-persoon kan als een 'instelling' beschouwd worden, als hij een bepaalde 'organisatie' van bestendige aard vertoont, die het mogelijk maakt hem op grond van objectief aanwijsbare kenmerken tot hetzij de Vlaamse, hetzij de Franse Gemeenschap te rekenen.

26. Een individuele zorgaanbieder die in geen enkel georganiseerd verband werkt, kan niet in aanmerking komen voor de kwalificatie als 'instelling'. De enkele verklaring dat hij zich verbindt met de Vlaamse Gemeenschap is een zuiver subjectief gegeven, dat niet tot gevolg heeft dat de betrokkene als een 'instelling' beschouwd kan worden. Een individuele zorgaanbieder die in een bepaald verband werkt, dat zelf georganiseerd is op een zodanige wijze dat blijk gegeven wordt van een band met de Vlaamse Gemeenschap, kan daarentegen wel als 'instelling' beschouwd worden.'

⁷ *Note 3 de l'avis cité* : Voir en ce sens C.C., 30 juin 2004, n° 19/2004.

Par ailleurs, il convient de relever que les communautés peuvent également atteindre des ‘personnes physiques (quelle que soit leur appartenance linguistique)’ ‘au travers des institutions appartenant à la communauté concernée et auxquelles les personnes peuvent s’adresser librement’⁸.

Le fait que la compétence résiduelle dans le domaine des matières personnalisables dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale incombe à la Commission communautaire commune implique que celle-ci est compétente à l’égard des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, ne peuvent pas être considérées comme appartenant exclusivement à la Communauté française ou flamande et, en outre, pour les mesures qui imposent directement des droits et/ou obligations à des personnes physiques. Sur la base de la clause d’exception, contenue à l’article 128, § 2, de la Constitution, sa compétence peut par ailleurs être étendue à des matières qui, en principe relèveraient respectivement des Communautés flamande et française.

8.1. Au regard de cette répartition des compétences dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, le Conseil d’État souhaite attirer l’attention sur deux aspects du régime proposé.

(...)

8.3. Par ailleurs, les auteurs de la proposition ont déclaré dans les développements de celle-ci⁹ que, pour un certain nombre de matières relatives aux soins de santé, seule la Commission communautaire commune sera compétente¹⁰, alors que, pour d’autres matières, soit la Communauté française¹¹, soit la Communauté flamande, soit la Commission communautaire commune sera compétente¹².

Cette position des auteurs de la proposition est sans doute basée sur une analyse de la manière dont le législateur fédéral exerce actuellement les compétences dans ces matières : soit en attribuant directement des droits et en imposant des obligations aux personnes physiques (‘logique des droits individuels’), soit au travers d’institutions (‘logique des institutions’).

À cet égard, le Conseil d’État souhaite observer que, même dans l’hypothèse où cette analyse serait correcte – aspect que le Conseil d’État n’a pas examiné –, il ne peut en

⁸ Note 5 de l’avis cité : En ce sens, l’avis 34.339/AV précité de l’assemblée générale du Conseil d’État, donné le 29 avril 2003.

⁹ Note 2 de l’avis cité : *Ibid.*, pp. 6-8.

¹⁰ Note 3 de l’avis cité : Sont mentionnés : l’allocation pour l’aide aux personnes âgées (APA), Impulseo, les consultations pour le sevrage tabagique, les prestations communautaires prises en charge dans le cadre du « maximum à facturer » (MAF) et certaines aides à la mobilité.

¹¹ Note 4 de l’avis cité : Le cas échéant, la Commission communautaire française pourrait également être compétente sur la base de décrets édictés en application de l’article 138 de la Constitution.

