

# DE NIEUWE GEMEENSCHAPSBEVOEGDHEDEN INZAKE GEZONDHEIDSZORG EN HULP AAN PERSONEN MET EEN HANDICAP

DOOR | **JEROEN VAN NIEUWENHOVE**

Staatsraad en wetenschappelijk medewerker KU Leuven

## INLEIDING

De zesde staatshervorming heeft geleid tot belangrijke bevoegdheidswijzigingen inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap. De bevoegdheidsverdeling in beide aangelegenheden dateert van 1980 en is dus al bijna vierendertig jaar oud.<sup>1</sup> Vooral inzake gezondheidszorg was die bevoegdheidsverdeling niet erg duidelijk geformuleerd en heeft het haast twintig jaar geduurd vooraleer in de adviespraktijk van de Raad van State en in de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof voldoende duidelijkheid ontstond voor de meeste aspecten van die bevoegdheidsverdeling die omstreden waren en waarvoor de parlementaire voorbereiding geen uitsluitsel bood.

Op vierendertig jaar tijd zijn de beleidsinzichten inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap ook aanzienlijk veranderd. Zo streefde de Vlaamse Gemeenschap een gezondheidsbeleid na waarin de eerstelijnsgezondheidszorg meer aandacht kreeg, en probeerde zij haar bevoegdheden ter zake dan ook zo ruim mogelijk te interpreteren.<sup>2</sup> De federale overheid van haar kant heeft, vooral via de ziekteverzekering, een aantal initiatieven gefinancierd die dan weer nauw verbonden

(1) Voor een overzicht van de bestaande bevoegdheidsverdeling, zie onder meer M. Dony en B. Blero, La répartition des compétences en matière de politique de santé, *Courrier hebdomadaire*, CRISP, 1300-1301, 1990, 66 pp.; H. Nys, De bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap inzake gezondheidsbeleid, in het bijzonder met betrekking tot de uitoefening van de geneeskunst, *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en Publiekrecht*, pp. 160-167, 1990; P. Quertainmont, *Législation hospitalière. Droit, gestion et financement des hôpitaux en Belgique*, 3<sup>de</sup> uitgave, Brussel, Kluwer, pp. 39-50, 2001; S. Vansteenkiste, Het gezondheidsbeleid, in G. van Haegendoren en B. Seutin (eds.), *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, Brugge, die Keure, 2001.

(2) Zo bijvoorbeeld in het decreet van 23 mei 2003 betreffende de indeling in zorgregio's en betreffende de samenwerking en programmatie van gezondheidsvoorzieningen en welzijnsvoorzieningen, *B.S.*, 6 juni 2003, alsook in het decreet van 21 november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, *B.S.*, 3 februari 2004.

waren met gemeenschapsaangelegenheden. Dit heeft uiteraard geleid tot conflicten, die voor een deel een oplossing kregen in uitspraken van het Grondwettelijk Hof. Vooral vanuit de Vlaamse Gemeenschap ontstond een vraag om uitbreiding van de gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg, zodat de gemeenschappen hun eigen beleidsinzichten konden realiseren zonder eerst op federaal niveau naar een draagvlak te moeten zoeken.<sup>3</sup> Die laatste dynamiek is al geruime tijd aan de gang en heeft een voorlopig eindpunt gevonden in de zesde staatshervorming.

Inzake gezondheidszorg werd de bevoegdheidsverdeling grondig aangepast: de gemeenschappen hebben belangrijke nieuwe bevoegdheden gekregen, vooral inzake ziekenhuizen en een aantal andere tot dusver federale gezondheidszorginstellingen, alsook inzake eerstelijnsgezondheidszorg, al zal uit wat volgt blijken dat die nieuwe bevoegdheden niet altijd even gelukkig of precies zijn omschreven. Inzake hulp aan personen met een handicap is de wijziging veeleer punctueel en gaat het om de mobiliteitshulpmiddelen en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

In deze bijdrage wordt in de eerste plaats nagegaan wat de nieuwe bevoegdheden zijn van de gemeenschappen inzake gezondheidszorg (1.) en hulp aan personen met een handicap (2.).<sup>4</sup> Daarbij wordt ook stilgestaan bij de financiering van die nieuwe bevoegdheden (3.). Vervolgens wordt nagegaan welke moeilijkheden, in het bijzonder in Brussel, kunnen rijzen bij de uitoefening van de nieuwe bevoegdheden (4.).

(3) Zie de resolutie betreffende het tot stand brengen van coherenter bevoegdheidspakketten in de volgende staatshervorming, op 3 maart 1999 aangenomen door het Vlaams Parlement, *Parl. St.*, Vlaams Parlement, 1998-1999, nr. 1342/4, punt 2: “de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid betreffende het volledige gezondheids- en gezinsbeleid moeten integraal naar de deelstaten worden overgeheveld, dus onder meer met inbegrip van de gezondheidszorgverzekering en de gezinsbijslagen (kostencompenserende regelingen)”.

(4) Zie hierover ook V. De Greef (Maisons de repos), M. Verdussen (Personnes handicapées) en A.-S. Renson (Soins de santé), in M. Uyttendaele en M. Verdussen (eds.), *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, Brussel, Larcier, pp. 523-546, 631-636 en 797-825, 2015; H. Dumont, M. El Berhoumi en I. Hachez (eds.), *La sixième réforme de l'Etat: l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis?*, Brussel, Larcier, reeks “Dossiers du *Journal des tribunaux*”, pp. 104-105, 2015; P. Hannes, Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?, in J. Velaers, J. Vanpraet, Y. Peeters en W. Vandenbruwaene (eds.), *De zesde staatshervorming: instellingen, bevoegdheden en middelen*, Antwerpen, Intersentia, reeks “Forum federalisme”, pp. 367-399, 2014, alsook P. Degadt, De overdracht van de bevoegdheden gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijn. Opportuniteiten voor het werkveld, in J. Velaers, J. Vanpraet, Y. Peeters en W. Vandenbruwaene (eds.), *De zesde staatshervorming, op. cit.*, pp. 401-417. Zie ook, gebaseerd op de tekst van het politieke akkoord over de zesde staatshervorming, J. Ludmer, Les nouvelles compétences des Communautés et de la Commission communautaire dans les matières personnalisables. Et si l'accord papillon leur donnait des ailes?, in J. Sautois en M. Uyttendaele (eds.), *La sixième réforme de l'Etat (2012-2013). Tournant historique ou soubresaut ordinaire?*, Limal, Anthemis, pp. 397-410, 2013 en P. Palsterman, Les aspects sociaux de l'accord de réformes institutionnelles du 11 octobre 2011, *Courrier hebdomadaire*, CRISP, 2121-2128, pp. 28-45, 2012. Zie ten slotte ook meer algemeen T. Vansweevelt en F. Dewallens (eds.), *Handboek gezondheidsrecht*, vol. 1, Zorgverleners: statuut en aansprakelijkheid, Antwerpen, Intersentia, pp. 4-12 en 117-118, 2014.

Wat betreft de bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg bevat deze bijdrage een aangepaste en op enkele punten wat meer uitgewerkte versie van een eerder verschenen bijdrage (J. Van Nieuwenhove, De bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg, in A. Alen et al. (eds.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, Brugge, die Keure, reeks “Bibliotheek grondwettelijk recht”, pp. 391-412, 2014).

## 1. BEVOEGDHEIDSWIJZIGINGEN INZAKE GEZONDHEIDSZORG

De bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg omvat verschillende aspecten: er zijn de gezondheidszorginstellingen (in de wettekst ook wel de “verplegingsinrichtingen” genaamd) zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen (1.1.), en er zijn de gezondheidszorgberoepen zoals artsen, verpleegkundigen en tandartsen (1.2.). Verder kan de gezondheidszorg ook op een meer thematische wijze benaderd worden, zoals bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg, het ouderenzorgbeleid, het preventieve gezondheidszorgbeleid (1.3. en 1.4.). Bekeken vanuit financieringsoogpunt kan men dan weer de financiële bronnen zoals het ziekenhuisbudget en de ziekte- en invaliditeitsverzekering onderscheiden.

De zesde staatshervorming heeft de bestaande bevoegdheidsverdeling aangepast voor veel van deze aspecten en thema's. De indeling van het nieuwe artikel 5, §1, I van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen (hierna: “BWHI”) werd helemaal herzien. De vroegere tekst bevatte twee grote onderdelen, namelijk het beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen enerzijds (het vroegere artikel 5, §1, 1°) en de gezondheidsopvoeding en de activiteiten en diensten op het vlak van preventieve gezondheidszorg anderzijds (het vroegere artikel 5, §1, 2°).

Het eerste deel wordt in een aangepaste vorm behouden (in het nieuwe artikel 5, §1, I, eerste lid, 1°), maar vijf onderdelen worden voortaan afzonderlijk geregeld<sup>5</sup>, namelijk geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen (2°), oudereninstituten (3°), geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie (4°), long term care revalidatie (5°), alsook eerstelijnsgezondheidszorg en ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn (6°). Het laatste onderdeel overlapt enigszins met het nieuwe erop volgende onderdeel over de gezondheidszorgberoepen (7°). Dat onderdeel is de eerste regeling in de bijzondere wet van de tot dusver volledig residuaire (en dus federale) bevoegdheid inzake de gezondheidszorgberoepen.

Voor de vijf voormelde onderdelen (2° tot 6°) worden de gemeenschappen volledig bevoegd. Het gevolg hiervan is dat de uitzonderingen op de gemeenschapsbevoegdheden die in het eerste onderdeel (1°) worden geformuleerd en die voorheen op algemene wijze van toepassing waren voor de bevoegdheidsverdeling inzake de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, niet meer gelden voor de vijf nieuwe onderdelen. De enige uitzondering hierop vormt het federale bevoegd-

(5) Daardoor omvat dat eerste deel in de praktijk enkel nog de ziekenhuizen, waarmee dan zowel de psychiatrische als de niet-psychiatrische ziekenhuizen worden bedoeld, met inbegrip van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ).

heidsvoorbehoud met betrekking tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering, dat zoals voorheen op algemene wijze geldt (zie artikel 5, §1, I, tweede lid, 1°, dat overeenstemt met het vroegere artikel 5, §1, I, 1°, c).

## 1.1. GEZONDHEIDSZORGINSTELLINGEN

### 1.1.1. De zorgverstrekkingen in en buiten verplegingsinrichtingen

#### a) Nieuwe invulling van de notie “organieke wetgeving”

De bevoegdheid van de gemeenschappen inzake het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen is principieel zeer ruim, net als dat het geval is voor de bevoegdheden van de gewesten inzake het economische beleid. In beide gevallen gelden echter ook belangrijke uitzonderingen in de vorm van bevoegdheden die aan de federale overheid zijn voorbehouden.

De belangrijkste en meest algemeen geformuleerde uitzondering op de principiële bevoegdheid van de gemeenschappen vormt de zogenaamde “organieke wetgeving”. Dit begrip kwam reeds voor in de oorspronkelijke tekst van artikel 5, §1, I, 1°, a), en werd destijds in de parlementaire voorbereiding nauwelijks uitgewerkt, behalve dan dat werd verwezen naar de “basiswetgeving” en meer in het bijzonder naar de toenmalige wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen.<sup>6</sup> De notie “organieke wetgeving” hield alleszins niet in dat de hele ziekenhuiswetgeving als een federaal voorbehouden bevoegdheid moest worden beschouwd,<sup>7</sup> hetgeen later ook bevestigd werd in de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof en in de adviespraktijk van de afdeling wetgeving van de Raad van State. Terecht wees het Grondwettelijk Hof een dergelijke louter formele interpretatie van het begrip “organieke wetgeving” van de hand en omschreef het begrip als de “basisregels en krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid, zoals onder meer vervat in de [ziekenhuiswet]”.<sup>8</sup> Dit impliceert logischerwijze dat niet alle aspecten van de ziekenhuiswet onder het federale bevoegdheidsvoorbehoud vallen, maar anderzijds ook dat ook regelingen met betrekking tot andere federale zorginstellingen onder dat federale bevoegdheidsvoorbehoud zouden kunnen vallen, hetgeen door het Grondwettelijk Hof later expliciet werd bevestigd.<sup>9</sup>

De bijzondere wetgever geeft deze keer meer tekst en uitleg bij de draagwijdte van de notie “organieke wetgeving” in het nieuwe artikel 5, §1, I, eerste lid, 1°, a), dan het geval was in 1980. De notie wordt breedvoerig uitgewerkt, zowel in positieve

(6) *Parl. St.*, Senaat, 1979-1980, nr. 434/2, pp. 122-124.

(7) S. Vansteenkiste, Het gezondheidsbeleid, *op. cit.*, p. 74.

(8) Arbitragehof, 15 juli 1998, nr. 83/98, B.5.4 (cursiveringen aangebracht).

(9) Arbitragehof, 31 oktober 2000, nr. 108/2000, B.1.4.1.

als in negatieve zin.<sup>10</sup> Zo wordt uiteengezet dat de “basiskanmerken” van de ziekenhuizen, hun onderdelen (zoals ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties, enz.) en hun onderlinge samenwerkingsverbanden tot de “organieke wetgeving moeten worden gerekend”. Ook de “basiskanmerken” van het beheer van ziekenhuizen, het statuut van de ziekenhuisarts, de algemene regels met betrekking tot de structurering van de verpleegkundige en medische activiteiten en de regels inzake de boekhouding, de financiële controle en de mededeling van gegevens, alsook de gevolgen die worden verbonden aan het niet-naleven van de erkenningsnormen, de programmatie en de bepalingen van de organieke wetgeving worden vermeld als behorende tot de organieke wetgeving. Deze vrij algemene omschrijvingen stemmen overeen met de overgrote meerderheid van de bepalingen van de ziekenhuiswet. De concrete draagwijdte van de notie “organieke wetgeving” hangt evenwel volledig af van de vraag welke aspecten als “basiskanmerken” moeten worden beschouwd. Naargelang die “basiskanmerken” ruim of beperkt worden geïnterpreteerd, is het bevoegdheidsvoorbehoud groot of minder groot. Indien de “basiskanmerken” ruim moeten worden geïnterpreteerd, bestaat er niet zoveel verschil tussen de oude en de nieuwe notie “organieke wetgeving”. Indien de “basiskanmerken” daarentegen beperkend moeten worden geïnterpreteerd, is de federaal voorbehouden bevoegdheid inzake de organieke wetgeving beduidend minder groot dan voorheen.

