



RAAD VAN STATE

afdeling Wetgeving

advies 63.180/3
van 18 april 2018

over

een ontwerp van besluit van de Duitstalige Gemeenschap ‘zur
Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012 zur
Schaffung eines Impulsfonds für die Allgemeinmedizin und zur
Festlegung der Arbeitsweise dieses Fonds’

Op 19 maart 2018 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Minister van Gezin, Gezondheid en Sociale Aangelegenheden van de Duitstalige Gemeenschap verzocht binnen een termijn van dertig dagen een advies te verstrekken over een ontwerp van besluit van de Duitstalige Gemeenschap ‘zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012 zur Schaffung eines Impulsfonds für die Allgemeinmedizin und zur Festlegung der Arbeitsweise dieses Fonds’.

Het ontwerp is door de derde kamer onderzocht op 27 maart 2018. De kamer was samengesteld uit Jo BAERT, kamervoorzitter, Jeroen VAN NIEUWENHOVE en Koen MUYLLE, staatsraden, Jan VELAERS en Bruno PEETERS, assessoren, en Astrid TRUYENS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Rein THIELEMANS, eerste auditeur.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 18 april 2018.

*

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 van besluit van de Regering van de Duitstalige Gemeenschap strekt tot de wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 ‘tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan’.

Er wordt een definitie van de term “medisch huis” ingevoegd en er wordt voorzien in een tegemoetkoming in de loonkosten van een medewerker die in dat medisch huis wordt belast met het onthaal en het praktijkbeheer (artikelen 1, 1°, en 2, 1°, van het ontwerp).

In de bestaande definitie van de term “nieuwe installatie” wordt voortaan enkel nog vereist dat de huisartsenactiviteit gelokaliseerd is in het Duitse taalgebied en wordt het bestaande vereiste inzake de lokalisatie van de huisartsenactiviteit geschrapt (artikel 1, 2°).

Er wordt een nieuwe wijze bepaald voor het berekenen van de tegemoetkoming ingeval de erkende huisarts zijn activiteit in de loop van het jaar aanvat (artikel 2, 2° en 3°).

De tegemoetkoming in de kosten voor het gebruiken van een dienst medisch telesecretariaat wordt afgeschaft (artikel 3, 1°).

Het hoofdstuk met overgangsbepalingen – die reeds zijn uitgewerkt – wordt opgeheven (artikel 3, 2°).

Er wordt voorzien in de schrapping van het verbod op cumulatie voor eenzelfde maand van de tegemoetkoming in de loonkosten voor een medewerker die belast is met het onthaal en het praktijkbeheer en van de tegemoetkoming in de kosten voor het gebruiken van een dienst medisch telesecretariaat (artikel 3, 3°, van het ontwerp).

RECHTSGROND

3. Het ontworpen besluit vindt rechtsgrond in artikel 36*duodecies*, derde lid, 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: de Regering van de Duitstalige Gemeenschap) gemachtigd om de werkingsregels van het impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde 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 betrekking hebben op de kosten voor de installatie van een huisarts en voor de niet verzorgingsgebonden activiteiten die noodzakelijk zijn voor het beheer van de praktijk.

Dat neemt niet weg dat het raadzaam is om een aangepaste rechtsgrond te creëren, waarbij de Regering van de Duitstalige Gemeenschap rechtstreeks wordt gemachtigd om voor de verschillende vormen van tegemoetkomingen (waarvan de aard reeds in de decretale regeling kan worden omschreven) het bedrag, de toekenningsvoorwaarden en de aanvraagprocedure te bepalen. Artikel 36*duodecies* van de ZIV-wet, waarvan het tweede lid nog verwijst naar de tenlasteneming van de uitgaven van het impulsfonds door het RIZIV, kan dan worden opgeheven. De gemachtigde verklaarde daarover het volgende:

“Es wird weiterhin in Aussicht gestellt, die föderalen gesetzlichen Grundlagen mittelfristig per Dekret abzuändern.”

VORMVEREISTEN

4. 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:

“Wir sind der Meinung, dass sowohl die Ihnen unterbreiteten Abänderungen als auch der Erlass vom 23. März 2012 insgesamt keiner Anmeldepflicht bei der EU-Kommission unterliegen, da es sich um *de-minimis*-Beihilfen handelt. In der Tat geht aus unseren Auswertungen dieses Instruments hervor, dass seit der Übernahme der entsprechenden Zuständigkeit die in der Verordnung (EU) Nr. 1407/2013 der Kommission vom 18. Dezember 2013 erwähnte Schwelle von 200.000 € für einen Empfänger innerhalb von 3 Steuerjahren nicht überschritten wurde. Es ist demnach unwahrscheinlich, dass dieser Betrag für Ärztehäuser erreicht wird.”