¹² Note 5 de l’avis cité : Sont mentionnés : les campagnes de vaccination, les campagnes de dépistage, le plan national nutrition et santé (PNNS), l’hygiène dentaire dans les écoles, le Fonds de lutte contre les assuétudes, les services intégrés de soins à domicile (SISD), les plate-formes et équipes multidisciplinaires de soins palliatifs, les cercles de médecins généralistes, les infrastructures hospitalières et frais d’investissement dans du matériel médical lourd (sous-parties A1 et A3 du budget des hôpitaux), les conventions de revalidation, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d’habitations protégées (IHP), les plateformes psychiatriques, les réseaux locaux multidisciplinaires, l’agrément des prestataires de soins et sous-quotas des métiers de la santé, les services G et Sp isolés, les maisons de repos et soins (MRS), les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), les centres de soins de jour (CSJ) et les centres de court séjour (CCS). Il convient d’observer que, dans cette énumération, il est question dans la version française d’« hygiène dentaire dans les écoles » et dans la version néerlandaise, plus largement, d’« hygiëne in de scholen » ; de même, la version française ne comprend pas de correspondant à l’adjectif « overdragen » pour ce qui concerne les « conventions de revalidation ».

être déduit que la manière dont les compétences sont exercées à l'heure actuelle serait la seule possible. En effet, il n'est pas exclu, pourvu que l'on demeure dans les limites de la loyauté fédérale, que des matières qui sont actuellement réglées au niveau fédéral selon la 'logique des droits individuels' soient réglées, après le transfert de la compétence, par une ou par les deux communautés, selon la 'logique des institutions'.

La compétence des communautés 'à l'égard des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté' est ancrée à l'article 128, § 2, de la Constitution même et ne peut dès lors être exclue par une simple prise de position dans les développements de la proposition de loi spéciale.

Le législateur spécial ne peut réserver entièrement les matières mentionnées dans les développements à la Commission communautaire commune qu'en ayant expressément recours, dans le texte même de la loi spéciale, à la possibilité qu'offre la clause d'exception consacrée à l'article 128, § 2, de la Constitution de décider que la Communauté française et la Communauté flamande ne pourront pas exercer certaines compétences à l'égard de leurs institutions dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ; c'est en ce sens qu'est rédigé l'article 52 proposé pour les allocations familiales et pour certaines aides à la mobilité »^{13 14}.

5. Le délégué a fourni l'explication suivante à propos de la compétence territoriale de la Commission communautaire commune pour la réglementation en projet :

« Le projet d'arrêté sera d'application pour tous les médecins généralistes agréés dont l'activité principale – qui donne droit à l'intervention – est située sur le territoire de la région de Bruxelles-Capitale; indépendamment de leur rôle linguistique qu'il soit en pratique individuelle ou en groupement. Ceux-ci devront répondre aux conditions reprises dans l'arrêté;

Les mesures de soutien visent les médecins généralistes en tant que personne individuelle et non en tant qu'organisation appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté. Cfr exposé des motifs relatif à la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État - point I C Bruxelles.

(...)

L'intervention est toujours prévue pour un médecin individuel qu'il pratique seul ou en groupe. Il n'est pas prévu d'accorder une intervention aux pratiques de groupe ».

6. En effet, la réglementation en projet, tout comme d'ailleurs l'arrêté royal du 23 mars 2012 dont elle procède, est conçue essentiellement comme une réglementation qui ne s'adresse qu'aux médecins généralistes agréés individuels, même si ceux-ci collaborent dans un groupement. Il n'en demeure pas moins que le projet comporte plusieurs dispositions imposant des conditions à l'égard de ce groupement, lesquelles en influencent de ce fait le fonctionnement de manière indirecte.

¹³ Note 1 de l'avis cité : Cette intention semble en tout cas ressortir de l'article 52, 2°, alinéas 2 et 3, proposé, combiné avec les commentaires dans les développements (*Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, pp. 3, 7 et 51). Voir plus bas l'observation n° 2 formulée sous les articles 8 et 52, *partim*.

¹⁴ Avis C.E. 53.932/AG du 27 août 2013 sur une proposition de loi devenue la loi spéciale du 6 janvier 2014, *Doc. parl.*, Sénat, 2012-13, n° 5-2232/3, pp. 15-17).

À cet égard, on peut se référer à l'article 5 du projet, qui soumet l'intervention visée à l'article 4, pour les médecins généralistes qui font partie d'un groupement, à des conditions qui concernent ce dernier et pas uniquement les médecins généralistes individuels en tant que tels. Tel est également le cas de l'article 8 du projet, qui fait même état de la demande « pour un regroupement », et non pour un médecin généraliste individuel et qui, en tout état de cause, impose à nouveau des conditions qui concernent le groupement et pas seulement les médecins généralistes individuels en tant que tels. Les articles 11 et 12, § 2, 3°, du projet contiennent également des conditions similaires. Enfin, l'article 16 du projet prévoit que non seulement un médecin généraliste individuel, mais également un groupement ne peuvent cumuler les interventions visées aux chapitres 3 et 4, ce qui constitue également une prescription qui s'adresse aux groupements en tant que tels.

