

ROYAUME DE BELGIQUE

Avis 51.599/2/V
DU 23 JUILLET 2012

DE LA SECTION DE LÉGISLATION
DU CONSEIL D'ÉTAT

Le CONSEIL D'ÉTAT, section de législation, deuxième chambre des vacations, saisi par la Vice-Première Ministre et Ministre des Affaires sociales, le 26 juin 2012, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal « fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée pour la fourniture d'avis médicaux consécutive à une demande individuelle pour une fin de vie choisie par le patient lui-même », a donné l'avis suivant :

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, tel qu'il est remplacé par la loi du 2 avril 2003, la section de législation limite son examen au fondement juridique du projet, à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, le projet appelle les observations suivantes.

1. Le projet examiné vise à permettre le remboursement des avis donnés par les médecins traitants dans le cadre de l'application de la loi du 28 mai 2002 'relative à l'euthanasie'.

Selon son préambule, l'arrêté en projet trouverait son fondement légal dans :

« - l'article 56, §§ 1^{er} et 2, 1°, de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994' ;

- l'article 11*bis* de la loi du 22 août 2002 'relative aux droits du patient' ;

- les articles 2 et 7 de la loi du 14 juin 2002 'relative aux soins palliatifs' ;

- les articles 3, §§ 2, 3° et 3, 1°, et 4, § 2, 1°, de la loi du 28 mai 2002 'relative à l'euthanasie' ».

2. L'article 11*bis* de la loi du 22 août 2002 'relative aux droits du patients', dispose :

« Toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur ».

Cette disposition ne constitue à l'évidence pas le fondement légal du projet examiné.

3. L'article 2 de la loi du 14 juin 2002 'relative aux soins palliatifs', dispose :

« Tout patient doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie.

Les dispositifs d'offre de soins palliatifs et les critères de remboursement de ces soins par la sécurité sociale doivent garantir l'égalité d'accès aux soins palliatifs de tous les patients incurables, dans l'ensemble de l'offre de soins. Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre : l'ensemble des soins apportés au patient atteint d'une maladie susceptible d'entraîner la mort une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives. Un ensemble multidisciplinaire de soins revêt une importance capitale pour assurer l'accompagnement de ces patients en fin de vie, et ce sur les plans physique, psychique, social et moral. Le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les

soins palliatifs tendent à garantir et à optimiser la qualité de vie pour le patient et pour sa famille, durant le temps qu'il lui reste à vivre ».

L'article 7 de la même loi dispose :

« Tout patient a le droit d'obtenir une information concernant son état de santé et les possibilités des soins palliatifs. Le médecin traitant communique cette information sous une forme et en des termes appropriés, compte tenu de la situation du patient, de ses souhaits et de l'état de ses facultés de compréhension.

Sauf en cas d'urgence, l'accord du patient, donné librement et en connaissance de cause, est requis pour tous les examens ou traitements ».

Ces dispositions ne constituent à l'évidence pas le fondement légal du projet examiné.

4. L'article 3, § 2, 3° et § 3, 1°, de la loi du 28 mai 2002 'relative à l'euthanasie', dispose :

« § 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

(...)

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation.

(...)

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ».

L'article 4, § 2, alinéa 2, 1°, de la même loi, dispose :

« Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.

Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée ».

Ces dispositions ne constituent à l'évidence pas le fondement légal du projet examiné.

5. L'article 56, § 1^{er}, de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994', dispose :

« Le Comité de l'assurance peut conclure des conventions pour des enquêtes et des études comparatives de certains modèles de dispensation et de financement des soins de santé. Les dépenses y afférentes sont imputées au budget des frais d'administration de l'Institut et sont prises en charge intégralement par le secteur des soins de santé ».

Le projet n'ayant pas pour objet d'organiser une enquête ou une étude comparative, cette disposition ne constitue pas le fondement légal du projet examiné.

6. L'article 56, § 2, 1°, de la même loi, dispose :

« Dans les conditions à fixer par le Roi et par dérogation aux dispositions générales de la présente loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution, le Comité de l'assurance peut conclure des conventions qui sont limitées dans le temps et/ou dans leur champ d'application et qui ont pour but :

1° d'accorder un remboursement pour des modèles spéciaux de prescription de dispensation et de paiement de soins de santé à caractère expérimental ».