Jammer genoeg bevat de parlementaire voorbereiding op dit cruciale punt geen echte verduidelijking, al was het maar door enkele voorbeelden van wat wel en niet als “basiskanmerken” kan worden beschouwd. Deze vraag klemt des te meer, nu de gemeenschappen ruimere bevoegdheden hebben gekregen inzake de erkenningsnormen voor ziekenhuizen.

De term “basiskanmerken” lijkt wel vanuit taalkundig oogpunt een engere betekenis te hebben dan de term “basisregelen” die in de vroegere tekst werd gebruikt om de federaal voorbehouden bevoegdheden inzake de programmatie en de financiering te omschrijven, en die in de nieuwe tekst nog steeds wordt gebruikt met betrekking tot de programmatie. Daaruit zou alvast kunnen worden opgemaakt dat de “organieke wetgeving” wel degelijk beperkter moet worden geïnterpreteerd dan vroeger. Daarbij komt dan nog dat de term “basiskanmerken” enkel in de parlementaire voorbereiding voorkomt, terwijl het beginsel van de ruimere gemeenschapsbevoegdheden, onder meer inzake de erkenningsnormen, berust op de tekst van de bijzondere wet zelf. De conclusie is ons inziens dan ook dat de bijzondere wetgever een zekere verruiming van de gemeenschapsbevoegdheden moet hebben beoogd ten nadele van de federaal voorbehouden bevoegdheid.

In de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet wordt ook een negatieve lijst

(10) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 34-36.

opgenomen van aspecten die niet tot de organieke wetgeving worden gerekend en die dus tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren. Ongetwijfeld werd daarmee beoogd meer duidelijkheid te creëren, maar dat is niet altijd gelukt. Een van de onderdelen van die lijst is immers “het vaststellen van voorwaarden waaraan moet worden voldaan, of het bepalen van aangelegenheden waarop de normen minimaal betrekking moeten hebben”. Hiermee wordt allicht verwezen naar de (ruimere) bevoegdheden van de gemeenschappen inzake de erkenningsnormen voor ziekenhuizen, maar daarmee is de vraag nog steeds niet beantwoord hoe deze gemeenschapsbevoegdheid zich precies verhoudt tot de federale bevoegdheid inzake de “basiskennmerken” van de ziekenhuizen, hun onderdelen (zoals ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties, enz.) en hun onderlinge samenwerkingsverbanden.

Er wordt in de toelichting wel uitdrukkelijk vermeld dat de “regels met betrekking tot de kwaliteit van de ziekenhuisdienst, -instelling of -organisatie” en “de regelgeving met betrekking tot de kwaliteitstoetsing en het uitwerken van de kwaliteits-evaluatie”<sup>11</sup> tot de bevoegdheid van de gemeenschappen moet worden gerekend.<sup>12</sup> Deze vermelding lijkt in te houden dat de kwalitatieve toetsing van de medische en verpleegkundige activiteiten<sup>13</sup> voortaan niet meer door de federale overheid kan worden geregeld.

### **b) Ruimere gemeenschapsbevoegdheden voor de erkenningsnormen inzake ziekenhuizen**

Het vroegere federale bevoegdheidsvoorbehoud inzake de “nationale erkenningsnormen”<sup>14</sup> die een weerslag hebben op de financiering van de ziekenhuizen via het ziekenhuisbudget of de ziekte- en invaliditeitsverzekering, op de programmatie en op de financiering van de infrastructuur, is weggevalen. In de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet wordt uiteengezet dat de gemeenschappen daardoor voortaan principieel bevoegd zijn “om de normen te definiëren waaraan de ziekenhuizen en de diensten [...], de zorgprogramma’s, ziekenhuisdiensten, enz., moeten

(11) Deze laatste vermelding wordt nog gevolgd door de moeilijk te doorgronden vermelding dat de “kennmerken van de zorg die te maken hebben met het proces en het resultaat (*outcome*) [...] – zo nodig – ingebed [moeten] kunnen worden in de erkenningsnormen” (*ibid.*, p. 36).

(12) *Ibid.*, p. 36.

(13) Zie de artikelen 20 en 25 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, B.S., 7 november 2008 (hierna: “ziekenhuiswet”), alsook het B.S., 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen, B.S., 25 maart 1999, en het K.B. van 27 april 2007 betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen, B.S., 4 juni 2007. Ook in de erkenningsnormen van verscheidene ziekenhuisfuncties, zorgprogramma’s, enz. komen bepalingen voor met betrekking tot die toetsing (vaak dan wel met verwijzing naar de voormelde besluiten).

(14) Zie het vroegere artikel 5, §1, I, 1°, f) van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, B.S., 15 august 1980 (hierna: “BWHI”).

beantwoorden om erkend te worden”.<sup>15</sup> De vroegere bevoegdheid van de gemeenschappen om aanvullende erkenningsnormen vast te stellen met eerbiediging van de federale basisnormen<sup>16</sup> is dus verruimd tot een principiële bevoegdheid om de erkenningsnormen vast te stellen, zolang die maar geen betrekking heeft op de financiering van de exploitatie en op de programmatie, aangezien die twee aspecten uitdrukkelijk zijn voorbehouden aan de federale overheid.<sup>17</sup> In zoverre de erkenningsnormen tot de organieke wetgeving moeten worden gerekend, blijft de federale overheid bevoegd, maar zo-even bleek dat dat federale bevoegdheidsvoorbehoud een geringere draagwijdte heeft dan voordien.

In de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet wordt een opsomming weergegeven van de rechtsregels die voortaan tot de bevoegdheid van de gemeenschap behoren.<sup>18</sup> Uit die indrukwekkende opsomming kan worden opgemaakt dat er inzake de erkenningsnormen voor (onderdelen van) ziekenhuizen effectief een copernicaanse revolutie heeft plaatsgevonden. Erkenningsnormen voor (universitaire) ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties, medische en medisch-technische diensten, zorgprogramma's, fusies, associaties en netwerken, behoren voortaan in beginsel tot de bevoegdheid van de gemeenschappen, zowel wat betreft de ermee overeenstemmende bepalingen in de ziekenhuiswet als wat betreft de uitvoeringsbesluiten ervan.

De vraag is wel of de federale overheid hierdoor voortaan onbevoegd is ten aanzien van deze erkenningsnormen. Ze is immers nog steeds bevoegd voor de financiering van de exploitatie en voor de basisregelen betreffende de programmatie.<sup>19</sup> Op basis van haar voorbehouden bevoegdheid inzake de “organieke wetgeving” is de federale overheid ook bevoegd gebleven voor de “basiskenmerken” van de ziekenhuizen, hun onderdelen (zoals ziekenhuisdiensten, ziekenhuisfuncties, enz.) en hun onderlinge samenwerkingsverbanden. De draagwijdte van deze resterende federale bevoegdheden is erg onduidelijk, zoals de Raad van State ook opmerkte in zijn advies over het voorstel van bijzondere wet.<sup>20</sup> Als antwoord op deze bedenking meenden de indieners van het voorstel te moeten volstaan met het citeren van de toelichting waarvan de onduidelijkheid zo-even is geschetst, zonder enige bijkomende toelichting omtrent de draagwijdte van de voorbehouden federale bevoegdheden inzake

(15) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 28.

(16) S. Vansteenkiste, *Het gezondheidsbeleid*, *op. cit.*, pp. 102-105.

(17) Artikel 5, §1, I, eerste lid, 1°, b) en c), BWHI.

(18) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 28-32.

(19) Zie de uitdrukkelijke vermelding aan het begin van de voormelde lijst: “voorzover deze bepalingen geen invloed hebben op de programmatie, noch op de financiering van de ziekenhuizen (behoudens A1 en A3)” (*ibid.*, 28).

(20) Advies Raad van State 53.932/AV van 27 augustus 2013, *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, p. 18. Zie ook de kritiek van een lid van de Kamercommissie in *Parl. St.*, Kamer, 2013-2014, nr. 53-3201/4, p. 41.

de erkenningsnormen, zoals wat precies moet worden verstaan onder de term “basiskenmerken”.<sup>21</sup> Het is jammer dat de afgrenzing tussen de gemeenschapsbevoegdheden en de federale bevoegdheden niet op een duidelijkere manier kon worden geformuleerd. Hoe het ook zij, de Raad van State en het Grondwettelijk Hof zullen zich in de toekomst naar aanleiding van concrete gevallen over deze afgrenzing moeten uitspreken.

Het bevoegdheidsvoorbehoud van de federale overheid voor de erkenningsnormen in zoverre ze betrekking hebben op de financiering van de exploitatie en op de programmatie, is minder problematisch. Het voorbehoud inzake de programmatie is in beginsel niet relevant voor erkenningsnormen. Erkenningsnormen zijn de voorwaarden waaraan een (onderdeel van een) ziekenhuis moet voldoen om in aanmerking te komen voor een erkenning, terwijl de programmatiecriteria bepalen hoeveel (onderdelen van) ziekenhuizen erkend kunnen worden. De twee aspecten kunnen vrij goed uit elkaar worden gehouden en worden doorgaans ook afzonderlijk geregeld. De onduidelijkheid van het voorbehoud inzake de financiering van de exploitatie wordt in de praktijk wellicht grotendeels opgelost door de procedure met betrekking tot de procedure die wordt ingevoerd voor gemeenschapsinitiatieven inzake erkenningsnormen.

### **c) Nieuwe federale controlemechanismen voor de erkenningsnormen van de gemeenschappen**

De ruimere bevoegdheden van de gemeenschappen inzake de erkenningsnormen voor ziekenhuizen worden wel gebonden aan zowel een voorafgaandelijke als een permanente controle inzake de budgettaire gevolgen voor de federale overheid.

De voorafgaandelijke controle houdt in dat elk initiatief op decretaal<sup>22</sup> en reglementair niveau, of het nu uitgaat van een parlamentslid of van een regering, met betrekking tot erkenningsnormen inzake ziekenhuizen moet worden bezorgd aan het Rekenhof.<sup>23</sup> De algemene vergadering van het Rekenhof moet een verslag opstellen ten behoeve van de initiatiefnemer waarin “de gevolgen op korte en op lange termijn op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid” geëvalueerd worden.<sup>24</sup> Het Rekenhof moet het advies van het RIZIV en van de betrokken gemeenschapsadministratie inwinnen en kan het advies van het Federaal

(21) *Parl. St.*, Senaat, 2013-2014, nr. 5-2232/5, pp. 240-241.

(22) Er wordt enkel melding gemaakt van decreten, terwijl de procedure ook van toepassing is op de ordonnances van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

(23) Artikel 5, §1, I, derde tot achtste lid, BWHI.

(24) De grondwettelijke basis voor deze nieuwe taak die de bijzondere wetgever aan het Rekenhof opdraagt, is terug te vinden in het nieuwe artikel 180, vijfde lid, van de Grondwet.



Kenniscentrum voor de gezondheidszorg<sup>25</sup> vragen. Het verslag van het Rekenhof wordt bezorgd aan de initiatiefnemer, maar ook aan de federale Regering en de gemeenschapsregeringen.

Het verslag van het Rekenhof is geen vrijblijvende vormvereiste. Wanneer het initiatief volgens het Rekenhof een negatieve impact heeft op korte of op lange termijn, wordt overleg gepleegd tussen de federale Regering en de gemeenschapsregeringen op vraag van de federale Regering of van de betrokken gemeenschapsregering. Het is niet zo duidelijk wat er precies moet gebeuren als er geen dergelijke vraag voorligt. Kan het betrokken initiatief dan alsnog doorgang vinden, ondanks de bevinding van het Rekenhof omtrent de negatieve impact? Die interpretatie lijkt plausibel, maar dan rijst de vraag vanaf wanneer de behandeling van het initiatief kan worden voortgezet of, anders gezegd, over hoeveel tijd de federale regering beschikt om een overleg te vragen. Ook is niet zo duidelijk waarom de betrokken gemeenschapsregering om een overleg zou vragen; zij lijkt daar geen baat bij te hebben.

Indien het overleg tussen de federale Regering en de gemeenschapsregeringen niet tot een akkoord leidt, is het akkoord van de federale minister bevoegd voor volksgezondheid vereist of het akkoord van de Ministerraad wanneer een van zijn leden “de evocatie van het dossier vraagt”. Het akkoord van de federale minister bevoegd voor volksgezondheid volstaat bijgevolg, tenzij indien een van de andere federale ministers vraagt om het dossier op de Ministerraad te bespreken. Uit het gebruik van het voegwoord “of” kan worden afgeleid dat het akkoord van de Ministerraad volstaat, ook indien de federale minister bevoegd voor volksgezondheid aanvankelijk geen akkoord had verleend.<sup>26</sup>

De formulering in de bijzondere wet dat “de normen onderworpen worden” aan dat akkoord van de bevoegde federale minister of van de Ministerraad, kan moeilijk anders geïnterpreteerd worden dan dat het betrokken initiatief van een gemeenschap geen doorgang kan vinden wanneer dit akkoord niet wordt gegeven.<sup>27</sup> Het gegeven dat een wetgevend of reglementair optreden van de deelgebieden afhankelijk wordt gemaakt van het akkoord van de federale regering of van de bevoegde federale regering is niet nieuw,<sup>28</sup> maar het is zeer ongebruikelijk. De verklaring voor deze verregaande beperking van gemeenschapsbevoegdheden (tot op zekere hoogte zelfs van bestaande gemeenschapsbevoegdheden waarvoor die beperking niet bestond)

(25) Zie de artikelen 259 en volgende van de programmawet (I) van 24 december 2002, *B.S.*, 31 december 2002.