Le fait qu'aucune *obligation* directe n'est imposée à ces groupements est sans pertinence à cet égard. Si, pour l'octroi d'une intervention (que l'on peut demander sur une base volontaire), certaines conditions sont formulées à l'égard de groupements plutôt qu'à l'égard de médecins généralistes individuels uniquement, cette réglementation s'adresse également à de groupements.

Par conséquent, dans la mesure où la réglementation en projet s'adresse aux groupements, c'est la « logique des institutions » qui est suivie et non la « logique des droits individuels » dont fait état l'avis invoqué dans l'observation 4¹⁵. Il s'ensuit que la réglementation en projet ne peut s'appliquer dans cette mesure, qu'à l'égard des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, ne peuvent pas être considérées comme appartenant exclusivement à la Communauté française ou flamande (il s'agit des institutions dites bicommunautaires).

Par ailleurs, les Communautés française et flamande sont compétentes pour élaborer, dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, une intervention qui s'adresse aux groupements de médecins généralistes qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à la Communauté française ou la Communauté flamande.

7. En conclusion, les auteurs du projet doivent opérer un choix fondamental pour que la réglementation qu'ils envisagent s'intègre dans la répartition des compétences dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Soit une intervention peut s'adresser à des médecins généralistes individuels, sans que soient formulées à cet égard des conditions que le groupement en tant que tel doit remplir pour que l'intervention soit due. Dans ce cas, la « logique des droits individuels » est suivie.

Soit une intervention peut s'adresser à des groupements et, dans ce cas, des conditions peuvent également être formulées auxquelles les médecins généralistes individuels de

¹⁵ Le fait que le fonds Impulseo est mentionné parmi les matières auxquelles s'appliquerait une logique des droits individuels dans les développements de la proposition de loi spéciale, invoqués dans l'observation 4, ne signifie pour autant que tel est aussi effectivement le cas pour la réglementation en projet, ainsi que le Conseil d'État l'a expressément observé dans l'avis cité dans cette remarque.

ce groupement doivent satisfaire. Dans ce cas, c'est la « logique des institutions » qui est appliquée, combinée éventuellement avec la « logique des droits individuels ». Or, pareille réglementation peut uniquement concerner les groupements susceptibles d'être considérés comme des institutions bicommunautaires, à savoir des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et qui, en raison de leur organisation, ne peuvent pas être considérées comme appartenant exclusivement à la Communauté française ou à la Communauté flamande. Cette limitation des compétences doit également apparaître expressément dans la réglementation en projet, afin de ne pas donner l'impression que pareille réglementation concernerait des groupements relevant de la compétence de la Communauté française ou de la Communauté flamande.

Il est possible de combiner les deux méthodes en concrétisant certaines interventions entièrement selon la première méthode et d'autres selon la deuxième méthode.

8. Si l'exercice des compétences par la Commission communautaire commune, la Communauté flamande et la Commission communautaire française¹⁶ emporte que certains groupements de médecins généralistes entrent en ligne de compte pour des interventions octroyées par plus d'une autorité et si un tel cumul d'interventions est jugé inopportun, il appartiendra à la Commission communautaire commune d'initier avec les autres autorités compétentes une concertation qui peut aboutir à des accords de politique (éventuellement sous la forme d'un accord de coopération) sur les règles de cumul. Toutefois, pareils accords ne peuvent porter atteinte à la répartition des compétences dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, exposée ci-avant. Une autorité ne peut ainsi abandonner sa compétence en la matière.

9. Si les interventions décrites ci-dessus aboutissent à une nouvelle mise en œuvre de la réglementation en projet sur le fond, les dispositions modifiées ou ajoutées devront être soumises à la section de législation, conformément à la prescription de l'article 3, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État.