Cette disposition a été remplacée par la loi du 10 août 2001 'portant des mesures en matière de soins de santé'. Dans le projet de loi, cette disposition, qui figurait à l'article 29, faisait l'objet du commentaire suivant :

« Cet article apporte des précisions quant à l'application de l'article 56 actuel. À présent, sur la base de cet article, différentes études et expérimentations divergentes sont financées jusqu'à concurrence d'un montant avoisinant le milliard de BEF. Afin de préciser la portée de cet article et le financement des études et projets concernés, le champ d'application de cette disposition a été actualisé. De cette manière, on prévoit

également la possibilité de financer des projets de rénovation de soins en ce qui concerne les affections complexes qui requièrent une approche pluridisciplinaire et d'accorder une intervention pour le paiement de vaccins s'inscrivant dans le cadre de programmes nationaux de prévention.

Il est évident que les conventions prévoient la récupération des sommes allouées en cas de non-respect des engagements pris » ¹.

L'article 56, § 2, 1°, de la loi précitée ne peut constituer le fondement légal du projet examiné qu'à la double condition que les conventions à conclure soient limitées « dans le temps et/ou dans leur champ d'application » et que le remboursement porte sur la dispensation de soins de santé « à caractère expérimental » ². La rencontre de ces conditions justifie qu'il soit dérogé « aux dispositions générales de la (...) loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution » ³.

En vertu de l'article 16 du projet, la limitation dans le temps de la convention est très hypothétique puisqu'elle est soumise à un régime de renouvellement quinquennal tacite.

Plus fondamentalement, le caractère expérimental fait totalement défaut.

Sur le fond, l'on n'aperçoit pas en quoi rembourser une prestation prévue par la loi du 28 mai 2002 'relative à l'euthanasie' pourrait être qualifié d'expérimental.

Sur la forme, rien dans le dispositif du projet examiné ni dans le dossier soumis à la section de législation du Conseil d'État ne laisse transparaître le caractère expérimental du projet ⁴. Au contraire, le système mis en place est particulièrement complexe, prévoyant notamment la mise en place d'un comité au sein de chaque pouvoir organisateur considéré (article 4), une procédure de sélection des attributaires de la convention relativement longue (articles 8 à 10).

¹ *Doc. Parl.*, Chambre, 2000-2001, DOC 50 1322/1, p. 36.

² Voir en ce sens, notamment, l'avis 30.757/1 du 10 octobre 2000 sur un projet devenu l'arrêté royal du 22 mai 2001 'fixant les conditions dans lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire maladie-invalidité peut être octroyée dans des projets temporaires et expérimentaux en matière de soins coordonnés par des médecins généralistes' ; l'avis 37.726/1 du 28 octobre 2004 sur un projet devenu l'arrêté royal du 7 avril 2005 'fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée dans le cadre de projets temporaires et expérimentaux concernant la douleur aiguë chez les enfants'.

³ En ce sens, l'avis 47.207/VR, donné le 22 octobre 2009, sur un projet devenu l'arrêté royal du 19 janvier 2010 'modifiant l'arrêté royal du 8 décembre 2006 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé en faveur de projets de soins palliatifs de jour' ; l'avis 49.933/2/V du 27 juillet 2011 sur un projet 'devenu l'arrêté royal du 16 septembre 2011 'modifiant l'arrêté royal du 8 décembre 2006 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé en faveur de projets de soins palliatifs de jour'.

⁴ Voir en ce sens l'avis 31.490/1 du 10 avril 2001 sur un projet devenu l'arrêté royal du 4 mai 2001 'relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le cadre d'une campagne de prévention contre l'hépatite B pour l'année 2001' ; l'avis 47.749/2 à 47.752/2 du 17 février 2010.

Il est donc manifestement conçu pour durer. En outre, aucun mécanisme d'évaluation d'une expérimentation n'est mis en place.

Il en résulte que l'article 56, § 2, 1°, de la loi précitée, ne peut constituer le fondement légal du projet examiné.

7. En conclusion, le projet est dépourvu de fondement légal.

La chambre était composée de

Messieurs	Y. KREINS,	président de chambre,
	J. VANHAEVERBEEK,	conseillers d'État,
Madame	M. BAGUET,	
Monsieur	Chr. BEHRENDT,	assesseur de la section de législation,
Madame	B. VIGNERON,	greffier.

Le rapport a été présenté par M. X. DELGRANGE, premier auditeur chef de section.

LE GREFFIER

LE PRÉSIDENT

B. VIGNERON

Y. KREINS

KONINKRIJK BELGIË

ADVIES 51.599/2/V
VAN 23 JULI 2012

VAN DE AFDELING WETGEVING
VAN DE RAAD VAN STATE

De RAAD VAN STATE, afdeling Wetgeving, tweede vakantiekamer, op 26 juni 2012 door de Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken verzocht haar, binnen een termijn van dertig dagen, van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit “tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen lenvenseinde”, heeft het volgende advies gegeven:

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, zoals het is vervangen bij de wet van 2 april 2003, beperkt de afdeling Wetgeving overeenkomstig artikel 84, § 3, van de voornoemde gecoördineerde wetten haar onderzoek tot de rechtsgrond van het ontwerp, de bevoegdheid van de steller van de handeling en de te vervullen voorafgaande vormvereisten.

