

# SÉNAT DE BELGIQUE

---

SESSION DE 2010-2011

---

19 OCTOBRE 2010

---

**Proposition de loi modifiant l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, en vue d'instaurer la visite à domicile opportune pendant la garde**

(Déposée par Mme Dominique Tilmans)

---

## DÉVELOPPEMENTS

---

La présente proposition de loi reprend le texte d'une proposition qui a déjà été déposée au Sénat le 29 avril 2010 (doc. Sénat, n° 4-1768/1 - 2009/2010).

Notre médecine générale est actuellement en pleine mutation. En effet, la profession vieillit. Selon les chiffres issus du récent cadastre des médecins généralistes réalisé par le Service public fédéral Santé publique, un tiers des médecins généralistes considérés comme actifs a plus de cinquante-cinq ans, et plus de la moitié a plus de cinquante ans.

De façon plus générale, la nouvelle génération de médecins — tant les hommes que les femmes — a une vision et une approche de sa profession différente de la génération précédente. La nouvelle génération souhaite notamment assurer une meilleure conciliation entre vie de famille et vie professionnelle.

Il faut également souligner que la profession se féminise. Si cette évolution est positive en termes d'égalité entre les hommes et les femmes qui accèdent ainsi davantage à ce métier, cela n'est cependant pas sans impact sur la pratique médicale.

Or, en raison notamment du vieillissement de notre population, les besoins médicaux ne feront que croître à l'avenir. Ces évolutions sociologiques ne permettront pas de rencontrer tous ces besoins.

# BELGISCHE SENAAAT

---

ZITTING 2010-2011

---

19 OKTOBER 2010

---

**Wetsvoorstel tot wijziging van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, teneinde tijdens wachtdiensten alleen wenselijke huisbezoeken te laten plaatsvinden**

(Ingediend door mevrouw Dominique Tilmans)

---

## TOELICHTING

---

Dit wetsvoorstel neemt de tekst over van een voorstel dat reeds op 29 april 2010 in de Senaat werd ingediend (stuk Senaat, nr. 4-1768/1 - 2009/2010).

Onze huisartsgeneeskunde ondergaat momenteel grote veranderingen. Het beroep vergrijsst. Volgens cijfers uit het recente kadaster van huisartsen, opge maakt door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, is een derde van de als actief beschouwde huisartsen ouder dan vijfenvijftig jaar, en meer dan de helft ouder dan vijftig.

Meer in het algemeen heeft de nieuwe generatie artsen — zowel mannen als vrouwen — een andere opvatting en benadering van het beroep dan de vorige. Zo wil de nieuwe generatie gezin en werk beter kunnen combineren.

Het beroep is ook aan het vervrouwelijken. Dit mag een positieve evolutie heten op het vlak van de gelijkheid van mannen en vrouwen — vrouwen die steeds talrijker worden in dit beroep —, maar ze heeft ook gevolgen voor de beoefening van de geneeskunde.

Door de vergrijzing van de bevolking zullen de medische behoeften in de toekomst immers alsmear toenemen. Gelet op de voormelde sociologische evoluties zal niet aan al deze behoeften kunnen worden voldaan.

Un autre constat doit être également posé. L'exercice de la médecine générale étant soumis à des conditions de travail assez difficiles (charges administratives lourdes, gardes, ...), ce métier souffre d'une perte d'attractivité. De moins en moins d'étudiants en médecine se tournent vers cette spécialité.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), en collaboration avec cinq équipes de recherche (UCL, UA, ULg, UGent, KULeuven), avait déjà étudié en 2007 les causes de cette diminution d'attractivité. Le rapport soulignait notamment le fait que moins d'un tiers des étudiants en septième année de médecine choisissent de se spécialiser en médecine générale et que près de 20 % des médecins généralistes diplômés n'exercent jamais ce métier.

Les groupes MR de la Chambre des représentants et du Sénat avaient organisé, le 13 juin 2008, une après-midi de réflexion pour donner la parole aux médecins généralistes sur la pénurie et l'attractivité de la profession en zones rurales et urbaines.