(26) Dit veronderstelt dan wel dat de federale minister bevoegd voor volksgezondheid zich in de Ministerraad neerlegt bij een consensus in die zin.

(27) Dat dit akkoord erg belangrijk is, blijkt ook uit het gegeven dat wanneer het Rekenhof er niet in zou slagen om een verslag uit te brengen binnen een termijn van drie maanden, de politieke overlegprocedure (met inbegrip van het vereiste eindpunt van het akkoord op federaal niveau) kan worden aangevat (artikel 5, §1, I, achtste lid, BWHI).

(28) Zie bij voorbeeld artikel 11, tweede lid, BWHI.

moet wellicht worden gezocht in de vrees dat een al te vrijgevig gemeenschapsbeleid zou leiden tot federale begrotingsproblemen. De vraag is echter of die vrees gegrond is en vooral of daarvoor geen minder verregaande overlegmechanismen konden worden uitgewerkt dan het vereiste van een federaal akkoord. Zelfs de jurisprudentiële toetsing van het evenredigheidsbeginsel zou misschien kunnen volstaan indien een gemeenschap door een vrijgevig optreden de federale overheid in budgettaire problemen brengt. Ten slotte is de federale overheid grotendeels bevoegd voor de financiering van de exploitatie van de ziekenhuizen en voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering, zodat zij over de nodige instrumenten beschikt om budgettaire onheil af te wenden.

Overigens kan men zich afvragen waarom niet wordt voorzien in eenzelfde uitgebreide advisering door twee of drie instanties (Rekenhof, RIZIV en eventueel Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) voor federale initiatieven met betrekking tot ziekenhuizen, die immers evenzeer ongewenste budgettaire gevolgen kunnen hebben. Voor die initiatieven volstaat blijkbaar de gewone begrotingscontroleprocedure, hetgeen volgens ons niet echt een evenwichtige regeling kan worden genoemd.

Het is ook niet duidelijk hoe deze procedure moet worden ingepast in de besluitvormingsprocedure bij de deelgebieden. Uit de woorden “voorontwerp van decreet” kan men opmaken dat deze procedure moet worden doorlopen vooraleer een ontwerpdecreet in het betrokken parlement kan worden ingediend, maar voor voorstellen en amendementen ligt de zaak minder duidelijk. Het is aannemelijk dat op zijn minst een eindstemming over de betrokken teksten moet worden uitgesteld tot de procedure tot een goed einde is gebracht. Daarbij kan worden betreurd dat parlementaire initiatieven andermaal worden gebonden aan een procedure op regeringsniveau.<sup>29</sup> Het is voorts niet duidelijk of deze procedure ook nog eens moet worden doorlopen voor uitvoeringsbesluiten van decretale teksten waarvoor de procedure al werd gevolgd.

Een andere onduidelijkheid betreft het criterium dat het Rekenhof moet hanteren in zijn verslag. Het Hof moet nagaan of het aannemen van de betrokken regeling “op korte of op lange termijn, een negatieve impact heeft voor de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid”. Dit is een wel erg ruim criterium waaraan snel voldaan zal zijn: het volstaat dat een voorgestelde (wijziging van een) erkenningsnorm soepeler is dan hetgeen reeds bestaat, of dat de erkenning van nieuwe vormen van zorgverstrekking in ziekenhuizen mogelijk wordt gemaakt, opdat er een negatieve impact is op de federale begroting, zeker wanneer de impact zowel

(29) Zelfs indien artikel 6, §8, BWHI hier van toepassing zou zijn (*quod non*), valt niet goed in te zien hoe in dit geval een equivalente procedure zou kunnen worden uitgewerkt in de reglementen van de Kamer en de Parlementen overeenkomstig die bijzondere wetsbepaling.

op korte als op lange termijn hiervoor in aanmerking komt. Daar staat dan tegenover dat het verslag van het Rekenhof gevolgd wordt door politiek overleg, waarin allicht zal worden uitgemaakt of die budgettaire impact voor de federale overheid aanvaardbaar is of niet. Men kan zich voorstellen dat een gemeenschap bij dat overleg kan aanbieden om een deel van die financiële gevolgen zelf te bekostigen en dat daarover eventueel een asymmetrisch samenwerkingsakkoord wordt gesloten.<sup>30</sup>

De vraag rijst ten slotte in welke mate deze procedure afdwingbaar is. Een deelgebied kan beslissen om deze procedure naast zich neer te leggen en een decretaal of reglementair initiatief aan te nemen zonder het initiatief aan het Rekenhof voor te leggen, net zoals elke vormvereiste miskend kan worden, maar er lijkt in dit geval wel een juridische sanctie te bestaan. De miskenning van deze procedure kan immers worden beschouwd als een schending van een verplichte samenwerkingsvorm, die kan leiden tot een nietigverklaring van de resulterende decretaale of reglementaire rechtsregel door het Grondwettelijk Hof of de Raad van State.<sup>31</sup> Het gegeven dat naar aanleiding van de “interne” begrotingscontrole bij de totstandkoming van dat initiatief zou worden bevestigd dat het initiatief geen begrotingsweerslag heeft, is niet relevant, omdat die vaststelling alleen betrekking heeft op de begroting van de betrokken gemeenschap, en niet op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid.<sup>32</sup>

Behalve de zo-even geschetste preventieve opdracht van het Rekenhof voor initiatieven voor erkenningsnormen inzake ziekenhuizen is er ook de verplichting voor het Rekenhof om elk jaar een omstandig verslag op te stellen over de weerslag van de van kracht zijnde erkenningsnormen van de gemeenschappen op de begroting van de federale overheid en van de sociale zekerheid.<sup>33</sup> Dat verslag wordt meegedeeld aan de federale regering en aan de gemeenschaps- en gewestregeringen.<sup>34</sup> Anders dan voor

(30) Daarvoor kan worden verwezen naar hetgeen verder in deze bijdrage wordt uiteengezet over de asymmetrische samenwerkingsakkoorden inzake de programmatie van verplegingsinrichtingen.

(31) Zie artikel 30*bis* van de bijzondere wet van 6 januari 1989 op het Grondwettelijk Hof, *B.S.*, 7 januari 1989 en artikel 14*bis* van de gecoördineerde wetten van 12 januari 1973 op de Raad van State, *B.S.*, 21 maart 1973, die deze rechtscolleges ook bevoegd maken voor overtredingen van “het overleg, de betrokkenheid, het geven van inlichtingen, de adviezen, de eensluidende adviezen, de akkoorden, de gemeenschappelijke akkoorden en de voorstellen waarvan sprake is in de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen”. De hier beschreven procedure kan immers worden beschouwd als een bijzonder geval van een eensluidend advies. In die zin ook advies Raad van State 56.826/3 van 19 december 2014 over een ontwerp van ministerieel besluit (van de Vlaamse overheid) tot nadere omschrijving van de registraties door de zorgprogramma’s cardiale pathologie B (niet bekendgemaakt).

(32) Zie het in de vorige voetnoot aangehaalde advies van de Raad van State 56.826/3 van 19 december 2014.

(33) Een interessante vraag, die in eerste instantie door het Rekenhof zal moeten worden beantwoord, is of hiermee enkel de erkenningsnormen worden bedoeld die door de gemeenschappen werden ingevoerd of ook de bestaande, voorheen federale erkenningsnormen die voortaan tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren.

(34) Artikel 5, §1, I, negende lid, BWHL.

de ex-ante-beoordeling van initiatieven zijn er geen dwingende gevolgen verbonden aan dit verslag. Een initieel goedgekeurde gemeenschapsregeling die budgettair te verregaande gevolgen heeft, kan dan ook niet worden teruggedraaid, tenzij indien de gemeenschap van wie die regeling uitgaat, daar zelf mee instemt en daarvoor de nodige stappen onderneemt. Ook hier kan men zich afvragen waarom deze verslagleggingsverplichting van het Rekenhof niet werd uitgebreid tot de van kracht zijnde erkenningsnormen die nog tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren.

#### **d) Financiering van ziekenhuizen**

In de vroegere tekst van artikel 5, §1, I, 1°, kwamen drie federale bevoegdheidsvoorbehouden voor wat de financiering van ziekenhuizen betreft, namelijk de basisregelen betreffende de financiering van de infrastructuur, met inbegrip van de zware medische infrastructuur, de financiering van de exploitatie zoals geregeld door de organieke wetgeving en de financiering door middel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. De laatste twee gevallen worden behouden, maar het eerste bevoegdheidsvoorbehoud valt weg.

De gemeenschappen zijn voortaan bijgevolg bevoegd voor de financiering van investeringen in de infrastructuur en van investeringen in zware medische apparatuur of, volgens de bewoordingen van de bijzondere wet, de “investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten”.<sup>35</sup> Uit de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet blijkt dat hiermee de onderdelen A1 en A3 worden bedoeld van het budget van financiële middelen. Deze onderdelen van de relevante federale regeling kunnen voortaan in beginsel door de gemeenschappen worden gewijzigd.<sup>36</sup> Uit de meer gedetailleerde omschrijving van deze onderdelen in de toelichting blijkt bovendien dat ook het huidige onderdeel C1 (“aanloopkosten”) van het budget van financiële middelen wordt bedoeld, dit zijn bepaalde kosten die samenhangen met het bouwen of verbouwen van ziekenhuizen of ziekenhuisdiensten.<sup>37</sup>

Ook al blijft de federale overheid principieel bevoegd voor de financiering van de exploitatie door middel van het budget van financiële middelen en kan zij aan die financiering bepaalde voorwaarden verbinden, toch zal zij er op moeten toezien dat door het stellen van die voorwaarden de uitoefening van de bevoegdheden van de gemeenschappen inzake het beleid betreffende de zorgverstrekkingen in de verple-

(35) Artikel 5, §1, I, eerste lid, 1°, a) en b), BWHL.

(36) Met name de onderdelen A1 (“investeringslasten”, dit zijn uitgaven voor gebouwen, uitrusting, rollend materiaal en meubilair) en A3 (“investeringslasten van medisch-technische diensten”, dit zijn uitgaven voor zwaar medisch materiaal zoals NMR-scanners, PET-scanners en radiotherapie) bedoeld in het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, *B.S.*, 30 mei 2002, dat de uitvoering vormt van artikel 105, §1 van de ziekenhuiswet. Zie, wat de notie “zware medische apparatuur” en “medisch-technische diensten” betreft, ook de artikelen 51 tot 56 en 58 tot 60 van de ziekenhuiswet.

(37) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 33-34, in het bijzonder de vermelding “aanloopkosten”, die overeenstemt met de algemene omschrijving van onderdeel C1 in artikel 20 van het voormelde KB van 25 april 2002.

gingsinrichtingen (artikel 5, §1, I, eerste lid, 1°), inzonderheid het vaststellen van erkenningsnormen niet onmogelijk of overdreven moeilijk wordt gemaakt.<sup>38</sup>

### e) Programmatie van ziekenhuizen

De basisregelen betreffende de programmatie vormden in de vroegere bevoegdheidsverdeling al een federaal bevoegdheidsvoorbehoud, dat als dusdanig werd behouden. Deze regels inzake programmatie van zorginstellingen, die ook wel programmatiecriteria worden genoemd, bepalen hoeveel (onderdelen van) zorginstellingen kunnen worden geëxploiteerd, eventueel per regio, per schijf van een aantal inwoners (eventueel van een bepaalde leeftijdscategorie), enzovoort.<sup>39</sup>

In de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet dat heeft geleid tot de nieuwe bevoegdheidsregeling, wordt dit federale bevoegdheidsvoorbehoud bevestigd, maar er wordt aan toegevoegd dat “asymmetrische bilaterale overeenkomsten kunnen worden gesloten als een gemeenschap dat wenst”.<sup>40</sup> In de tekst van de bijzondere wet is er evenwel geen enkele bepaling gewijd aan de mogelijkheid van dergelijke overeenkomsten. Wellicht werd in de toelichting gedoeld op de mogelijkheid om vrijwillige samenwerkingsakkoorden te sluiten om overeenkomstig artikel 92bis, §1, eerste lid, BWHI gezamenlijk eigen bevoegdheden uit te oefenen. Het is inderdaad mogelijk dat in een samenwerkingsakkoord afspraken worden gemaakt tussen de federale overheid en een of meer gemeenschappen aangaande de programmatie van verplegingsinrichtingen<sup>41</sup>, zolang de federale overheid haar voorbehouden bevoegdheid ter zake niet afstaat aan de gemeenschappen.<sup>42</sup> Voor deze samenwerkingsakkoorden is de instemming bij wet, decreet of ordonnantie vereist, onder meer indien zij de betrokken overheden “zouden kunnen bezwaren”. Dat is bijvoorbeeld het geval indien de federale overheid zich ertoe engageert de programmatiecriteria zo aan te passen dat er meer verplegingsinrichtingen kunnen worden erkend, aangezien dit engagement leidt tot bijkomende uitgaven. Het sluiten van een samenwerkings-

(38) Advies Raad van State 56.670/3 van 27 oktober 2014 over het KB van 8 januari 2015 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (niet bekendgemaakt). *In casu* bleek er geen dergelijk probleem te bestaan.

(39) Voor een voorbeeld, zie Arbitragehof, 14 september 2006, nr. 139/2006, B.5.1 en B.5.2.

(40) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 3.

(41) Zie bijvoorbeeld het protocol van 9 juni 1997 gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, over het te voeren ouderenzorgbeleid, *B.S.*, 30 juli 1997, dat naderhand nog herhaaldelijk is aangevuld met bijkomende aanhangsels. In dat samenwerkingsakkoord worden onder meer afspraken gemaakt over de verhoging van het aantal bedden in rust- en verzorgingstehuizen (federale programmatiecriteria) in ruil voor een vermindering van het aantal rusthuisbedden (gemeenschapsbevoegdheid).