Wat deze drie punten betreft, geeft het ontwerp aanleiding tot de volgende opmerkingen.

1. Het voorliggende ontwerp strekt ertoe de terugbetaling mogelijk te maken van de adviezen verstrekt door de behandelend geneesheren in het kader van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 ‘betreffende de euthanasie’.

Luidens de aanhef van het ontworpen besluit, ontleent dit rechtsgrond aan:

“- artikel 56, §§ 1 en 2, 1°, van de wet ‘betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994’;

- artikel 11*bis* van de wet van 22 augustus 2002 ‘betreffende de rechten van de patiënt’;

- de artikelen 2 en 7 van de wet van 14 juni 2002 ‘betreffende de palliatieve zorg’;

- de artikelen 3, §§ 2, 3° en 3, 1°, en 4, § 2, 1°, van de wet van 28 mei 2002 ‘betreffende de euthanasie’.

2. Artikel 11*bis* van de wet van 22 augustus 2002 ‘betreffende de rechten van de patiënt’ bepaalt het volgende:

“Elkeen behoort van de beroepsbeoefenaars in de zorgsector de meest aangepaste zorg te krijgen om de pijn te voorkomen, er aandacht voor te hebben, te evalueren, in aanmerking te nemen, te behandelen en te verzachten.”

Deze bepaling levert duidelijk geen rechtsgrond op voor het voorliggende ontwerp.

3. Artikel 2 van de wet van 14 juni 2002 ‘betreffende de palliatieve zorg’ bepaalt het volgende:

“Elke patiënt heeft recht op palliatieve zorg bij de begeleiding van het levenseinde.

Een voldoende ruim aanbod van palliatieve zorg en de criteria voor de terugbetaling van die zorg door de sociale zekerheid moeten er borg voor staan dat dit soort zorg voor alle ongeneeslijk zieke patiënten even toegankelijk is, binnen het geheel van het zorgaanbod. Onder palliatieve zorg wordt verstaan: het geheel van zorgverlening aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert. Voor de begeleiding van deze patiënten bij hun

levenseinde is een multidisciplinaire totaalzorg van essentieel belang, zowel op het fysieke, psychische, sociale als morele vlak. Het belangrijkste doel van de palliatieve zorg is deze zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het resterende leven van deze patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren.”

Artikel 7 van dezelfde wet bepaalt het volgende:

“Elke patiënt heeft recht op informatie over zijn gezondheidstoestand en de mogelijkheden van de palliatieve zorg. De behandelende arts deelt die informatie mee in de vorm en in de bewoordingen die hij passend acht, rekening houdend met de toestand van de patiënt, diens wensen en begripsvermogen.

Behoudens spoedgevallen, is voor alle onderzoeken of behandelingen steeds de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt vereist.”

Deze bepalingen leveren duidelijk geen rechtsgrond op voor het voorliggende ontwerp.

4. Artikel 3, § 2, 3° en § 3, 1°, van de wet van 28 mei 2002 ‘betreffende de euthanasie’ luidt als volgt:

“§2. Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf en in alle gevallen:

(...)

3° een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

(...)

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien:

1° een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

Artikel 4, § 2, tweede lid, 1°, van dezelfde wet bepaalt het volgende:

“Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf:

1° een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;”

Deze bepalingen leveren duidelijk geen rechtsgrond op voor het voorliggende ontwerp.

5. Artikel 56, § 1, van de wet ‘betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994’ bepaalt het volgende:

“Het Verzekeringscomité kan overeenkomsten sluiten voor onderzoek en vergelijkende studie van bepaalde modellen van verstrekking en financiering van geneeskundige verzorging. De uitgaven die hiermee gepaard gaan worden aangerekend op de begroting voor administratiekosten van het Instituut en integraal ten laste genomen door de tak geneeskundige verzorging”.

Aangezien het ontwerp er niet toe strekt een onderzoek of een vergelijkende studie te organiseren, levert deze bepaling geen rechtsgrond op voor het voorliggende ontwerp.

6. Artikel 56, § 2, 1°, van dezelfde wet bepaalt het volgende:

“Onder de door de Koning vast te stellen voorwaarden en in afwijking van de algemene bepalingen van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten kan het Verzekeringscomité overeenkomsten afsluiten die in tijd en/of toepassingsgebied beperkt zijn en welke tot doel hebben:

1° een tegemoetkoming te verlenen voor bijzondere modellen van voorschrijven, verstrekking en betaling van geneeskundige verzorging met een experimenteel karakter”.