FONDEMENT JURIDIQUE

10. Selon le préambule, le fondement juridique de l'arrêté en projet est recherché dans l'article 36^{duodecies} de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi AMI). Cette disposition habilite notamment le Roi (lire : le Collège réuni de la Commission communautaire commune) à créer un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et à fixer ses modalités de fonctionnement. Ce fonds d'impulsion est destiné au financement de mesures visant à soutenir la médecine générale, qui ont pour but de stimuler les médecins généralistes à exercer ou à continuer d'exercer une activité de médecine générale. Lors de l'élaboration de ces mesures, il peut être tenu compte de caractéristiques objectives spécifiques des médecins généralistes mêmes, d'une part, et de leur

¹⁶ C'est en effet la Commission communautaire française qui exerce la compétence concernée de la Communauté française, conformément à l'article 3, 6°, du décret spécial du 3 avril 2014 'relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française'.

pratique et des caractéristiques locales de la médecine générale, d'autre part. Ces mesures peuvent concerner notamment les frais d'installation d'un médecin généraliste et les activités ne concernant pas les soins nécessaires pour la gestion de la pratique.

Il peut être admis que cette disposition légale, qui constitue le fondement juridique de l'arrêté royal du 23 mars 2012 à abroger, peut également procurer un fondement juridique à l'arrêté en projet qui, sur le fond, est parallèle à cet arrêté royal, même si l'arrêté en projet ne vise plus la création d'un tel fonds en ce qui concerne la Commission communautaire commune. Seul l'alinéa 3 de cette disposition légale procure dès lors un fondement juridique à l'arrêté en projet.

Il n'empêche qu'il est recommandé de créer à court terme un fondement juridique approprié, qui ne fait pas état d'un fonds (si l'intention à l'avenir n'est pas non plus de créer encore pareil fonds) et qui habilite le Collège réuni à fixer les différents types d'interventions (dont la nature peut déjà être définie dans l'ordonnance), le montant, les conditions d'octroi et la procédure de demande.

FORMALITÉS

11. La réglementation en projet comporte des interventions financières accordées aux médecins généralistes concernés, susceptibles d'être considérées comme une aide d'État. À la question de savoir si le projet a été notifié à la Commission européenne, conformément à l'article 108, paragraphe 3, du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (ci-après : TFUE), le délégué a répondu ce qui suit :

« Le projet d'arrêté n'a pas été notifié à la Commission Européenne sur base de l'article 108, 3 alinéa du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne.

En effet, L'article 108 § 3, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) énonce l'obligation de notification des aides d'État à la Commission européenne afin d'établir leur compatibilité avec le marché commun selon les critères de l'article 107, § 1, du TFUE.

Il y a lieu de se référer aux règlements suivants :

- règlement (CE) n° 994/98 du Conseil habilite la Commission à déclarer, conformément à l'article 109 du traité, que certaines catégories d'aides d'État peuvent être exemptées de l'obligation de notification à certaines conditions ;

- règlement (CE) n° 651/2014 de la Commission déclare certaines catégories d'aides compatibles avec le marché intérieur en application des articles 107 et 108 du traité ;

- règlement, celui n°1407/2013 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis, précise certaines règles et est applicable aux aides octroyées aux entreprises de tous les secteurs, à l'exception des aides déterminées dans son article premier. Ce règlement maintient le plafond de 200.000 € pour le montant d'aide de minimis qu'une entreprise unique peut recevoir par État membre sur une période de trois ans ».

Le Conseil d'État n'aperçoit pas immédiatement les dispositions du règlement général d'exemption par catégorie qui s'appliquent en l'espèce, si ce n'est les dispositions

relatives aux aides en faveur des PME ¹⁷. Dans ce cas, il faudra toutefois vérifier si les mesures d'aide en projet peuvent s'accorder avec les cas d'aide spécifiques que le règlement juge compatibles avec le marché intérieur. En ce qui concerne l'applicabilité du règlement *de minimis* ¹⁸ et, le cas échéant, du règlement *de minimis* pour les services d'intérêt économique général ¹⁹, il faut veiller à ce que les conditions prévues dans ces règlements soient respectées.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

12. Les articles 7, § 4, 8, § 4, et 12, § 4, du projet énoncent que les services du Collège réuni peuvent fixer certaines « modalités d'application », ainsi que le contenu et la forme d'un formulaire de demande qui doit être utilisé pour la demande de l'intervention concernée. Toutefois, une délégation de pouvoir réglementaire à des services ou fonctionnaires qui n'assument aucune responsabilité politique à l'égard d'une assemblée élue démocratiquement n'est en principe pas admissible. Par contre, s'il s'agit de mesures d'exécution d'ordre secondaire ou de détail, une délégation aux membres compétents du Collège réuni est éventuellement possible.