(42) Arbitragehof, 3 maart 1994, nr. 17/94, B.5.3. Zie ook J. Velaers, *De Grondwet en de Raad van State, afdeling Wetgeving*, Antwerpen, Maklu, pp. 875-876, 1999, voor voorbeelden uit de adviespraktijk van de Raad van State.

akkoord met niet alle gemeenschappen of zelfs met één enkele gemeenschap zal wel verantwoord moeten kunnen worden in het licht van het gelijkheidsbeginsel. Dit laatste kan zowel door de afdeling wetgeving van de Raad van State als door het Grondwettelijk Hof worden nagegaan ten aanzien van de instemmingsteksten met het betrokken samenwerkingsakkoord of de rechtsregels die ter uitvoering van dat samenwerkingsakkoord worden uitgevaardigd.

### 1.1.2. De verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen

Naar luid van het nieuwe artikel 5, §1, I, eerste lid, 2°, BWHI worden de gemeenschappen bevoegd voor het beleid betreffende verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen. Hiermee wordt voor het eerst uitdrukkelijk verwoord wat reeds volgens de parlementaire voorbereiding van de vroegere bevoegdheidsverdeling werd erkend als een gemeenschapsbevoegdheid, althans wat betreft de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG).<sup>43</sup> Die principiële gemeenschapsbevoegdheid kon ook worden afgeleid uit hun algemene bevoegdheid inzake het beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, omdat de notie “organieke wetgeving” niet zo ruim werd begrepen dat ze ook die centra voor geestelijke gezondheidszorg zou omvatten. Anders was het voor de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen (PAAZ, respectievelijk PZ),<sup>44</sup> de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT)<sup>45</sup> en de initiatieven beschut wonen (BeWo)<sup>46</sup>. Deze zorginstellingen werden wel tot de organieke wetgeving gerekend.<sup>47</sup> Dat was ook het geval voor de samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten (ook wel overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg genoemd).<sup>48</sup>

(43) *Parl. St.*, Senaat, 1979-1980, nr. 434/2, p. 124.

(44) Zie onder meer de relevante erkenningsnormen voor deze psychiatrische ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten in het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, *B.S.*, 7 november 1964.

(45) Zie onder meer het KB van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen, *B.S.*, 26 juli 1990.

(46) Zie onder meer het KB van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten, *B.S.*, 26 juli 1990.

(47) In de eerste twee gevallen gaat het immers om (onderdelen van) ziekenhuizen. De psychiatrische verzorgingstehuizen zijn verzorgingsinstellingen bedoeld in artikel 5 van de wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging, *B.S.*, 12 juli 1978, dat ook tot de organieke wetgeving werd gerekend en dat inmiddels ook geïntegreerd is in artikel 170 van de ziekenhuiswet bij de coördinatie ervan op 10 juli 2008. De initiatieven beschut wonen worden geregeld in artikel 6 van de ziekenhuiswet. Zie hierover ook P. Hannes, Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?, *op. cit.*, pp. 376-377.

(48) Zie onder meer het KB van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten, *B.S.*, 26 juli 1990. Deze samenwerkingsverbanden worden op algemene wijze geregeld in artikel 10 van de ziekenhuiswet.

Ingevolge de eerder in deze bijdrage geschetste uitbreiding van hun bevoegdheden inzake ziekenhuizen, vooral dan inzake de erkenningsnormen, krijgen de gemeenschappen voortaan ruimere bevoegdheden met betrekking tot de eerste twee ziekenhuisvoorzieningen (psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen). Indien de gemeenschappen de opnames buiten ziekenhuizen willen bevorderen, zullen zij met de federale overheid bilaterale samenwerkingsakkoorden moeten sluiten over de reconversie van ziekenhuisbedden. Die mogelijkheid bestond reeds, op basis van vrijwillige samenwerkingsakkoorden, maar er wordt nu een specifieke bepaling in de bijzondere financieringswet aan gewijid.<sup>49</sup>

Zoals in de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet wordt uiteengezet, wordt met het nieuwe artikel 5, §1, I, eerste lid, 2°, BWHI beoogd om de gemeenschappen voortaan ook en zelfs volledig bevoegd te maken voor de psychiatrische verzorgingshuizen en initiatieven beschut wonen, die geen ziekenhuisvoorzieningen zijn.<sup>50</sup> Volgens de toelichting worden ook de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg overgedragen. Die laatste interpretatie staat enigszins op gespannen voet met de tekst van de nieuwe bevoegdheidsregeling, aangezien die overlegplatforms betrekking hebben op de samenwerking tussen ziekenhuizen en andere zorgvoorzieningen en dus niet beperkt zijn tot “verstrekkingen van geestelijke gezondheidszorg in de verplegingsinrichtingen buiten de ziekenhuizen”. Toch blijkt uit de niet tegengesproken toelichting de wil van de bijzondere wetgever om ook deze overlegplatforms over te dragen.

In de toelichting komt voorts nog een hele opsomming voor van rechtsregels waarvoor de gemeenschappen thans bevoegd worden.<sup>51</sup> Er wordt ook nog gepreciseerd dat de geestelijke gezondheidszorg door toedoen van thuisverpleging niet aan de gemeenschappen wordt overgedragen.<sup>52</sup> Die thuisverpleging wordt immers geregeld via de aan de federale overheid voorbehouden ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De bevoegdheidsverdeling inzake de geestelijke gezondheidszorg binnen en buiten de ziekenhuizen wordt bijgevolg verder gehomogeniseerd ten voordele van de gemeenschappen, zonder dat die gemeenschappen evenwel een integrale bevoegdheid ter zake verwerven: bepaalde onderdelen blijven nog steeds federaal.

### 1.1.3. De zorgverstrekkingen in ouderinstellingen en in geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie

Wat betreft de nieuwe bevoegdheidsverdeling inzake ouderenzorg, is de situatie

(49) Zie artikel 47/9, §5 van de bijzondere wet van 16 januari 1989 betreffende de financiering van de gemeenschappen en de gewesten, *B.S.*, 17 januari 1989 (hierna: “Bijz.Fin.W”).

(50) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 5.

(51) *Ibid.*, pp. 26-28.

(52) *Ibid.*, p. 24.

enigszins vergelijkbaar met hetgeen zo-even is uiteengezet voor de geestelijke gezondheidszorg: de gemeenschappen beschikten ter zake reeds over bepaalde bevoegdheden. Zo waren zij reeds bevoegd voor rustoorden voor bejaarden (ROB), niet zozeer op grond van hun algemene bevoegdheid inzake het beleid betreffende de zorgverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, maar veeleer op grond van hun bevoegdheid inzake bejaardenbeleid.<sup>53</sup>

De federale overheid beschikte echter over de belangrijkste bevoegdheden ter zake. Aan rusthuizen voor bejaarden of aan zogenaamde omgeschakelde verblijfsdiensten kan een bijzondere erkenning worden verleend als rust- en verzorgingstehuis (RVT), namelijk voor instellingen die een verzorgingsstructuur aanbieden die zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen opneemt. Er kan ook een bijzondere erkenning worden verleend als centrum voor dagverzorging (CDV) voor instellingen die een verzorgingsstructuur aanbieden die zwaar afhankelijke zorgbehoevende personen of personen die lijden aan een ernstige ziekte die aangepaste zorg vereist, overdag opvangt en die de noodzakelijke ondersteuning verschafft voor het behoud van die personen in hun thuisomgeving. Ten slotte kan ook een bijzondere erkenning worden verleend als centrum voor niet-aangeboren hersenletsels voor instellingen die een verzorgingsstructuur aanbieden die zwaar zorgbehoevende personen met een niet aangeboren hersenletsel opneemt.<sup>54</sup> Die bijzondere erkenningen kunnen ook slaan op een deel van de instelling. Al deze instellingen werden tot de “organieke wetgeving” en dus tot de bevoegdheid van de federale overheid gerekend.<sup>55</sup>

In de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet wordt uiteengezet dat de volledige bevoegdheid inzake ouderenbeleid, met inbegrip van de prijsbepaling voor de bewoners, inzake rust- en verzorgingstehuizen, rustoorden voor bejaarden, centra voor dagverzorging en centra voor kortverblijf nu wordt overgedragen aan de gemeenschappen. Die passage is wat ongelukkig opgesteld, omdat centra voor kortverblijf nu reeds een gemeenschapsbevoegdheid uitmaken<sup>56</sup>, net als de rustoorden voor bejaarden<sup>57</sup>, zoals zo-even reeds is uiteengezet. De gemeenschappen worden nu ook bevoegd voor rust- en verzorgingstehuizen en voor centra voor dagverzorging,

(53) Artikel 5, §1, II, 5°, BWHI.

(54) Zie het KB van 21 september 2004 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning als rust- en verzorgingstehuis, als centrum voor dagverzorging of als centrum voor niet-aangeboren hersenletsels, *B.S.*, 28 oktober 2004.

(55) De bijzondere erkenning werd immers geregeld in artikel 5 van de voormelde wet van 27 juni 1978 tot wijziging van de wetgeving op de ziekenhuizen en betreffende sommige andere vormen van verzorging, dat ook tot de organieke wetgeving werd gerekend en dat inmiddels ook geïntegreerd is in artikel 170 van de ziekenhuiswet bij de coördinatie ervan op 10 juli 2008.

(56) Zie bijvoorbeeld de artikelen 30 tot 32 van het (Vlaamse) Woonzorgdecreet van 13 maart 2009, *B.S.*, 14 mei 2009.

(57) Die aan Vlaamse kant overigens zijn herdoopt tot woonzorgcentra (zie de artikelen 37 en 38 van het Woonzorgdecreet van 13 maart 2009).



maar niet voor de centra voor niet-aangeboren hersenletsels, aangezien die laatsten niet worden vermeld in de toelichting.<sup>58</sup> Dat laatste is niet zo coherent, omdat het net als de rust- en verzorgingstehuizen en de centra voor dagverzorging gaat om een “bijzondere erkenning” als bedoeld in artikel 170, §1, van de ziekenhuiswet.

De geïsoleerde ziekenhuisdiensten met kenletter G (revalidatie van geriatrische patiënten) en met kenletter Sp (gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie) worden eveneens overgedragen.<sup>59</sup> Met “geïsoleerde” diensten wordt bedoeld dat het gaat om diensten die niet in het betrokken ziekenhuis zelf, maar op een afzonderlijke plaats worden aangeboden. Nu is het wel duidelijk waarom geïsoleerde G-diensten en geïsoleerde Sp-diensten voor psychogeriatrische aandoeningen en voor palliatieve verzorging worden overgedragen aan de gemeenschappen, maar het valt minder goed in te zien waarom ook andere geïsoleerde Sp-diensten worden overgedragen. Er bestaan immers ook Sp-diensten voor cardiopulmonaire aandoeningen, neurologische aandoeningen, locomotorische aandoeningen en chronische aandoeningen.<sup>60</sup> Verscheidene van deze Sp-diensten lijken weinig te maken te hebben met zorgverstreking voor ouderen en het is dan ook de vraag of de overdracht van dergelijke geïsoleerde Sp-diensten werd beoogd. In het Vlaams Groenboek<sup>61</sup> wordt er alvast van uitgegaan dat wel degelijk alle geïsoleerde G- en Sp-diensten (ook aangeduid als categorale ziekenhuizen) worden overgedragen.<sup>62</sup> De conclusie is wellicht dat het de bedoeling was van de bijzondere wetgever om de gemeenschappen bevoegd te maken voor alle categorale ziekenhuizen, maar dat deze bedoeling ongelukkigerwijze onder een te beperkte vlag (enkel ouderenzorgbeleid) is verwoord.

In de toelichting komt ook nog een opsomming voor van rechtsregels die voortaan tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren, althans in zoverre ze betrekking hebben op de overgedragen instellingen.<sup>63</sup>

(58) Het voormelde KB van 21 september 2004, dat ook de erkenningsnormen bevat voor deze centra, wordt weliswaar opgesomd bij de teksten die voortaan tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren (*Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 26), maar voorafgaand aan die opsomming wordt uitdrukkelijk vermeld dat ze enkel geldt “in de mate dat ze de rustoorden voor bejaarden de rust- en verzorgingstehuizen, de dagverzorgingscentra, de centra voor kortverblijf en de geïsoleerde G- en Sp-diensten” betreffen (*ibid.*, p. 25).

(59) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 4 en 25.

(60) Zie de bijzondere normen toepasselijk op de gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie kenletter Sp in de bijlage bij het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, *B.S.*, 7 november 1964.

(61) Het Vlaams Groenboek (*Parl. St.*, Vlaams Parlement, 2013-14, nr. 2185/1) is een door de Vlaamse overheid opgestelde studie waarin voor de nieuw overgedragen bevoegdheden wordt geanalyseerd welke beleidsoplossingen kunnen worden gekozen.

(62) *Parl. St.*, Vlaams Parlement, 2013-14, nr. 2185/1, p. 179. Ook P. Hannes, Wat betekent de zesde staats-hervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?, *op. cit.*, p. 378 lijkt van deze stelling uit te gaan.

(63) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 25-26.

Voorts rijst de vraag wat dan het lot is van de samenwerkingsverbanden palliatieve verzorging.<sup>64</sup> In de toelichting bij de bevoegdheidsoverdracht inzake de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt vermeld dat de palliatieve samenwerkingsverbanden en de palliatieve multidisciplinaire teams aan de gemeenschappen worden overgedragen.<sup>65</sup> Ook dit aspect van het ouderenzorgbeleid komt voortaan dus aan de gemeenschappen toe; het is enkel een vergetelheid dat het niet specifiek werd vermeld bij de bevoegdheidsoverdracht inzake het ouderenzorgbeleid. Anders is het voor de ziekenhuisfunctie palliatieve zorg<sup>66</sup>: die valt onder de bevoegdheidsverdeling inzake de erkenningsnormen voor ziekenhuizen, waarvoor de gemeenschappen weliswaar verruimde bevoegdheden hebben, maar waarvoor ook de federale overheid nog deels bevoegd is gebleven, zoals hiervóór reeds werd uiteengezet.