Toutes ces évolutions ont un impact sur l'organisation des gardes de médecine générale qui deviennent, dans certaines régions, difficiles à assurer. La pénurie de médecins qui se dessine dans certaines zones rend la situation plus complexe encore.

La première ligne de soins nécessite l'adoption de mesures pour assurer sa continuité. Ainsi, cette réflexion doit porter non seulement sur l'attractivité de la médecine générale de façon générale mais encore sur le problème bien précis de l'organisation des gardes de médecine générale.

Une proposition de résolution en ce sens a été déposée par l'auteur le 13 février 2009 (doc. Sénat, n° 4-1181/1). Des mesures sont ainsi avancées à court ainsi qu'à moyen terme pour améliorer l'attractivité de la médecine générale. Des solutions sont également proposées pour assurer l'avenir des gardes médicales.

Ainsi, l'auteur demande notamment la réalisation d'un cadastre complet de l'activité des professions de santé, une meilleure régulation des appels ainsi que des mesures renforçant la sécurité des prestataires de soins. Par ailleurs, la résolution avance plusieurs mesures spécifiques en faveur des médecins généralistes situés dans des zones à faible densité médicale. Enfin, une réflexion doit être entreprise dans le cadre des études de médecine en vue de valoriser l'image de la médecine générale pour recréer l'enthousiasme et susciter les vocations pour cette profession.

L'auteur a également déposé, le 7 décembre 2009, une proposition de loi visant à intégrer, dans chaque équipe de centre d'appels 112, un médecin généraliste

Men stelt nog een andere evolutie vast. De beoefening van de huisartsgeneeskunde gaat gepaard met vrij moeilijke werkomstandigheden (zware administratieve taken, wachtdiensten, ...), waardoor het beroep minder aantrekkelijk wordt. Steeds minder studenten in de geneeskunde kiezen voor deze specialiteit.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) had, in samenwerking met vijf onderzoeksteams (UCL, UA, ULg, UGent, KULeuven), reeds in 2007 de oorzaken van deze verminderde aantrekkingskracht onderzocht. Het rapport bracht onder meer aan het licht dat minder dan een derde van de studenten in het zevende jaar geneeskunde opteren voor de specialisatie huisartsgeneeskunde, en dat bijna 20 % van de gediplomeerde huisartsen het beroep nooit uitoefenen.

De MR-fracties van Kamer van volksvertegenwoordigers en Senaat hebben op 13 juni 2008 een colloquium georganiseerd om huisartsen aan het woord te laten over het tekort en de aantrekkelijkheid van het beroep in landelijke en stedelijke gebieden.

Al deze evoluties hebben gevolgen voor de organisatie van de wachtdiensten van huisartsen, die op sommige plaatsen problematisch wordt. Het tekort aan artsen in sommige gebieden maakt de toestand nog ingewikkelder.

Er moeten maatregelen worden genomen om de continuïteit van de eerstelijnszorg te waarborgen. Ze moeten niet alleen bedoeld zijn om de aantrekkelijkheid van de huisartsgeneeskunde in het algemeen te verbeteren, maar ook om het heel concrete probleem van de organisatie van de wachtdiensten van huisartsen aan te pakken.

De indiener van dit wetsvoorstel heeft op 13 februari 2009 ook een voorstel van resolutie in die zin ingediend (stuk Senaat, nr. 4-1181/1). Zij stelt maatregelen op korte en middellange termijn voor om de aantrekkelijkheid van de huisartsgeneeskunde te verbeteren. Er worden ook oplossingen voorgesteld om de toekomst van de wachtdiensten veilig te stellen.

Zo vraagt de indiener onder meer dat er werk wordt gemaakt van een volledig kadaster van de activiteiten van de gezondheidsberoepen, van een betere regeling van de oproepen en van maatregelen voor een betere bescherming van de zorgverstrekkers. De resolutie stelt ook een aantal specifieke maatregelen voor ten behoeve van huisartsen in gebieden waar weinig artsen zijn. Ten slotte moet in het raam van de studie geneeskunde het imago van de huisartsgeneeskunde worden verbeterd, zodat het beroep weer meer belangstelling wekt en gegadigden aantrekt.