À ce propos, le délégué a répondu comme suit :

« Effectivement, la fixation des règles générales ne peut pas être confiée à l'administration. Donc il convient de remplacer, dans le projet d'arrêté, 'les services du Collège réuni' par 'les membres du Collège réuni, compétents pour la politique de santé' ».

Dans la mesure où les « modalités d'application » visées sont effectivement d'ordre secondaire ou de détail, on peut se rallier à cette proposition. Le soin de fixer un formulaire de demande peut certes être laissé, s'il y échet, aux services compétents, mais à la seule condition que ce formulaire ne requiert pas de données qui ne résultent pas déjà de l'arrêté en projet.

13. Dans le texte français, on écrira chaque fois « groupement » au lieu de « regroupement ». Le texte néerlandais utilise à juste titre le mot « groepering ».

Ces mots doivent également être utilisés à l'article 2 du projet, qui fait état à l'heure actuelle d'« un médecin généraliste agréé en pratique individuelle ou collective ». En lieu et place, on écrira « un médecin généraliste agréé exerçant dans une pratique individuelle ou dans un groupement ».

¹⁷ Voir les articles 17 à 29 du règlement (UE) n° 651/2014 de la Commission du 17 juin 2014 'déclarant certaines catégories d'aides compatibles avec le marché intérieur en application des articles 107 et 108 du Traité'.

¹⁸ Règlement (CE) n° 1407/2013 de la Commission du 18 décembre 2013 'relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis'.

¹⁹ Règlement (UE) n° 360/2012 de la Commission du 25 avril 2012 'relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis accordées à des entreprises fournissant des services d'intérêt économique général'.

14. Dans un régime en projet de la Commission communautaire commune, il ne convient pas de viser « le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale » mais « la région bilingue de Bruxelles-Capitale »²⁰.

15. Le projet évoque à plusieurs reprises l'exigence d'utiliser un « dossier médical électronique labellisé » et d'être connecté au « Réseau Santé bruxellois ». Si d'autres réglementations font état de ces notions, il y a lieu de s'y référer. Si tel n'est pas le cas, le présent projet devra définir ces notions de manière à établir suffisamment clairement dans l'esprit des bénéficiaires des interventions ce que l'on vise précisément et ce que l'on exige d'eux en la matière.

16. Les articles 2 et 11 du projet ne comportent qu'un seul paragraphe, de sorte que la mention « § 1^{er}. » devra être omise.

Plusieurs articles se composent de différents paragraphes qui comportent chacun un seul alinéa. Dans ce cas également, il y aura lieu de renoncer à la subdivision en paragraphes²¹.

EXAMEN DU TEXTE

Préambule

17. Eu égard à l'observation formulée au point 10 à propos du fondement juridique de l'arrêté en projet, le premier alinéa du préambule doit viser de manière plus spécifique l'article 36^{duodecies}, *alinéa 3*, de la loi AMI.

Article 1^{er}

18. L'article 1^{er}, § 1^{er}, du projet porte uniquement qu'« [i]l est créé [...] des mesures de soutien à la médecine générale, [...] ». Une telle disposition n'est pas normative et doit être omise du projet²².

19. L'article 1^{er}, § 2, 1^o (lire : l'article 1^{er}, 1^o) du projet définit un « médecin généraliste agréé » comme « un médecin qui remplit les conditions de l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes ». Le délégué a confirmé

²⁰ Voir l'article 135 de la Constitution.

²¹ Voir *Principes de technique législative. Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires*, Conseil d'État, 2008, recommandation n° 57.3, alinéa 3, a), à consulter sur le site internet du Conseil d'État (www.raadvst-consetat.be).

²² Dans ce cas, la mention « § 2. » sera évidemment elle aussi omise, dès lors qu'il ne subsisterait alors plus qu'un seul paragraphe dans l'article 1^{er} du projet.

qu'il vaut mieux écrire « un médecin agréé comme titulaire du titre professionnel particulier de médecin généraliste »²³.