Aangezien de gemeenschappen de volledige materiële bevoegdheid verwerven inzake de zorgverstrekkings in oudereninstellingen, worden zij ook bevoegd voor het prijsbeleid met betrekking tot deze instellingen,<sup>67</sup> uiteraard onverminderd de voortgehouden federale bevoegdheid inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

#### 1.1.4. De long term care revalidatie

De term long term care revalidatie wordt in de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet omschreven als “de niet-acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt, ongeacht de instelling waar deze zorgen worden verstrekt in het kader van de interactie ouders-kinderen, in het kader van mentale, sensoriele, verslavings-, stem- en spraakstoornissen, voor hersenverlamden, in het kader van kinderen met respiratoire en neurologische aandoeningen, evenals de niet-acute of post-acute zorg die op multidisciplinaire wijze wordt verstrekt wat betreft motorische stoornissen buiten algemene en universitaire ziekenhuizen en ziekenhuizen waar tegelijkertijd chirurgische en geneeskundige verstrekkingen verricht worden exclusief voor kinderen of voor de behandeling van tumoren.”<sup>68</sup> Een aantal zogenaamde revalidatieovereenkomsten die met de aldus omschreven long term care revalidatie verband houden, worden naar de gemeenschappen overgeheveld, met name centra voor ambulante revalidatie (vroeger ook wel NOK/PSY-centra

(64) Zie onder meer het KB van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de subsidie toegekend aan de samenwerkingsverbanden inzake palliatieve verzorging tussen verzorgingsinstellingen en -diensten en houdende regeling van de toekenningsprocedure, *B.S.*, 28 juni 1997.

(65) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 41.

(66) Zie het KB van 15 juli 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisfunctie van palliatieve zorg moet voldoen om te worden erkend, *B.S.*, 31 juli 1997.

(67) Zie artikel 6, §1, VI, vijfde lid, 3°, BWFI, waarbij het prijs- en inkomensbeleid wordt voorbehouden voor de federale overheid “met uitzondering van de regeling van de prijzen in de aangelegenheden die tot de bevoegdheid van de gewesten en de gemeenschappen behoren”. Zie ook *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 4, 9 en 99.

(68) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 37.

genoemd), verslaafden, slechthorenden, gezichtsstoornissen, psychosociale revalidatie voor volwassenen, functionele revalidatie vroegtijdige stoornissen interactie ouders-kinderen, autisme, revalidatie-instellingen voor kinderen met een ernstige medisch-psychologische aandoening en instellingen voor motorische revalidatie.<sup>69</sup> Blijkbaar in een oprechte poging om het allemaal nog verder te verduidelijken, worden een aantal RIZIV-identificatienummers opgesomd die op die overeenkomsten met revalidatiecentra betrekking hebben.<sup>70</sup> Het gaat dus effectief om onderdelen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering die in weerwil van het federale bevoegdheidsvoorbehoud in artikel 5, §1, I, tweede lid, 1°, BWHI toch aan de gemeenschappen zullen toekomen, wat nogal verwarrend is. Men kan zich dan wel afvragen of het niet consequenter zou zijn geweest om deze punctuele bevoegdheidsoverdrachten te vermelden als uitzonderingen op dat bevoegdheidsvoorbehoud.

De Raad van State bekritiseerde de verwijzing naar RIZIV-identificatienummers met de overweging dat er beter een sluitende *inhoudelijke* omschrijving van het begrip *long term care* revalidatie zou worden gegeven, aangezien een verwijzing naar specifieke RIZIV-identificatienummers moeilijk te rijmen valt met de tekst waarin wordt gesteld dat het “beleid inzake *long term care* revalidatie” wordt overgedragen, hetgeen toch meer lijkt in te houden dan een aantal thans bestaande revalidatieovereenkomsten.<sup>71</sup> In het verslag van de Senaatscommissie repliceren de auteurs van het voorstel daarop door de zo-even weergegeven definitie van *long term care* revalidatie te hernemen, door te stellen dat de opgelijste revalidatieovereenkomsten daar toepassingsgevallen van zijn en dat de bestaande revalidatieovereenkomsten die niet zijn opgenomen, niet onder de bevoegdheidsoverdracht vallen.<sup>72</sup> Op die manier illustreren de auteurs zelf de kritiek van de Raad van State: wat is de zin van een algemene en vrij ruim geformuleerde definitie als men met een exhaustieve lijst werkt? En wie is dan bevoegd voor nieuwe soorten revalidatieovereenkomsten? In de Kamercommissie stelde de staatssecretaris dan weer dat “het ganse beleid inzake *long term care* revalidatie [...] wordt overgedragen en dus niet alleen de desbetreffende revalidatieovereenkomsten die worden opgelijst”.<sup>73</sup>

De conclusie lijkt dan ook te zijn dat uit de parlementaire voorbereiding argumenten kunnen worden geput om aan te nemen dat nieuwe revalidatieovereenkomsten niet langer in de bevoegdheid van de federale overheid kunnen worden ingepast, althans wanneer ze overeenstemmen met de zo-even weergegeven inhoudelijke omschrijving van de *long term care* revalidatie in de parlementaire voorbereiding.

(69) *Ibid.*, pp. 4-5.

(70) *Ibid.*, pp. 37-39.

(71) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, pp. 18-19.

(72) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/5, pp. 244-245.

(73) *Parl. St.*, Kamer, 2013-2014, nr. 53-3201/4, p. 60.

### 1.1.5. De organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg

Het is wat vreemd dat de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg als een nieuwe categorie in de nieuwe bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg wordt vermeld. De eerstelijnsgezondheidszorg is immers reeds volgens de vroegere bevoegdheidsverdeling een principiële gemeenschapsbevoegdheid, aangezien de eerstelijnsgezondheidszorg in beginsel valt onder het beleid betreffende de zorgverstrekking buiten de verplegingsinrichtingen en bovendien niet onder de uitzondering van de organieke wetgeving kan worden gerangschikt. Het Grondwettelijk Hof had weliswaar de residuaire bevoegdheid van de federale overheid voor de uitoefening van de geneeskunde erkend,<sup>74</sup> maar de afweging van die residuaire bevoegdheid tegenover de zo-even geschetste principieel toegewezen gemeenschapsbevoegdheid laat zeker ruimte voor een reëel beleid van de gemeenschappen inzake eerstelijnsgezondheidszorg.<sup>75</sup> Dat gemeenschapsbeleid kwam evenwel niet echt van de grond, onder meer omdat op het federale niveau allerlei initiatieven inzake eerstelijnsgezondheidszorg werden ontwikkeld, die vooral werden gesteund op de voorbehouden bevoegdheid inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering.<sup>76</sup> Of die federale beleidsvoering steeds in overeenstemming was met de bevoegdheidsverdeling, kan hier in het midden worden gelaten. De maatregelen inzake de echelonnering van de gezondheidszorg werden in belangrijke mate op federaal niveau uitgevaardigd omdat de federale overheid bereid bleek om financiële middelen vrij te maken voor dergelijke initiatieven en omdat de gemeenschappen in die omstandigheden niet zo snel geneigd waren om eigen initiatieven te ontwikkelen, ook al beschikten zij ter zake ook over reële bevoegdheden.

Blijkbaar wilden de auteurs van het voorstel van bijzondere wet de ontwikkeling van initiatieven inzake eerstelijnsgezondheidszorg door de gemeenschappen faciliteren door de gemeenschapsbevoegdheid inzake eerstelijnsgezondheidszorg meer nadrukkelijk te formuleren. Die bevoegdheid wordt in de toelichting bij het voorstel omschreven als “de infrastructurele en organisatorische omkadering van het gezondheidszorgniveau buiten acute ziekenhuizen waar professionele hulpverleners zich toeleggen op de eerste deskundige opvang en de begeleiding van gezondheidsproblemen die de patiënt ervaart zelf niet te kunnen oplossen”. Uit de toelichting blijkt voorts dat een aantal bestaande federale initiatieven aan de gemeenschappen wordt overgedragen, waaronder het impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde (Im-

(74) Grondwettelijk Hof, 13 juli 1989, nr. 20/89, B.1.

(75) Grondwettelijk Hof, 15 juli 1998, nr. 83/98, B.5.11; 28 september 2005, nr. 147/2005, B.4.2. Zie ook advies Raad van State 35.773/3 van 18 september 2003 over een voorontwerp dat heeft geleid tot het Vlaamse decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, *Parl. St.*, Vlaams Parlement, 2003-2004, nr. 1882/1, pp. 110-115.

(76) Er werden wel zekere beleidsafspraken gemaakt tussen de federale overheid en de gemeenschappen in het protocol van 25 juli 2001 gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet, met betrekking tot de eerstelijnsgezondheidszorg, *B.S.*, 25 september 2001, tweede uitgave.

pulseo I, II en III), de huisartsenkringen<sup>77</sup>, de lokale multidisciplinaire netwerken (LMN), de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT) en preventieacties door tandartsen.<sup>78</sup> Het gaat in alle gevallen over een financiering door het RIZIV van bepaalde activiteiten of van onderdelen van de werking van eerstelijnsgezondheidszorg door huisartsen, tandartsen of andere beroepsbeoefenaars. Ook de financiële middelen die overeenstemmen met deze bestaande financieringsmechanismen, werden mee overgedragen aan de gemeenschappen.<sup>79</sup>

In de praktijk blijkt het dus niet zozeer te gaan over de toekenning van een nieuwe materiële bevoegdheid aan de gemeenschappen, maar vooral over de overdracht van een bestaand aantal financieringsinstrumenten in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Allicht is die overdracht ingegeven door de bedenking dat die financieringsinstrumenten weinig te maken hadden met de essentie van een ziekte- en invaliditeitsverzekering en beter tot hun recht zouden komen in een inhoudelijk beter omschreven bevoegdheidscategorie. De vraag is dan wel of de ruim omschreven bevoegdheidscategorie “organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg” ook andere maatregelen kan omvatten, zoals bijvoorbeeld de beslissing welke diagnoses en behandelingen door eerstelijnsbeoefenaars kunnen of moeten worden verricht. Niet zelden zullen dergelijke beslissingen raken aan de organisatie van de gezondheidszorgberoepen, waarvoor de federale overheid residuair bevoegd is en de gemeenschappen slechts beperkte bevoegdheden verwerven. De toekomst zal moeten uitwijzen hoe de twee bevoegdheidsdomeinen zich tot elkaar verhouden.

#### 1.1.6. De voorbehouden bevoegdheid inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering

De ziekte- en invaliditeitsverzekering is gehandhaafd als een federaal bevoegdheidsvoorbehoud. Dat voorbehoud hangt overigens samen met het (ruimer geformuleerde) voorbehoud voor de federale bevoegdheid inzake sociale zekerheid, elders in de bijzondere wet.<sup>80</sup> De specifieke vermelding van de ziekte- en invaliditeitsverzekering bij de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg is te verklaren doordat een belangrijk deel van de financiering van de gezondheidszorg, ook specifiek in zorginstellingen, verloopt via de ziekte- en invaliditeitsverzekering.<sup>81</sup>

(77) P. Hannes, Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?, *op. cit.*, p. 385 betoogt terecht dat de huisartsenwachtposten niet worden overgedragen. De organisatie van de permanentie inzake de zorgenverstrekking door de gezondheidszorgbeoefenaars behoort immers tot de voorheen residuair en thans (grotendeels) voorbehouden federale bevoegdheid inzake de gezondheidszorgberoepen. (78) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 39-40.

(79) Dat is toch wat kan worden opgemaakt uit de toelichting bij het voorstel dat heeft geleid tot artikel 47/8 Bijz.Fin.W (zie *Parl. St.*, Kamer, 2012-2013, nr. 53-2974/1, pp. 55-56).

(80) Artikel 6, §1, VI, vijfde lid, 12°, BWHI.

(81) S. Vansteenkiste, Het gezondheidsbeleid, *op. cit.*, p. 86. Voor een aantal voorbeelden: P. Hannes, Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?, *op. cit.*, p. 390.

De gemeenschappen kunnen de financiering van hun beleidskeuzen overigens niet zomaar ten laste leggen van de federale overheid, bijvoorbeeld door erkenningsnormen in die mate te versoepelen dat bepaalde zorgverstrekkingen die geheel of gedeeltelijk gefinancierd worden door de ziekte- en invaliditeitsverzekering, veel vaker aangewend zullen worden.<sup>82</sup> Anderzijds mag de ziekte- en invaliditeitsverzekering door de federale overheid ook niet worden aangewend als een instrument van voorwaardelijke financiering waardoor feitelijk aangelegenheden worden geregeld die eigenlijk tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren. In elk geval moet het bevoegdheidsrechtelijke evenredigheidsbeginsel in acht worden genomen: de federale overheid mag bij het opzetten of aanpassen van financieringsmechanismen in de ziekte- en invaliditeitsverzekering de uitoefening van de bevoegdheden van de gemeenschappen inzake het gezondheidsbeleid niet verhinderen of overdreven bemoeilijken.<sup>83</sup>

#### 1.1.7. Conclusie

De bevoegdheden van de gemeenschappen inzake de gezondheidszorginstellingen zijn door deze hervorming beduidend verruimd. Daarbij werd de bestaande bevoegdheidsverdeling uiteengerafeld in verscheidene thema's, zoals het ouderenzorgbeleid en de eerstelijnsgezondheidszorg. Daardoor wordt voor sommige aangelegenheden een grotere duidelijkheid geboden omtrent de omvang van de ruimere gemeenschapsbevoegdheden. De opsomming, op enkele plaatsen in de parlementaire voorbereiding, van rechtsregels waarvoor de gemeenschappen voortaan bevoegd zijn, draagt daartoe bij. Voor andere aangelegenheden, zoals de *long term care* revalidatie, is die werkwijze niet echt geslaagd en is het onduidelijk of het gaat om een momentopname, dan wel om een evolutief concept.