De indiener heeft op 7 december 2009 ook een wetsvoorstel ingediend om in elk oproepteam « 112 » een verwijzend huisarts en een verwijzend spoedarts

«réfèrent» ainsi qu'un médecin urgentiste «réfèrent», qui ne seraient pas présents physiquement dans le centre de dispatching mais joignables par téléphone comme cela se fait dans d'autres pays (doc. Sénat, n° 4-1530/1 - 2009/2010).

Le gouvernement a également adopté plusieurs mesures en la matière.

Ainsi, plusieurs mesures incitatives ont été prises. Le fonds Impulseo 1 accorde des primes et des prêts sans intérêts aux médecins qui s'installent dans des zones considérées comme à faible densité. Un Impulseo 2 a également été prévu. Cette mesure vise à octroyer une aide financière aux médecins qui travaillent en réseaux et qui engagent une aide administrative. Un Impulseo 3 est en préparation visant l'aide aux praticiens en solo.

En ce qui concerne la garde, le gouvernement a procédé à un refinancement des postes de garde avancés pour diminuer les visites à domicile lors des gardes. Un projet-pilote «1733» de dispatching central actuellement en cours à Bruges et dans le Hainaut vise à enregistrer l'activité de médecine générale durant les périodes de garde et doit, à terme, analyser s'il est faisable de mettre en place un dispatching de la médecine générale durant la garde.

Si ces mesures constituent un premier pas assurément positif en faveur de la médecine générale, elles ne sont pas suffisantes. D'autres mesures doivent être prises. Elles doivent notamment porter sur l'organisation de la garde médicale. Tel est l'objectif de la présente proposition de loi.

Notre législation pose actuellement plusieurs règles ayant trait à l'organisation des services de garde.

L'article 9 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé prévoit que :

« § 1<sup>er</sup>. Les organisations professionnelles représentatives des praticiens visés aux articles 2, § 1<sup>er</sup>, 3, 4, 21bis et 21noviesdecies ou des groupements constitués à cet effet peuvent instituer des services de garde garantissant à la population la dispensation régulière et normale des soins de santé tant en milieu hospitalier qu'à domicile. Aucun des praticiens visés (aux articles 2, § 1<sup>er</sup>, 3, 4, 21bis et 21noviesdecies) et satisfaisant aux conditions exigées ne peut être exclu de ces services de garde, à condition que l'intéressé souscrive au règlement d'ordre intérieur et qu'il observe les règles déontologiques. Lorsqu'un service de garde a été institué pour les officines ouvertes au public, toutes les officines ouvertes au public reprises sur le rôle de garde doivent y participer conformément aux modalités déterminées par le Roi.

op te nemen, die niet fysiek in het oproepcentrum aanwezig moet zijn, maar telefonisch bereikbaar blijft, zoals dat in andere landen het geval is (stuk Senaat, nr. 4-1530/1 - 2009/2010).

De regering heeft ook een aantal maatregelen ter zake genomen.

Zo werden er verschillende stimulerende maatregelen genomen. Het Impulseo 1-fonds kent premies en renteloze leningen toe aan artsen die zich in gebieden met een lage artsensiteit vestigen. Er komt ook een Impulseo 2, dat financiële hulp toekent aan artsen die in een netwerk werken en administratief personeel aanwerven. Impulseo 3 is in voorbereiding, en is bedoeld om individuele artsen te helpen.

Wat de wachtdiensten betreft, is de regering begonnen met de herfinanciering van de vooruitgeschoven wachtdiensten om de huisbezoeken tijdens wachtdiensten te verminderen. Een proefproject «1733» voor centrale dispatching, dat momenteel in Brugge en in Henegouwen loopt, registreert de activiteiten in de huisartsgeneeskunde tijdens wachtdiensten en moet op termijn nagaan of het mogelijk is om een dispatching voor huisartsgeneeskunde tijdens wachtdiensten te organiseren.

Deze maatregelen zijn ongetwijfeld een eerste stap in de goede richting voor de huisartsgeneeskunde, maar zij zijn niet voldoende. Er zijn bijkomende maatregelen nodig, bijvoorbeeld op het vlak van de organisatie van de medische wachtdiensten. Dat is het doel van het voorliggende wetsvoorstel.