20. L'article 1^{er}, § 2, 4° (lire : l'article 1^{er}, 4°) du projet fait état d'un « regroupement de médecins de médecine générale qui comprend au moins deux médecins généralistes agréés ». À la question de savoir s'il ne vaut pas mieux écrire « groupement de médecins généralistes », le délégué a donné la réponse suivante :

« Le groupement peut être constitué de médecins généralistes agréés, ainsi que de médecins généralistes non agréés c'est-à-dire des médecins généralistes avec droits acquis (médecins ayant la formation de base et exerçant la médecine générale avant le 31/12/1994) ou des médecins généralistes stagiaires n'ayant pas encore eu de titre particulier de médecine générale. Nous insistons, cependant, sur le principe suivant lequel l'intervention n'est octroyée qu'à un médecin généraliste agréé. (...) Au minimum 2 médecins généralistes doivent faire partie du groupement et l'intervention ne pourra être accordée qu'aux médecins généralistes agréés ».

Étant donné qu'un stagiaire ne peut effectivement pas être considéré comme un « médecin généraliste », mieux vaudra écrire « groupement de médecins, exerçant la médecine générale, qui comporte deux médecins agréés au moins ».

Article 3

21. Conformément à l'article 3, § 1^{er}, du projet, l'intervention visée à l'article 2, § 1^{er}, (lire : article 2) du projet, est « acquise à titre définitif » à l'expiration de la cinquième année après la date d'installation comme médecin généraliste à condition qu'« à ce moment », certaines conditions soient remplies. À la question de savoir si ces conditions doivent être remplies à l'expiration de la cinquième année qui suit l'installation ou si elles doivent l'être dans le courant de la période de cinq ans, le délégué a répondu ce qui suit :

« L'intervention est octroyée au moment de la demande. Elle est définitive après 5 ans. Durant ce délai, l'autorité a le droit de réclamer le remboursement si les conditions prévues à l'article 5, *in fine*, ne sont pas respectées ».

Les mots « à ce moment » doivent dès lors être remplacés par les mots « dans le courant de cette période de cinq ans ».

22. L'article 3, § 1^{er}, du projet, précise certes quand l'intervention est acquise définitivement mais ne prévoit rien pour ce qui est de son paiement. À cet égard, le délégué a déclaré ce qui suit :

« Le paiement de l'intervention est effectué une fois que le dossier est déclaré recevable par l'administration. L'intervention est octroyée au moment de la demande. Elle est définitive après 5 ans. Durant ce délai, l'autorité a le droit de réclamer le remboursement si les conditions prévues à l'article 5, *in fine*, ne sont pas respectées ».

²³ Voir en effet l'article alinéa 86 de la loi 'relative à l'exercice des professions des soins de santé', coordonnée le 10 mai 2015.

Le projet doit en tout cas être complété par des dispositions relatives au paiement de la subvention.

23. Les dispositions en projet relatives à la récupération, inscrites à l'article 3, § 2, 1^o (lire : article 3, § 2) du projet, donnent à penser qu'il serait renoncé à la récupération dans les cas autres que ceux cités, ce qui serait contraire à l'article 13, alinéa 1^{er}, 1^o, de la loi du 16 mai 2003 'fixant les dispositions générales applicables aux budgets, au contrôle des subventions et à la comptabilité des communautés et des régions, ainsi qu'à l'organisation du contrôle de la Cour des comptes', qui dispose qu'une subvention doit être remboursée si les conditions d'octroi ne sont pas respectées.

Considérant que l'intention n'est pas d'aller à l'encontre de cette disposition légale et qu'une mesure spécifique est uniquement envisagée pour le mode de calcul des montants à récupérer dans les cas énumérés dans la disposition en projet, on écrira « Sans préjudice de la loi du 16 mai 2003 fixant les dispositions générales applicables aux budgets, au contrôle des subventions et à la comptabilité des communautés et des régions, ainsi qu'à l'organisation du contrôle de la Cour des comptes, l'intervention est récupérée si [...] ».