Een echte algemene filosofie lijkt niet te zijn gehanteerd bij de aanpassing van de bevoegdheden inzake gezondheidszorginstellingen. Men kan zich niet van de indruk ontdoen dat er vooral werd uitgegaan van de overdracht van bevoegdheidspakketten waarmee ook een federale financiering samenhangt, veeleer dan dat de nieuwe bevoegdheidsverdeling zou zijn opgebouwd vanuit een logische visie op welke overheden het best welke taken inzake gezondheidszorg vervullen.

(82) Raad van State, advies 26.671/1 van 25 september 1997 over een ontwerp van koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden die moeten worden vervuld door de instellingen die, zonder als rustoord te zijn erkend, een gemeenschappelijke woonplaats of verblijfplaats van bejaarden uitmaken als bedoeld in artikel 34, 12 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (niet bekendgemaakt, weergegeven in S. Vansteenkiste, Het gezondheidsbeleid, *op. cit.*, p. 87).

(83) S. Vansteenkiste, Het gezondheidsbeleid, *op. cit.*, pp. 87-88, met verdere verwijzingen.

Voor de normering van de ziekenhuizen zijn de bevoegdheden van de gemeenschappen beduidend verruimd, maar tegelijkertijd is de draagwijdte van die verruimde bevoegdheden erg onzeker geworden, vooral door de nogal vage uitzondering van de “basiskanmerken” van de ziekenhuizen. Bovendien geldt een streng controlemechanisme voor elke wijziging van de ziekenhuisnormering die budgettaire gevolgen heeft voor de federale overheid. Veel zal dan ook afhangen van de *goodwill* van zowel de gemeenschappen als van de federale overheid voor nieuwe beleidsinitiatieven inzake ziekenhuizen.

## 1.2. GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN

Naar aanleiding van de nieuwe bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg debuteert de bevoegdheidscategorie van de gezondheidszorgberoepen in de bijzondere wet. Zowel in de parlementaire voorbereiding van de bijzondere wet van 8 augustus 1980<sup>84</sup> als in de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof<sup>85</sup> werd gesteld dat de uitoefening van de geneeskunde een federale residuaire bevoegdheid was. Tot die bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde hoort ook de regeling van de gezondheidszorgberoepen, met andere woorden van de activiteiten van de gezondheidszorgbeoefenaars. De uitoefening van de geneeskunde is overigens een bevoegdheidscategorie die meer omvat dan enkel de gezondheidszorgberoepen: zo valt bijvoorbeeld ook de regeling inzake orgaantransplantatie en bloeddonatie onder deze residuaire bevoegdheid. De introductie van de notie “gezondheidszorgberoepen” in de bijzondere wet houdt dus slechts een gedeeltelijke explicitering in van de bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde, waarbij nog steeds bepaalde aspecten van deze bevoegdheid ook in de nieuwe regeling onbenoemd en dus residuair blijven (1.2.2.).

Daar komt nog bij dat ook de introductie van de nieuwe bevoegdheidscategorie van de gezondheidszorgberoepen enkel gepaard gaat met de overdracht van twee beperkte aspecten van deze bevoegdheidscategorie aan de gemeenschappen, namelijk de erkenning van gezondheidszorgbeoefenaars – met naleving van de federale erkenningsvoorwaarden inzake de gezondheidszorgberoepen – en de contingentering van de gezondheidszorgbeoefenaars, rekening houdende met de jaarlijkse contingentering die de federale overheid voor elke gemeenschap kan vastleggen (1.2.1.).

### 1.2.1. De erkenning en de contingentering per gemeenschap

Het eerste onderdeel van de nieuwe bevoegdheden van de gemeenschappen inzake gezondheidszorgberoepen, namelijk de erkenning van gezondheidszorgbeoefenaars,

(84) *Parl. St.*, Senaat, 1979-1980, nr. 434-1, p. 7.

(85) Arbitragehof, 18 december 1996, nr. 81/96, B.4.1-B.4.2.

omvat blijkbaar niet alleen het louter toepassen van de federale erkenningsvoorwaarden<sup>86</sup>, maar ook de mogelijkheid om te kiezen voor een systeem van erkenning rechtswege, dan wel voor een systeem met uitdrukkelijke toekenning van de erkenning.<sup>87</sup> Hieruit lijkt te moeten worden afgeleid dat de gemeenschappen ook bevoegd zijn om de erkenningsprocedure te bepalen voor de gezondheidszorgbeoefenaars, naar analogie van hun bevoegdheid om de erkenningsprocedure te bepalen voor de gezondheidszorginrichtingen (waarvoor zij immers ook de bevoegdheid voor het verlenen van de individuele erkenningen hebben). Zij zijn evenwel niet bevoegd om eigen erkenningsvoorwaarden vast te stellen, zelfs niet op aanvullende wijze.

De draagwijdte van het tweede onderdeel van de bevoegdheidsoverdracht – de contingentering van de gezondheidszorgbeoefenaars – is ook niet zo duidelijk, maar uit de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet kan worden begrepen dat de federale overheid nog steeds het aantal gezondheidszorgbeoefenaars kan bepalen, opgesplitst per gemeenschap, dat erkend kan worden, maar dat de gemeenschappen per specialiteit zogenaamde *subquota* kunnen vaststellen.<sup>88</sup> In die toelichting wordt ook gealludeerd op de mogelijkheid van de oprichting van een interfederaal orgaan dat de taken van de huidige planningscommissie<sup>89</sup> zou uitoefenen. Bovendien moet een samenwerkingsakkoord worden gesloten tussen de federale overheid en de gemeenschappen over de uitwisseling van informatie met betrekking tot de contingentering van de gezondheidszorgberoepen.<sup>90</sup>

Uit het voorgaande blijkt dat er inzake gezondheidszorgberoepen eigenlijk slechts in zeer beperkte mate materiële regelgevende bevoegdheid is overgedragen aan de gemeenschappen. Het gaat veeleer over een individuele uitvoeringsbevoegdheid en een bevoegdheid om procedurebepalingen en *subquota* vast te stellen.

De erkenning als gezondheidszorgbeoefenaar moet los worden gezien van de erkenning voor terugbetaalbare verstrekkingen in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.<sup>91</sup> Daarvoor blijft de federale overheid bevoegd overeenkomstig artikel 5, §1, I, tweede lid, 1°, BWHI, zowel voor de materiële en procedureregels als voor individuele erkenningen.<sup>92</sup> Het gevolg hiervan is dat gezondheidszorgbeoefenaars voortaan in voorkomend geval een erkenning op gemeenschapsniveau (voor de uit-

(86) Die erkenningsvoorwaarden komen thans voor in de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *B.S.*, 18 juni 2015, en in de uitvoeringsbesluiten ervan.

(87) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 47. Zie ook *Parl. St.*, Kamer, 2013-2014, nr. 53-3201/4, p. 42.

(88) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 48.

(89) Zie de artikelen 91 en 92 van de voormelde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

(90) Artikel 92*bis*, §4*septies*, b), BWHI.

(91) Zie onder meer de artikelen 3*bis*, artikel 21*bis*, §1 en 2, en 35*novies*, §1, van het KB nr. 78 van 10 november 1967.

(92) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 48.



oefening van het beroep) en een erkenning op federaal niveau (voor de terugbetaling door de ziekte- en invaliditeitsverzekering) nodig hebben.

### 1.2.2. De resterende federale bevoegdheden inzake gezondheidszorgberoepen

De overige aspecten van de bevoegdheid inzake gezondheidszorgberoepen blijven federaal, aangezien ze niet aan de gemeenschappen zijn toegewezen. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de regeling van de beroepsorganisaties van gezondheidszorgberoepen, met inbegrip van de tuchtrechtelijke regeling, voor de verplichtingen die samenhangen met de uitoefening van het beroep zoals de organisatie van wachtdiensten, de regeling inzake de vestiging van apotheken, enzovoort. De conclusie is dan ook dat het gros van de beleidsvorming inzake gezondheidsberoepen nog steeds bij de federale overheid berust.

Dit neemt niet weg dat de afgrenzing van deze residuaire bevoegdheid met de principiële gemeenschapsbevoegdheid inzake de zorgverstrekkingen in en buiten de verplegingsinrichtingen een knelpunt zal blijven en in wezen zal afhangen van de vraag of men de kwestie benadert vanuit de invalshoek “individuele gezondheidszorgbeoefenaars” of vanuit de invalshoek “zorgverstrekking door instellingen of voorzieningen”. De twee aangelegenheden lenen zich immers bij uitstek tot toepassingen van de dubbelaspectleer.<sup>93</sup>

De vestigingsvoorwaarden vormden onder de vroegere bevoegdheidsverdeling een voorbehouden federale aangelegenheid. Die bevoegdheid wordt thans overgedragen aan de gewesten, maar de voorwaarden voor de toegang tot (onder meer) gezondheidszorgberoepen worden van deze bevoegdheidsverdracht uitgezonderd.<sup>94</sup> Dit betekent dat zowel de federale overheid als de gemeenschappen hun bevoegdheid inzake de gezondheidszorgberoepen kunnen uitoefenen zonder dat de nieuwe gewestelijke bevoegdheid inzake vestigingsvoorwaarden daarmee kan interfereren.

### 1.3. PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG

Met de preventieve gezondheidszorg wordt, zoals de naam het uitdrukt, beoogd om door preventieve maatregelen de gezondheid van de bevolking (of van specifieke categorieën van de bevolking) te vrijwaren. De uitoefening van de geneeskunde vertoont ook preventieve aspecten, maar preventieve gezondheidszorg is een veel ruimere notie die niet enkel betrekking heeft op het optreden van gezondheidszorgbeoefenaars zelf. Ook voor dit onderdeel van het gezondheidszorgbeleid heeft de zesde staatshervorming wijzigingen met zich mee gebracht.

(93) J. Vanpraet, *De latente staatshervorming*, Brugge, Die Keure, reeks “Bibliotheek grondwettelijk recht”, pp. 137-138, 2011 (met drie concrete voorbeelden).

(94) Artikel 6, §1, VI, eerste lid, 6°, BWHI.

### 1.3.1. Activiteiten, diensten en initiatieven inzake preventieve gezondheidszorg

De gemeenschappen waren onder de vroegere bevoegdheidsverdeling bevoegd voor de gezondheidsopvoeding en de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg. Bovendien verwerven zij nu ook de bevoegdheid voor “alle initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg” (nieuw artikel 5, §1, I, eerste lid, 8°, BWHI). De vraag rijst evenwel wat door de term “initiatieven” wordt toegevoegd aan de bestaande termen “activiteiten” en “diensten”.<sup>95</sup> Uit de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet kan worden opgemaakt dat het de bedoeling was om, zoals ook het geval was voor de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, een aantal federale financieringsinstrumenten inzake preventie, die waren ingesteld bij het RIZIV, over te dragen aan de gemeenschappen<sup>96</sup>, zoals het Fonds ter bestrijding van verslavingen.<sup>97</sup> Er wordt in die toelichting weliswaar betoogd dat de overheid deze initiatieven had genomen “op basis van haar residuaire bevoegdheid inzake volksgezondheid”, maar voor bepaalde van die initiatieven kan men zich toch afvragen of ze niet reeds van in het begin tot de gemeenschapsbevoegdheid moesten worden gerekend en of het hier niet ging om wat in politieke middens wordt aangeduid als “geüsurpeerde bevoegdheden”, maar wat juridisch beter kan worden gekarakteriseerd als door de federale overheid wederrechtelijk uitgeoefende gemeenschapsbevoegdheden.

Behalve het Fonds ter bestrijding van verslavingen wordt in dat verband ook gewag gemaakt van vaccinatie- en screeningscampagnes, van het nationale voedings- en gezondheidsplan, alsook van initiatieven inzake mondhygiëne in scholen en inzake tabaksontwenning.<sup>98</sup> Er wordt niet verduidelijkt of het de bedoeling is dat de gemeenschappen al deze initiatieven voortzetten, dan wel of sommige worden stopgezet.<sup>99</sup> In elk geval wordt verduidelijkt dat de federale overheid voortaan geen dergelijke initiatieven meer zal nemen.<sup>100</sup> Eigenlijk wordt wellicht vooral bedoeld dat de federale overheid in de toekomst de reeds bestaande bevoegdheidsverdeling inzake

(95) De termen “activiteiten” en “diensten” zijn weliswaar niet zo ruim dat ze het hele preventieve gezondheidsbeleid omvatten (advies Raad van State 34.339/AV van 29 april 2003, *Parl. St.*, Vlaams Parlement, 2002-2003, nr. 1709/1, pp. 149-150), maar anderzijds valt ook niet goed in te zien hoe met de term “initiatieven” nog iets anders kan worden bedoeld dan hetgeen reeds valt onder “activiteiten” en “diensten”.

(96) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 5 en 42-44.

(97) Zie artikel 116, §2 van de programmawet van 22 december 2003, *B.S.*, 31 december 2003.

(98) Zie voor een vergelijkbare poging voor de oprichting door de federale overheid van een tabakspreventiefonds het wetsvoorstel van mevrouw Van der Wildt houdende de oprichting van een tabakspreventiefonds, alsook het ongunstige advies van de Raad van State van 17 februari 1998, *Parl. St.*, Senaat, 1997-1998, nr. 1-821/1 en 1-821/3.

(99) Over de onduidelijkheid ter zake, zie ook het Groenboek zesde staats hervorming, *Parl. St.*, Vlaams Parlement, 2013-14, nr. 2185/1, pp. 224-225.