Onze wetgeving voorziet momenteel in verschillende regels betreffende de organisatie van wachtdiensten.

Artikel 9 van koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen luidt als volgt :

« § 1. De representatieve beroepsverenigingen van de beoefenaars, bedoeld in de artikelen 2, § 1, 3, 4, 21bis en 21noviesdecies, of de te dien einde opgerichte groeperingen mogen wachtdiensten instellen, die de bevolking een regelmatige en normale toediening van de gezondheidszorgen, zowel in het ziekenhuis als ten huize waarborgen. Geen enkele beoefenaar, bedoeld in (de artikelen 2, § 1, 3, 4, 21bis en 21noviesdecies), die voldoet aan de vereiste voorwaarden kan uitgesloten worden van deze wachtdiensten, op voorwaarde dat hij/zij het huishoudelijk reglement onderschrijft en zich houdt aan de deontologische regels. Indien een wachtdienst werd ingesteld voor de voor het publiek opengestelde apotheken, dienen alle op de wachtrol voorkomende voor het publiek opengestelde apotheken hieraan deel te nemen overeenkomstig de nadere regels bepaald door de Koning.

Les organisations ou les groupements visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> du présent paragraphe communiquent à la commission médicale compétente le rôle de garde établi par leurs soins ainsi que toutes modifications qui y seraient apportées et un règlement d'ordre intérieur.

Le Roi peut confier les missions fixées par Lui, relatives à l'organisation locale et à la représentation des professionnels concernés et relatives à la collaboration avec d'autres professionnels des soins de santé, aux organisations ou groupements visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, à condition qu'ils soient agréés à cette fin. Les conditions et la procédure d'obtention de l'agrément sont fixées par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.»

Ainsi, les services de garde doivent garantir à la population la dispensation régulière et normale des soins de santé tant en milieu hospitalier qu'à domicile.

On notera que cette disposition ne prévoit pas que le patient peut également se rendre au cabinet du médecin. Cette possibilité existe cependant. Cette disposition ne prévoit que les deux extrêmes : les soins au domicile et l'hospitalisation.

Or, l'introduction, dans l'arrêté royal n<sup>o</sup> 78, de la possibilité de prodiguer des soins au cabinet médical permettrait de tenir compte de cette réalité.

Par ailleurs, il découle implicitement de cet article 9 une obligation pour le médecin de se rendre au domicile du patient.

Cette obligation implicite est renforcée par l'article 422*bis* du Code pénal qui vise l'infraction de « non-assistance à personne en danger », lequel prévoit que :

« Sera puni d'un emprisonnement de huit jours à (un an) et d'une amende de cinquante à cinq cents francs ou d'une de ces peines seulement, celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. Le délit requiert que l'absténant pouvait intervenir sans danger sérieux pour lui-même ou pour autrui. Lorsqu'il n'a pas constaté personnellement le péril auquel se trouvait exposée la personne à assister, l'absténant ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques. La peine prévue à l'alinéa 1<sup>er</sup> est portée à deux ans lorsque la personne exposée à un péril grave est mineure d'âge. »

De in het eerste lid van deze paragraaf bedoelde verenigingen of groeperingen delen aan de bevoegde geneeskundige commissie de door hen opgestelde wachttol mede alsook elke wijziging die er zou aangebracht worden en een huishoudelijk reglement.

De Koning kan de door Hem bepaalde opdrachten in verband met de lokale organisatie en de vertegenwoordiging van de betrokken beroepsbeoefenaars, en in verband met de samenwerking met andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg, toevertrouwen aan de verenigingen of de groeperingen bedoeld in het eerste lid, op voorwaarde dat ze daarvoor erkend worden. De voorwaarden en de procedure voor het verkrijgen van de erkenning worden vastgesteld door de minister die de Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft.»

Wachtdiensten moeten de bevolking dus een regelmatige en normale verlening van gezondheidszorg waarborgen, zowel in het ziekenhuis als thuis.