De stellers van het ontwerp zullen zich ervan moeten vergewissen dat voldaan is aan de voorwaarden bepaald in de *de-minimis*verordening¹.

ALGEMENE OPMERKINGEN

5. Over de verhouding tussen de nieuw geïntroduceerde term “medisch huis” (“Ärztehaus”)² en de bestaande term “groepering” (“Zusammenlegung”)³, alsook over de vraag

¹ 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’.

² Ontworpen artikel 1, § 2, 4.1 (lees: 4/1°), van het koninklijk besluit van 23 maart 2012.

³ Artikel 1, § 2, 4°, van het koninklijk besluit van 23 maart 2012.

waarom een specifieke regeling wordt beoogd voor huisartsen die deel uitmaken van een medisch huis, verklaarde de gemachtigde het volgende:

“Eine Zusammenlegung setzt sich grundsätzlich ausschließlich aus Hausärzten zusammen, die sich ein Sekretariat teilen. Der Patient zahlt pro Visite für die erbrachte Leistung des Hausarztes. Im Nachhinein rechnet der Patient dann mit seiner Krankenkasse ab. Die Anzahl der globalen medizinischen Akten pro Hausarzt ist klar definierbar.

Wie näher in Artikel 9 §2 des Basiserlasses dargelegt wird, muss für Zusammenlegungen ein schriftliches Zusammenarbeitsabkommen unterzeichnet werden, das die verschiedenen Modalitäten in Bezug auf die Zusammenarbeit regelt.

Bei einem Ärztehaus handelt es sich um eine spezielle Art der Zusammenlegung. Vor dem Hintergrund der ganzheitlichen Annäherung setzt sich ein Ärztehaus aus Gesundheitsdienstleistern mit verschiedenen Ausrichtungen zusammen. So kann ein Ärztehaus neben der Allgemeinmedizin auch Kinesiotherapie und krankenflegerische Dienstleistungen anbieten. Die medizinische und pflegerische Versorgung in einem Ärztehaus ist, im Gegensatz zur Versorgung in einer Zusammenlegung, interdisziplinär.

Eine weitere Besonderheit des Ärztehauses ist das System der Pauschalbezahlung. Dieses System fußt auf einer Übereinkunft zwischen dem LIKIV und allen Krankenkassen sowie einigen Ärztehäusern aus dem Jahre 1982, das sie im Anhang finden. Dieses System arbeitet nach dem Prinzip der Kopfsteuer. Der Pauschalbetrag, den das LIKIV dem Ärztehaus pro eingeschriebenem Mitglied zahlt, ist unabhängig sowohl von der Anzahl Gesundheitsdienstleister als auch von der Anzahl Kontakte, die das Ärztehaus mit dem Patienten hat.

In einem Ärztehaus kann nicht klar definiert werden wie viele globale medizinische Akten ein jeder Hausarzt effektiv bearbeitet.

(...)

Vor dem Hintergrund, dass für die Hausärzte, die in einem Ärztehaus tätig sind, die Anzahl der globalen medizinischen Akten nicht klar definiert werden kann, wird zur Errechnung der Anzahl der globalen medizinischen Akten pro Hausarzt der Durchschnittswert aller im Ärztehaus bearbeiteten globalen medizinischen Akten genommen.

Da diese Berechnungsweise der Anzahl der globalen medizinischen Akten pro Hausarzt von der Berechnungsweise für Hausärzte in Zusammenlegungen abweicht, wird durch die Änderung des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012 in Kapitel 1, Begriffsbestimmungen und allgemeine Bestimmungen, der Begriff „Ärztehaus“ eingefügt.”