(100) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 43-44. Er wordt wel aan toegevoegd dat de gemeenschappen eventueel (al dan niet asymmetrische) samenwerkingsakkoorden kunnen sluiten met de federale overheid over de terugbetaling door de ziekte- en invaliditeitsverzekering van de prestaties van zorgverstrekkers in het kader van preventie-initiatieven die de gemeenschappen uitwerken.

preventieve gezondheidszorg zal naleven en geen nieuwe financieringsinstrumenten meer zal uitwerken om deze bevoegdheid onrechtstreeks te betreden. De Raad van State adviseerde dan ook om zonder meer af te zien van de invoeging van de notie “initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg” en om enkel in de parlementaire voorbereiding te vermelden dat de bestaande bevoegdheidsverdeling zal worden nageleefd,<sup>101</sup> maar die suggestie werd niet gevolgd, zonder dat eigenlijk wordt uitgelegd waarom.<sup>102</sup> Indien het niet de bedoeling is om de gemeenschapsbevoegdheden inzake preventieve gezondheidszorg uit te breiden, kan de toevoeging van een nieuwe notie bij die gemeenschapsbevoegdheden alleen voor nodeloze verwarring zorgen. Een gepaste schuldbekentenis en de formulering van goede voornemens in hoofde van de federale overheid zou duidelijker zijn geweest.

### 1.3.2. De (voorbehouden) nationale maatregelen inzake profylaxis

De bestaande voorbehouden federale bevoegdheid inzake de nationale maatregelen inzake profylaxis (lees: de verplichte inenting)<sup>103</sup> ondergaat geen wijzigingen en is voortaan opgenomen in het nieuwe artikel 5, §1, I, tweede lid, 2°, BWHI.<sup>104</sup>

## 1.4. ANDERE BEVOEGDHEDEN?

Behalve de hiervoor besproken bevoegdheden inzake het gezondheidsbeleid zijn er nog een aantal federale residuaire of zelfs voorbehouden bevoegdheden die betrekking hebben op het gezondheidsbeleid. Zo denke men aan de bevoegdheid inzake levensmiddelen en geneesmiddelen, menselijk lichaamsmateriaal en bloed, dringende geneeskundige hulpverlening, arbeidspreventie, bepaalde productnormen, enzovoort.<sup>105</sup> Omdat die aangelegenheden door de nieuwe bevoegdheidsoverdracht niet worden beroerd, komen ze hier ook niet ter sprake.

(101) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, pp. 19-20.

(102) *Parl. St.*, Senaat, 2013-2014, nr. 5-2232/5, pp. 238-239.

(103) Zie *Parl. St.*, Senaat, 1979-1980, nr. 434/2, p. 124.

(104) P. Hannes, Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?, *op. cit.*, p. 384 verwijst in dat opzicht terecht naar een passage in de parlementaire voorbereiding waarin wordt gesteld dat de verkoop van individuele vaccins via de apotheek ook tot de federale bevoegdheid behoort. Hiervoor kan effectief worden gesteund op de federale residuaire bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde, waaronder de voorwaarden behoren voor de terhandstelling aan het publiek van geneesmiddelen in apotheken, alsook op de federale voorbehouden bevoegdheid inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering, wat betreft de eventuele gedeeltelijke terugbetaling van een vaccin. De voorwaarden waaronder en de wijze waarop gezondheidszorgbeoefenaars vaccins toedienen, behoort eveneens tot de bevoegdheid van de federale overheid. Het is wel belangrijk te onderstrepen dat de gemeenschappen bevoegd zijn voor de promotie van niet-verplichte vaccinaties, alsook voor de organisatie van de toediening ervan in instellingen en voorzieningen die tot hun bevoegdheid behoren. Op één na (de verplichte inenting tegen poliomyelitis) vallen alle thans aan kinderen toegediende vaccins hieronder.

(105) Zie ook *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 49.

In de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet wordt wel nog gealludeerd op de bevoegdheid van de federale overheid “voor het crisisbeleid wanneer een pandemie dringende maatregelen vereist”.<sup>106</sup> De Raad van State plaatste vraagtekens bij die bevoegdheid, met verwijzing naar een recent advies waarin precies een algemene federale (residuaire) bevoegdheid inzake volksgezondheids crises werd uitgesloten.<sup>107</sup> Uiteraard kon de bijzondere wetgever daar wel verandering in brengen, maar dan zou dit uitdrukkelijk uit de tekst moeten blijken.<sup>108</sup> Dat is echter niet gebeurd; de vertegenwoordigers van de institutionele meerderheidspartijen bevestigden dat de federale overheid ter zake niet exclusief bevoegd is en namen geen initiatief om deze bevoegdheid te verruimen door een wijziging van de tekst.<sup>109</sup>

## 2. BEVOEGDHEIDSWIJZIGINGEN INZAKE HULP AAN PERSONEN

### 2.1. ALGEMEEN

De gemeenschappen zijn in het kader van hun bevoegdheden inzake bijstand aan personen ten dele bevoegd voor het beleid inzake personen met een handicap, waaronder de beroepsopleiding, de omscholing en de herscholing van deze personen, op grond van artikel 5, §1, II, 4°, BWHI. Verscheidene maatregelen, vooral dan van financiële aard, behoren echter nog steeds tot de bevoegdheid van de federale overheid. De toelagen voor personen met een handicap, alsook de financiële tegemoetkoming aan werknemers voor de tewerkstelling van personen met een handicap zijn een federale bevoegdheid gebleven.<sup>110</sup> Onder die toelagen vallen de inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT), de integratietegemoetkoming (IT) en de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB).

Met de IVT wordt beoogd aan personen met een handicap tussen 21 en 65 jaar die een lager “verdienvermogen” hebben op de arbeidsmarkt, een vervangend inkomen toe te kennen. De IT heeft tot doel om voor personen tussen 21 en 65 jaar<sup>111</sup> de invloed van een handicap op hun zelfredzaamheid voor dagelijkse activiteiten te compenseren. De THAB heeft dezelfde bedoeling als de IT, maar is gericht tot

(106) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 6, 43 en 49.

(107) Het gaat om advies 53.018/VR van 13 mei 2013 over een ontwerp van koninklijk besluit houdende de gezondheidscontrole van het internationale verkeer. Dit ontwerp heeft uiteindelijk geen doorgang gevonden, wellicht wegens de in het advies vermelde bevoegdheidsbezwaren. Het advies is mede om die reden ook niet bekendgemaakt, maar een uittreksel ervan komt voor in *Parl. St.*, Kamer, 2013-2014, nr. 53-3349/1, pp. 224-229.

(108) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, p. 20.

(109) *Parl. St.*, Senaat, 2013-2014, nr. 5-2232/5, pp. 248-249.

(110) Vroeger artikel 5, §1, II, 4°, a) en b), BWHI. Zie, wat de eerste *littera* betreft: advies Raad van State 25.298/8 van 8 juli 1996 over amendementen op een ontwerp van wet tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, *Parl. St.*, 1995-1996, nr. 607/14, pp. 8-9.

(111) Wie gerechtigd is op de IT, kan deze uitkering ook blijven ontvangen na de leeftijd van 65 jaar.

personen van 65 jaar en kan gecombineerd worden met een rustpensioen, een overlevingspensioen of de inkomensgarantie voor ouderen.

Binnen het kader van haar voorbehouden bevoegdheid inzake de sociale zekerheid<sup>112</sup> is de federale overheid ook bevoegd voor uitkeringen inzake arbeidsongeschiktheid in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, maar ook voor de terugbetaling van mobiliteitshulpmiddelen.

Twee van de voormelde federale maatregelen worden aan de gemeenschappen overgedragen, namelijk de THAB (2.2.) en de mobiliteitshulpmiddelen (2.3.). Volgens de memorie van toelichting wordt het beleid inzake personen met een handicap daardoor “gehomogeniseerd”,<sup>113</sup> al is het wel de vraag of dit daadwerkelijk het geval is, nu belangrijke onderdelen van dat beleid en met name van de tegemoetkomingen nog steeds federaal zijn. Zo valt niet goed in te zien waarom de IT federaal is gebleven terwijl de THAB is overgedragen aan de gemeenschappen, ook al hebben beide uitkeringen dezelfde doelstelling en zijn ze enkel van elkaar onderscheiden door de leeftijd van de begunstigde.

## 2.2. TEGEMOETKOMINGEN VOOR HULP AAN BEJAARDEN

In de memorie van toelichting wordt uiteengezet dat de gemeenschappen bevoegd worden voor de toekenningsvoorwaarden en het bedrag van de THAB, alsook voor de volledige organisatie ervan, met inbegrip van de uitbetaling. In elk geval gaat het om de bepalingen van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap die betrekking hebben op deze tegemoetkoming, alsook de relevante (bepalingen van) uitvoeringsbesluiten van die wet.<sup>114</sup> Vanuit wetgevingstechnisch oogpunt is het wel problematisch dat in die wet en in verscheidene uitvoeringsbesluiten bepalingen voorkomen die gemeenschappelijk zijn voor de THAB, de IVT en de IT. Die gemeenschappelijke bepalingen kunnen voortaan door de gemeenschappen gewijzigd (of zelfs opgeheven) worden, maar dan uiteraard enkel in zoverre ze betrekking hebben op de THAB.

Een bijkomende complicatie vloeit voort uit een bevoegdheidsvoorbehoud dat in de memorie van toelichting wordt geformuleerd: de THAB blijft nog tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren in zoverre ze betrekking heeft op personen die reeds voor hun vijftenzestigste verjaardag een IVT of een IT ontvingen. De gemeenschappen worden dus enkel bevoegd voor de THAB wat betreft personen van wie de handicap erkend wordt vanaf hun vijftenzestigste verjaardag. Ze kunnen echter ook een toeslag verlenen op de federale THAB aan personen van wie de handicap

(112) Vroeger artikel 6, §1, VI, vijfde lid, 12°, BWHI. Zie ook vroeger artikel 5, §1, I, 1°, c), BWHI (ziekte- en invaliditeitsverzekering).

(113) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 50.

(114) *Ibid.*, p. 52.

eerder werd erkend<sup>115</sup> Er wordt niet nader toegelicht waarom de bevoegdheid inzake de THAB zo wordt opgedeeld en hoe die opdeling de zo-even aangehaalde “homogenisering” van de gemeenschapsbevoegdheden ten goede komt.

Bovendien rijst de vraag of de gemeenschappen de toeslag aan personen waarvan de handicap voor hun vijftenzestigste verjaardag werd erkend, enkel kunnen toekennen onder dezelfde voorwaarden als diegene die de federale overheid heeft vastgesteld, dan wel of zij andere voorwaarden voor die toeslag mogen bepalen en dus op een selectieve wijze die toeslag kunnen toekennen.

De nieuwe gedeeltelijke bevoegdheid van de gemeenschappen inzake de THAB omvat ook de toekenningsvoorwaarden. Dit betekent dat de gemeenschappen kunnen afstappen van de huidige criteria inzake zelfredzaamheid en die criteria bijvoorbeeld kunnen afstemmen op de criteria die gehanteerd worden voor de zorgverzekering en voor andere Vlaamse zorgregelingen (de zogenaamde BEL-profielschaal) of op de zogenaamde Katz-schaal die in het kader van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt gehanteerd. Het valt alleszins te hopen dat dit niet leidt tot een verdere versnippering van de zelfredzaamheidscriteria voor zorgbehoevende personen.

Een andere vraag is of de gemeenschappen deze uitkering moeten handhaven als een inkomensgerelateerde uitkering, dan wel of zij de uitkering volledig kunnen loskoppelen van de inkomenssituatie. Aangezien in de parlementaire voorbereiding uitdrukkelijk wordt vermeld dat de “toekenningsvoorwaarden” tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoren en er niet wordt verwezen naar het inkomensonderzoek als een wezenlijk element van deze uitkering, kan worden aangenomen dat de gemeenschappen de THAB volledig kunnen loskoppelen van een inkomensonderzoek. In het Vlaamse Groenboek werden overigens reeds enkele alternatieven onderzocht: handhaving van de THAB in een gewijzigde vorm, integratie in de Vlaamse zorgverzekering of differentiatie naargelang van verblijf thuis of in een voorziening.<sup>116</sup>

### 2.3. MOBILITEITSHULPMIDDELEN

De federale overheid financierde een aantal mobiliteitshulpmiddelen voor personen met een handicap via de ziekte- en invaliditeitsverzekering,<sup>117</sup> boven op de financiering van mobiliteitshulpmiddelen door de gemeenschappen in het kader van hun

(115) *Ibid.*, p. 52.

(116) Groenboek zesde staats hervorming, *Parl. St.*, Vlaams Parlement, 2013-14, nr. 2185/1, pp. 205-212.

(117) Zie artikel 28, §8 van de bijlage bij het KB van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *B.S.*, 19 september 1984.

bevoegdheid op het vlak van het beleid inzake personen met een handicap.<sup>118</sup> Voor mobiliteitshulpmiddelen waren dus twee overheden bevoegd, elk op basis van hun respectieve bevoegdheden. Daar wordt nu verandering in gebracht doordat alle initiatieven inzake mobiliteitshulpmiddelen voortaan zullen uitgaan van de gemeenschappen.

In de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet wordt uiteengezet dat het de bedoeling is om te voorzien in een enkel loket voor het geheel van mobiliteitshulpmiddelen die beschikbaar zijn voor een persoon met een handicap.<sup>119</sup> Eigenlijk gaat het ook hier, net als bij de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg, om de overdracht van een aantal financieringsinstrumenten in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, uitgaande van de overweging dat die financieringsinstrumenten weinig te maken hadden met de essentie van een ziekte- en invaliditeitsverzekering en dat ze beter worden uitgewerkt in het kader van de bestaande gemeenschapsbevoegdheden, in dit geval dan wat betreft het beleid inzake personen met een handicap.

Net zoals voor de hiervóór besproken bevoegdheidsoverdracht inzake de *long term care* revalidatie lijkt het de bedoeling te zijn van de bijzondere wetgever om het geheel van de bevoegdheid inzake mobiliteitshulpmiddelen over te dragen, zodat moet worden aangenomen dat de federale overheid niet langer bevoegd is om te voorzien in de financiering van mobiliteitshulpmiddelen voor personen met een handicap.<sup>120</sup>

### 3. FINANCIERING VAN DE NIEUWE BEVOEGDHEDEN

De nieuw aan de gemeenschappen overgedragen bevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap worden zoals gebruikelijk gefinancierd door dotaties in de bijzondere financieringswet, die gebaseerd zijn op een basisbedrag dat in beginsel overeenstemt met de overeenstemmende begrotingsuitgaven van de federale overheid.<sup>121</sup>

Voor de bevoegdheidsoverdrachten inzake het gezondheidsbeleid die verband houden met ouderenzorg, alsook voor de overdracht van de THAB wordt voorzien in

(118) Zie, wat betreft de Vlaamse Gemeenschap, het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2001 tot vaststelling van de criteria, voorwaarden en refertebedragen van de tussenkomsten in de individuele materiële bijstand voor de sociale integratie van personen met een handicap, *B.S.*, 20 november 2001. In de memorie van toelichting wordt als voorbeeld verwezen naar een tweede rolwagen, omgevingsbediening en onderhouds- en herstelkosten (*Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 51).