Opmerkelijk is dat deze bepaling niet voorziet in de mogelijkheid voor de patiënt om zich naar de praktijk van de arts te begeven. Deze mogelijkheid bestaat nochtans. De bepaling vermeldt alleen de twee uitersten : het huisbezoek en de hospitalisatie.

Door het opnemen in koninklijk besluit nr. 78 van de mogelijkheid om zorg te verstrekken in de dokterspraktijk zou men echter rekening kunnen houden met deze realiteit.

Bovendien vloeit uit dit artikel 9 impliciet voort dat de arts verplicht is om zich naar de woonplaats van de patiënt te begeven.

Deze impliciete verplichting wordt versterkt door artikel 422*bis* van het Strafwetboek betreffende het schuldig verzuim, dat als volgt luidt :

« Met gevangenisstraf van acht dagen tot (een jaar) en met geldboete van vijftig frank tot vijfhonderd frank of met een van die straffen alleen wordt gestraft hij die verzuimt hulp te verlenen of te verschaffen aan iemand die in groot gevaar verkeert, hetzij hij zelf diens toestand heeft vastgesteld, hetzij die toestand hem is beschreven door degenen die zijn hulp inroepen. Voor het misdrijf is vereist dat de verzuimer kon helpen zonder ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen. Heeft de verzuimer niet persoonlijk het gevaar vastgesteld waarin de hulpbehoevende verkeerde, dan kan hij niet worden gestraft, indien hij op grond van de omstandigheden waarin hij werd verzocht te helpen, kon geloven dat het verzoek niet ernstig was of dat er gevaar aan verbonden was. De straf bedoeld in het eerste lid wordt op twee jaar gebracht indien de persoon die in groot gevaar verkeert, minderjarig is. »

Cette infraction est susceptible de s'appliquer à tout individu. Elle vise donc également le médecin de garde.

Dans le cadre des évolutions sociologiques qui se dessinent au sein de la médecine générale et qui ne sont pas sans impact sur l'avenir des gardes médicales, il convient de mener une réflexion pour faciliter les conditions de travail du médecin généraliste de garde.

Or, les déplacements au domicile des patients lors des gardes peuvent engendrer des pertes de temps et d'efficacité surtout quand le déplacement est long et d'autant plus que le patient aurait pu se rendre au cabinet médical du médecin.

Il nous paraît donc nécessaire de moduler la nécessité de déplacement du médecin généraliste de garde pour rencontrer uniquement les cas où la visite à domicile est réellement opportune.

La visite à domicile doit se justifier médicalement. Or, dans certains cas, les médecins sont obligés de se déplacer au domicile suite à des demandes inspirées par la seule facilité du patient qui refuse de se rendre au cabinet du médecin.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons introduire, dans le chef du médecin de garde, un pouvoir d'appréciation quant au bien-fondé de son déplacement. En donnant ce pouvoir d'appréciation au médecin, on lui permet d'écarter les demandes manifestement abusives.

Par ailleurs, la proposition de loi introduit explicitement dans l'arrêté royal n° 78 la possibilité qui existe déjà actuellement pour le patient de se rendre au cabinet du médecin.

On aurait pu penser à une solution qui est avancée par certains, à savoir l'instauration d'un système de triage des appels reçus par un préposé pour retirer au médecin la responsabilité qu'il encourt actuellement quand il refuse de se déplacer quand on l'appelle. L'objectif recherché ici serait d'exonérer le médecin de garde de sa responsabilité civile et pénale si un intermédiaire entre le patient et lui-même intervient pour trier les appels à sa place de sorte que la responsabilité du médecin ne puisse être engagée dès lors qu'il n'a pas connaissance de la situation du patient.

Cette solution ne semble pas acceptable. En effet, si l'auteur du texte est favorable à un système de tri des appels reçus pendant les gardes, le report de la responsabilité du médecin sur celle d'un préposé qui ne dispose pas de la même formation médicale n'est pas souhaitable.

Ainsi, sans remettre en cause la responsabilité pénale qui peut être encourue par tout individu dans le cadre de l'infraction pénale de non-assistance à

Deze bepaling is op elk individu van toepassing, en geldt dus ook voor de dienstdoende arts.