Article 5

24. L'article 5, § 2, 3^o, du projet précise que l'accord de coopération qui a été conclu entre les médecins généralistes agréés du groupement doit régler au moins les modalités « pour la consultation des dossiers médicaux, en particulier les dossiers médicaux globaux, compte tenu de la déontologie et de la protection de la vie privée ». Mieux vaudrait préciser qu'il s'agit de la consultation par les autres médecins du groupement.

Article 9

25. L'article 9, § 2, du projet prévoit une exception qui concerne le nombre minimum de dossiers médicaux globaux gérés et qui s'applique uniquement au groupement et non aux médecins généralistes qui exercent individuellement. Le délégué a confirmé que cette exception doit également être rendue applicable à ces derniers.

26. L'article 9, § 3, deuxième phrase, du projet, prévoit un calcul au *pro rata* s'il n'est satisfait aux conditions visées aux paragraphes 1^{er} et 2 que durant une partie d'une année civile, mais seulement pour les groupements²⁴. À cet égard également, le délégué a convenu que cette mesure doit elle aussi être rendue applicable aux médecins généralistes exerçant individuellement.

²⁴ Il est par ailleurs préférable de consacrer un alinéa distinct à cette disposition.

Article 10

27. Dans le texte néerlandais de l'article 10 du projet, on écrira « een dienst (...) die (niet: dat) tot doel heeft ».

Article 12

28. L'article 12, § 4, du projet, fait uniquement état de l'administration de la preuve par un médecin généraliste agréé individuel. Il y a lieu d'également mentionner le cas du médecin généraliste agréé faisant partie d'un groupement comme dans l'article 11 du projet. On peut aussi omettre la mention spécifique d'un médecin généraliste agréé, afin que la disposition en projet s'applique à tous les bénéficiaires de l'intervention.

Article 13

29. L'article 13, 2°, deuxième phrase, du projet prévoit une mesure *au pro rata*. On n'aperçoit pas pourquoi elle ne serait pas tout autant souhaitable pour l'hypothèse visée à l'article 13, 1°, du projet. Cette phrase en projet doit par conséquent soit former un deuxième alinéa de l'article en projet, soit être reproduite dans la disposition énoncée au 1°.

Article 14

30. Conformément à l'article 14 du projet, la demande d'intervention doit être introduite par un médecin qui remplit notamment « les formalités liées à son identification exigées par l'Institut national d'assurance maladie invalidité ». À la question de savoir si une condition supplémentaire est ainsi visée pour ce qui est des médecins concernés, le délégué a répondu ce qui suit :

« Tous les médecins généralistes agréés doivent avoir un numéro Inami afin que les patients puissent se faire rembourser par les organismes assureurs ».

Si l'intention est d'exiger que le médecin généraliste agréé dispose également d'un numéro INAMI pour l'accomplissement de prestations remboursables, mieux vaudrait l'énoncer expressément.

Article 16

31. L'article 16 du projet dispose que les interventions visées dans les chapitres 3 et 4 ne peuvent pas être cumulées. Il serait préférable de ne pas reléguer une disposition aussi fondamentale dans les dispositions finales mais de la mettre en évidence dans les articles 4 et 10 du projet (les premiers articles des chapitres concernés).

Article 18

32. Il vaut mieux rédiger l'article 18 du projet comme suit :

« Art. 18. L'arrêté royal du 23 mars 2012 [...] est abrogé à partir du 1^{er} janvier 2016, à l'exception de son article 3, qui est abrogé à partir du 1^{er} juillet 2016 »²⁵.

Article 19

33. L'article 19 du projet pourrait être mieux rédigé comme suit :

« Art. 19. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2016. Il cesse d'être en vigueur le 31 décembre 2016, à l'exception de l'article 3 ».

En effet, l'article 3 du projet règle un régime d'acquisition définitive et de récupération qui doit également pouvoir s'appliquer au-delà du 31 décembre 2016.

DE GRIFFIER - LE GREFFIER

DE VOORZITTER - LE PRÉSIDENT

Greet VERBERCKMOES

Jan SMETS

²⁵ Si l'arrêté envisagé est publié au *Moniteur belge* au plus tard le 1^{er} juillet 2016, on écrira « à l'exception de son article 3 qui est abrogé le 1^{er} juillet 2016 ».