Deze bepaling is vervangen bij de wet van 10 augustus 2001 ‘houdende maatregelen inzake gezondheidszorg’. In het wetsontwerp is bij deze bepaling, die opgenomen was in artikel 29, de volgende toelichting verstrekt:

“Dit artikel verduidelijkt de toepassing van het huidige artikel 56. Thans worden op basis van dit artikel verschillende uiteenlopende studies en experimenten gefinancierd voor een bedrag van circa 1 miljard BEF. Teneinde de draagwijdte van dit artikel en de financiering van de betrokken studies en projecten te preciseren wordt het toepassingsgebied van deze bepaling geactualiseerd. Hierbij wordt o.m. de mogelijkheid voorzien om zorgvernieuwingsprojecten te financieren met betrekking tot complexe aandoeningen die een multidisciplinaire aanpak vergen en tussenkomst te verlenen voor de betaling van vaccins in het kader van nationale preventieprogramma's.

Het is evident dat in de overeenkomsten zal worden voorzien dat de toegekende sommen zullen worden teruggevorderd indien de aangegane verbintenissen niet worden gerespecteerd”¹.

Artikel 56, § 2, 1°, van de voornoemde wet kan alleen rechtsgrond opleveren voor het voorliggende ontwerp op voorwaarde dat de af te sluiten overeenkomsten beperkt zijn “in tijd en/of toepassingsgebied” en de terugbetaling betrekking heeft op verstrekking van geneeskundige verzorging “met een experimenteel karakter”². Indien aan die twee voorwaarden is voldaan mag afgeweken worden “van de algemene bepalingen van [de] gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten”.³

Zoals blijkt uit artikel 16 van het ontwerp is de beperking in de tijd van die overeenkomst erg onzeker aangezien ze om de vijf jaar stilzwijgend kan worden verlengd.

Maar belangrijker nog is dat er geen sprake is van enig experimenteel karakter.

Wat de grond betreft is het niet duidelijk in welk opzicht de terugbetaling van een prestatie waarin de wet van 28 mei 2002 ‘betreffende de euthanasie’ voorziet, als experimenteel kan worden beschouwd.

Wat de vorm betreft blijkt nergens uit het dispositief van het voorliggende ontwerp, noch uit het dossier dat aan de afdeling Wetgeving van de Raad van State is

¹ *Parl.St.* Kamer 2000-01, nr. 50 1322/1, 36.

² Zie in die zin inzonderheid advies 30.757/1 van 10 oktober 2000 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 22 mei 2001 ‘tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten met betrekking tot zorgverlening, gecoördineerd door huisartsen’; advies 37.726/1 van 28 oktober 2004 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 7 april 2005 ‘tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten in verband met acute pijn bij kinderen’.

³ Zie in die zin advies 47.207/VR, op 22 oktober 2009 verstrekt over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 19 januari 2010 ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 8 december 2006 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor projecten inzake palliatieve dagverzorging’; advies 49.933/2/V van 27 juli 2011 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 16 september 2011 ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 8 december 2006 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor projecten inzake palliatieve dagverzorging’.

overgezonden het experimenteel karakter van het ontwerp⁴. Integendeel, de voorgestelde regeling is bijzonder complex, en voorziet onder meer in de oprichting van een comité in elke betrokken “inrichtende macht” (artikel 4) en in een vrij lange procedure voor de selectie van de kandidaten aan wie de overeenkomst wordt toegewezen (artikelen 8 tot 10).

Ze is dus duidelijk bedoeld om te blijven duren. Bovendien wordt nergens in regels voor de evaluatie van een experiment voorzien.

Daaruit volgt dat artikel 56, § 2, 1°, van de voornoemde wet niet de rechtsgrond kan vormen van het voorliggende ontwerp.

7. Het besluit is dan ook dat er geen rechtsgrond voorhanden is voor het ontwerp.

⁴ Zie in die zin advies 31.490/1 van 10 april 2001 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 4 mei 2001 ‘betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van een preventiecampagne tegen hepatitis B voor het jaar 2001’; advies 47.749/2 tot 47.752/2 van 17 februari 2010.

De kamer was samengesteld uit

de Heren	Y. KREINS,	kamervoorzitter,
	J. VANHAEVERBEEK,	staatsraden,
Mevrouw	M. BAGUET,	
de Heer	Chr. BEHRENDT,	assessor van de afdeling Wetgeving,
Mevrouw	B. VIGNERON,	griffier.

Het verslag werd uitgebracht door de Heer X. DELGRANGE, eerste auditeur-afdelingshoofd.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst werd nagezien onder toezicht van Heer Y. KREINS.

DE GRIFFIER

DE VOORZITTER

B. VIGNERON

Y. KREINS