Gelet op de sociologische evoluties die zich aftekenen binnen de huisartsgeneeskunde en die gevolgen zullen hebben voor de medische wachtdiensten, moet men nagaan hoe de werkomstandigheden van de dienstdoende huisartsen kunnen worden verbeterd.

Zo kunnen verplaatsingen van en naar de woonplaats van patiënten tijdens wachtdiensten zorgen voor tijdverlies en een gebrek aan efficiëntie, vooral als de patiënt zich zelf naar de praktijk van de arts had kunnen begeven.

Het lijkt ons dan ook noodzakelijk om de verplaatsingen van de dienstdoende huisarts te beperken tot de gevallen waar een huisbezoek echt wenselijk is.

Het huisbezoek moet medisch gerechtvaardigd zijn. In sommige gevallen zijn artsen echter verplicht zich naar de woonplaats te begeven, louter omdat patiënten die zich niet naar de artspraktijk willen verplaatsen dat gemakshalve vragen.

Daarom wensen wij dat de dienstdoende arts bevoegd wordt om zelf te bepalen of zijn verplaatsing al dan niet vereist is. Het invoeren van een dergelijke beoordelingsbevoegdheid zal hem in staat stellen manifest ongerechtvaardigde verzoeken af te wijzen.

Bovendien wil het wetsvoorstel uitdrukkelijk de reeds bestaande mogelijkheid voor de patiënt om zich naar de dokterspraktijk te begeven, in koninklijk besluit nr. 78 laten opnemen.

Sommigen hebben een andere oplossing voorgesteld, met name een systeem waarbij oproepen door een secretariaat worden beantwoord, zodat de arts wordt ontheven van de verantwoordelijkheid waaraan hij zich nu blootstelt wanneer hij een verplaatsing weigert. Het doel zou zijn om de arts te ontlasten van zijn huidige burgerlijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid indien een tussenpersoon de oproepen van patiënten in zijn plaats filtert. Omdat hij geen kennis heeft genomen van de toestand van de patiënt zou hij niet langer aansprakelijk kunnen worden gesteld.

Deze oplossing lijkt ons niet aanvaardbaar. Hoewel de indiener van dit voorstel voorstander is van een sortering van oproepen tijdens wachtdiensten, is het niet wenselijk dat de arts zijn verantwoordelijkheid overdraagt aan een tussenpersoon die niet dezelfde medische opleiding heeft genoten.

Zonder dus de strafrechtelijke aansprakelijkheid voor schuldig verzuim die voor eenieder geldt, ter discussie te stellen, verlenen wij hier een beoorde-

personne en danger, nous donnons ici un pouvoir d'appréciation au médecin appelé à se déplacer pour qu'il ait la possibilité d'écarter les demandes manifestement abusives.

Cette mesure devrait contribuer à faciliter les conditions de travail du médecin de garde et permettre d'assurer l'avenir de nos gardes médicales.

Dominique TILMANS.

\*  
\* \*

## PROPOSITION DE LOI

---

### Article 1<sup>er</sup>

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

### Art. 2

À l'article 9, § 1<sup>er</sup>, première phrase, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, modifié en dernier lieu par la loi du 24 juillet 2008, les mots « ou au cabinet médical à l'appréciation du médecin concerné. » sont ajoutés après les mots « à domicile ».

1<sup>er</sup> octobre 2010.

Dominique TILMANS.

lingsbevoegdheid aan de arts die gevraagd wordt zich te verplaatsen, zodat hij duidelijk onrechtmatige verzoeken kan afwijzen.

Deze maatregel zou de werkomstandigheden van dienstdoende artsen moeten verbeteren en de toekomst van onze medische wachtdiensten veilig moeten stellen.

\*  
\* \*

## WETSVOORSTEL

---

### Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

### Art. 2

In de eerste zin van artikel 9, § 1, van koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, laatst gewijzigd bij de wet van 24 juli 2008, worden tussen de woorden « ten huize » en het woord « waarborgen » de woorden « of in de artsenpraktijk wanneer de betrokken arts dit wenselijk acht, » ingevoegd.

1 oktober 2010.