Indien het de bedoeling is om, zoals de gemachtigde voorhoudt, voor (artsen die deel uitmaken van) medische huizen te voorzien in een afzonderlijke tegemoetkoming, naast die voor (artsen die deel uitmaken van) groeperingen, moet de onderlinge verhouding van die twee begrippen duidelijker tot uiting komen. Het basisbedrag per huisarts voor de berekening van de tegemoetkoming in de loonkosten voor een medewerker die belast is met het onthaal en het praktijkbeheer is weliswaar hetzelfde voor groeperingen en voor medische huizen, maar de berekeningswijze is verschillend, zoals de gemachtigde ook uiteenzette. Het is dan ook verwarrend dat in de definitie van “medisch huis” in het ontworpen artikel 1, § 2, 4.1 (lees: 4/1°), gewag wordt gemaakt van een “groepering”, wat de indruk wekt dat het medisch huis een bijzonder geval is van de “groepering” bedoeld in artikel 1, § 2, 4°. Die indruk ontstaat ook bij

het ontworpen artikel 13, § 3.1 (lees: § 3/1), tweede lid, waarin wordt bepaald dat die paragraaf zowel geldt voor individuele huisartsen als voor groeperingen, zonder dat daarin melding wordt gemaakt van de medische huizen.

Indien het werkelijk de bedoeling is om de medische huizen te beschouwen als een bijzonder geval van de groeperingen, moet in plaats van het ontworpen artikel 13, § 1, 3°, een tweede lid van die paragraaf 1 worden uitgewerkt waarin wordt bepaald wat het bedrag is van de tegemoetkoming voor de huisartsen die deel uitmaken van een medisch huis “in afwijking van het eerste lid, 2°”.

Artikel 13, § 1, zoals te wijzigen bij het ontworpen besluit, zou dan als volgt moeten luiden:

“Art. 13. § 1. Der jährliche Betrag der Beteiligung entspricht der Hälfte der tatsächlichen Gesamtlohnkosten mit einem Höchstbetrag von:

1. 6.074 EUR für einen einzelnen zugelassenen Arzt, sofern dieser während des Kalenderjahres vor dem Kalenderjahr, für das der Antrag eingereicht wird, mindestens 150 globale medizinische Akten verwaltet und eine Beschäftigung von mindestens einem Drittel Vollzeitgleichwert aufweist;

2. im Fall einer Zusammenlegung von mehreren zugelassenen Hausärzten: 6.047 EUR pro zugelassenen Hausarzt, der der Zusammenlegung angehört, sofern jeder zugelassener Hausarzt während des Kalenderjahres vor dem Kalenderjahr, für das der Antrag eingereicht wird, mindestens 150 globale medizinische Akten verwaltet und eine Beschäftigung von mindestens einem Drittel Vollzeitgleichwert aufweist, mal die [oder: multipliziert mit der] Anzahl zugelassener Ärzte, die der Zusammenlegung angehören.

In Abweichung von Absatz 1 Nummer 2 beläuft der Höchstbetrag sich im Fall eines Ärztehauses zu dem mehrere zugelassene Hausärzte angehören, auf 6.047 EUR pro zugelassenen Hausarzt, der dem Ärztehaus angehört, sofern die Gesamtzahl der im Ärztehaus verwalteten medizinischen Akten während des Kalenderjahres vor dem Kalenderjahr, für das der Antrag eingereicht wird, durchschnittlich mindestens 150 globale medizinische Akten pro zugelassenen Hausarzt beträgt und jeder in dem betreffenden Ärztehaus angehörige zugelassene Hausarzt eine Beschäftigung von mindestens einem Drittel Vollzeitgleichwert aufweist, mal die [oder: multipliziert mit der] Anzahl zugelassener Ärzte, die dem Ärztehaus angehören.”

6. In het koninklijk besluit van 23 maart 2012 en in het ontworpen besluit wordt soms gewag gemaakt van “erkende huisarts” en soms van “huisarts”. Enkel de eerste term wordt gedefinieerd in artikel 1, § 2, 1°, van het voormelde koninklijk besluit. In de ontworpen wijzingsbepalingen (en het best ook in de bestaande tekst van het voormelde koninklijk besluit) moet dan ook systematisch “erkende huisarts” in plaats van “huisarts” worden vermeld, tenzij men de term “huisarts” in de plaats van “erkende huisarts” zou willen invoeren.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Aanhef

7. In het eerste lid van de aanhef kan meer precies verwezen worden naar artikel 36*duodecies*, *derde lid*, van de ZIV-wet.

Artikel 4

8. In artikel 4 van het ontwerp moet de datum van de inwerkingtreding van het te nemen besluit nog worden ingevuld. De gemachtigde bevestigde dat het alleszins niet de bedoeling is aan het te nemen besluit terugwerkende kracht te verlenen.

DE GRIFFIER

DE VOORZITTER

Astrid TRUYENS

Jo BAERT