(119) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 7.

(120) P. Hannes, Wat betekent de zesde staatsherforming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?, *op. cit.*, pp. 370-371 lijkt van hetzelfde standpunt uit te gaan.

(121) Zie hierover uitgebreider *ibid.*, pp. 393-398.

een basisbedrag van 3.339.352.178 EUR (begrotingsjaar 2013), dat na afloop van een korte overgangperiode vanaf het begrotingsjaar 2016 wordt geïndexeerd, gerelateerd aan de evolutie van het aantal inwoners ouder dan 80 jaar en gedeeltelijk wordt aangepast aan de reële groei van het bruto nationaal product (bnp). Dit basisbedrag wordt verdeeld onder de Vlaamse, de Franse, de Duitstalige Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie volgens het aantal inwoners ouder dan 80 jaar van respectievelijk het Nederlandse, Franse en Duitstalige taalgebied en het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.<sup>122</sup> De vraag rijst daarbij of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie daardoor niet meer middelen ontvangt dan de uitgaven die zij doet, aangezien de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap(scommissie) ook zorgvoorzieningen hebben in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De nieuwe bevoegdheden van de gemeenschappen inzake de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten (de onderdelen A1 en A3 van het budget van financiële middelen) worden gefinancierd door middel van een basisbedrag van 566.185.617 EUR, dat na afloop van een korte overgangperiode vanaf het begrotingsjaar 2017 wordt geïndexeerd en gedeeltelijk wordt aangepast aan de reële groei van het bnp.<sup>123</sup> Het basisverdrag wordt voor 84,40 pct. (het zogenaamde niet-academische deel) verdeeld onder de Vlaamse, de Franse, de Duitstalige Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie op basis van bevolkingscijfers<sup>124</sup> en voor 15,60 pct. (het zogenaamde academische deel) over de Vlaamse en de Franse Gemeenschap, eveneens op basis van hun bevolkingscijfers met een forfaitaire verdeling 20/80 pct. in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Ook hier rijst de vraag of de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie niet meer middelen ontvangt dan de uitgaven die zij doet.

De financiering van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten gaat pas in vanaf 1 januari 2016, omdat de huidige "bouwkalender" nog tot einde 2015 loopt. Er is voorzien in een overgangsregeling voor de financiering die nog op de huidige bouwkalender geïmputeerd kan worden.<sup>125</sup> Zoals al werd opgemerkt bij de bespreking van de betrokken bevoegdheidsoverdracht, wordt

(122) Artikel 47/7 Bijz.Fin.W en artikel 58*quindécies* van de wet van 31 december 1983 tot hervorming der instellingen voor de Duitstalige Gemeenschap, *B.S.*, 18 januari 1984 (hierna: "W.Duitst.Gem."). Zie ook de toelichting bij het voorstel dat tot die bepalingen heeft geleid, *Parl. St.*, Kamer, 2012-2013, nr. 53-2974/1, pp. 53-55 en *Parl. St.*, Kamer, 2013-2014, nr. 53-3273/1, pp. 19-21.

(123) Artikel 47/9, §1 tot 3, Bijz.Fin.W en artikel 58*septdecies* W.Duitst.Gem. Zie ook *Parl. St.*, Kamer, 2012-2013, nr. 53-2974/1, pp. 57-59 en *Parl. St.*, Kamer, 2013-2014, nr. 53-3273/1, pp. 23-25.

(124) Met dien verstande dat, net als zo-even werd geschetst voor de financiering van de nieuwe bevoegdheden inzake ouderenzorgbeleid, voor de Vlaamse en de Franse Gemeenschap enkel het Nederlandse en het Franse taalgebied in aanmerking worden genomen en voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad in aanmerking wordt genomen.

(125) Artikel 47/9, §4, Bijz.Fin.W.



uitdrukkelijk voorzien in de mogelijkheid van het sluiten van asymmetrische samenwerkingsakkoorden voor de reconversie van ziekenhuisbedden die wordt ondervangen door een opvang in zorgvoorzieningen die tot de bevoegdheid van de betrokken gemeenschap(pen) kunnen worden gerekend.<sup>126</sup>

De overige bevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap worden gefinancierd door afzonderlijke basisbedragen voor de Vlaamse, de Franse en de Duitstalige Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, die na afloop van een korte overgangperiode vanaf het begrotingsjaar 2016 worden geïndexeerd en gedeeltelijk worden aangepast aan de reële groei van het bnp.<sup>127</sup> De basisbedragen worden aangepast aan de onderlinge verhouding van de bevolkingscijfers<sup>128</sup>.

Er geldt een overgangsregeling voor de uitgaven in de nieuw overgedragen aangelegenheden voor de periode van 1 juli 2014 tot 1 januari 2015.<sup>129</sup>

#### **4. UITOEFENING VAN DE NIEUWE BEVOEGDHEDEN DOOR DE GEMEENSCHAPPEN**

De uitoefening door de gemeenschappen van de hiervoor beschreven nieuwe bevoegdheden zorgt voor juridische complicaties op een aantal vlakken. In de eerste plaats is niet zo duidelijk hoe de bevoegdheidsafbakening in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad tussen de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschaps(-commissie) en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie verloopt. De parlementaire voorbereiding brengt op dat punt jammer genoeg weinig duidelijkheid, wel integendeel (4.1.). In de tweede plaats zal vaak overleg en samenwerking tussen de bevoegde overheden vereist zijn, zelfs in de gevallen waarin dat niet juridisch is verplicht (4.2.). In de derde plaats rijzen ook wetgevingstechnische complicaties, onder meer doordat bestaande federale rechtsregels slechts gedeeltelijk aan de gemeenschappen zijn overgedragen (4.3.).

(126) Artikel 47/9, §5, Bijz.Fin.W.

(127) Artikel 47/8 Bijz.Fin.W en artikel 58*sexdecies* W.Duitst.Gem. Zie ook *Parl. St.*, Kamer, 2012-2013, nr. 53-2974/1, pp. 55-57 en *Parl. St.*, Kamer, 2013-2014, nr. 53-3273/1, pp. 21-23.

(128) Met dien verstande dat, net als zo-even werd geschetst voor de financiering van de nieuwe bevoegdheden inzake ouderenzorgbeleid en van het niet-academische deel van de investeringskost van de infrastructuur en de medisch-technische diensten, voor de Vlaamse en de Franse Gemeenschap enkel het Nederlandse en het Franse taalgebied in aanmerking worden genomen en voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad in aanmerking wordt genomen.

(129) Artikel 77, §3, Bijz.Fin.W.

#### 4.1. TOEPASSING IN HET TWEETALIGE GEBIED BRUSSEL-HOOFDSTAD

##### 4.1.1. Exclusieve bevoegdheid voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie?

In zijn advies over het voorstel van bijzondere wet wees de Raad van State op de complicaties die de uitoefening van de gemeenschapsbevoegdheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad met zich meebrengt. Er wordt uiteengezet dat de Vlaamse en de Franse Gemeenschap overeenkomstig artikel 128, §2, van de Grondwet enkel bevoegd zijn ten aanzien van de instellingen die wegens hun organisatie moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap. De andere (zogenaamde bicommunautaire) instellingen vallen onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. De gemeenschappen kunnen geen rechten toekennen of verplichtingen opleggen aan personen, tenzij wanneer deze personen onder bepaalde omstandigheden als (unicommunautaire) instellingen kunnen worden beschouwd.<sup>130</sup>

Vreemd genoeg wordt er in de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet voor verscheidene aspecten van de bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg en bijstand aan personen met een handicap uitgegaan van een bepaalde opdeling van de bevoegdheden tussen de Vlaamse en de Franse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, alsof bij voorbaat vaststaat dat die bevoegdheden enkel kunnen worden uitgeoefend op een wijze die in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie veronderstelt.<sup>131</sup>

Dat is onder meer het geval voor de financiering van de huisartsenkringen via het Impulseo-fonds<sup>132</sup>, terwijl men zich kan voorstellen dat de Vlaamse Gemeenschap en/of de Franse Gemeenschapscommissie die financiering uitwerken als een financiering ten gunste van een huisartsenpraktijk die beschouwd kan worden als een unicommunautaire instelling. Bovendien worden juist die huisartsenkringen verderop in die toelichting opgesomd als dergelijke instellingen.

Ook voor een van de overgedragen initiatieven inzake preventieve gezondheidszorg, namelijk de consultaties voor tabaksontwenning, wordt in de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet gesteld dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bevoegd zou zijn.<sup>133</sup> Ook hiervoor valt niet goed in te zien waarom dergelijke

(130) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, pp. 10-15. Zie hierover ook J. Lievens, "Brussel volgens de zesde staatshervorming: formidable of fort minable?", in A. Alen et al. (eds.), *Het federale België na de Zesde Staatshervorming*, op. cit., pp. 277-304 en J. Velaers, "Brussel in de zesde staatshervorming", in J. Velaers, J. Vanpraet, Y. Peeters en W. Vandenbruwaene (eds.), *De zesde staatshervorming*, op. cit., pp. 1003-1008.

(131) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, pp. 6-8.

(132) *Ibid.*, pp. 6-7.

(133) *Ibid.*, pp. 6-7.

consultaties per definitie enkel zouden worden georganiseerd door natuurlijke personen en door bicommunautaire instellingen.

Voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) wordt eveneens gesteld dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad exclusief bevoegd zou zijn,<sup>134</sup> terwijl ook voor deze bevoegdheid niet valt in te zien waarom de Franse Gemeenschapscommissie en de Vlaamse Gemeenschap in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad geen bevoegdheden zouden kunnen uitoefenen. Zo werd aan Vlaamse kant rekening gehouden met de mogelijkheid van een integratie in de Vlaamse zorgverzekering, ondanks de verschillende kenmerken van beide uitkeringen.<sup>135</sup>

De Raad van State merkte ten aanzien van deze drie gevallen terecht op dat enkel door middel van een uitdrukkelijke bepaling in de bijzondere wet met toepassing van artikel 128, §2, van de Grondwet, een bepaalde gemeenschapsaangelegenheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kan worden voorbehouden aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.<sup>136</sup> Bij ontstentenis van een dergelijke bepaling kan niet bij voorbaat worden uitgesloten dat aangelegenheden die op federaal niveau volgens een “individuele rechtenlogica” worden geregeld, door de gemeenschappen volgens een “instellingenlogica” zouden kunnen worden uitgeoefend, waarbij ook unicommunautaire instellingen een rol kunnen spelen overeenkomstig artikel 128, §2, van de Grondwet.<sup>137</sup> Daarbij kan alvast worden aangestipt dat personen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wel door de gemeenschappen “bereikt” kunnen worden via unicommunautaire instellingen, maar dat aan deze personen geen verplichtingen kunnen worden opgelegd; daarvoor is enkel de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bevoegd.<sup>138</sup>

In de parlementaire voorbereiding van de bijzondere wet wordt wel nog uitvoerig ingegaan op de (uitdrukkelijk in de bijzondere wet verankerde) exclusieve bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ten aanzien van de gezinsbijslagen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, maar op de bovenstaande bedenkingen van de Raad van State wordt niet echt meer ingegaan. Meer zelfs, de

(134) *Ibid.*, pp. 6-7.

(135) Zie P. Hannes, Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg?, *op. cit.*, p. 369 en P. Degadt, De overdracht van de bevoegdheden gezondheidszorg, ouderenzorg en welzijn, *op. cit.*, p. 412, alsook het Vlaams Groenboek zesde staatshervorming, *Parl. St.*, Vlaams Parlement, 2013-14, nr. 2185/1, pp. 205-212.

(136) Die weg werd bewandeld voor de gezinsbijslagen (zie artikel 63, tweede lid, van de bijzondere wet van 12 januari 1989 met betrekking tot de Brusselse instellingen [hierna: “BWBI”], *B.S.*, 14 januari 1989), zoals de Raad van State ook in zijn advies akteerde (*Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, pp. 15-16).

(137) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, pp. 16-17.

(138) Zie advies Raad van State 34.339/AV van 29 april 2003, *Parl. St.*, Vlaams Parlement, 2002-2003, nr. 1709/1, pp. 156-157.

niet-gemotiveerde opsomming van de zo-even geschetste gevallen waarin de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie blijkbaar *par la nature des choses* een exclusieve bevoegdheid zou hebben, wordt door de bevoegde staatssecretaris gewoon hernomen zonder met een woord te reppen over de bedenkingen van de Raad van State ter zake.<sup>139</sup>

De conclusie is dat de discussie over de bevoegdheidsverdeling in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad allesbehalve gesloten is en dat alles zal afhangen van de wijze waarop de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie, alsook de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie hun nieuwe bevoegdheden wensen uit te oefenen.<sup>140</sup> Zelfs indien de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in deze aangelegenheden een regeling uitvaardigt die bedoeld is om op universele wijze in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad te gelden, zal dit enkel effectief kunnen gebeuren bij gratie van de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie, die zich ervan zouden moeten onthouden om op te treden ten aanzien van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Of een dergelijke werkwijze dan verenigbaar is met het gelijkheidsbeginsel<sup>141</sup>, zal nog moeten worden uitgemaakt.

#### 4.1.2. Gezamenlijke bevoegdheid voor de Gemeenschappen en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie?

Ook bij de uitoefening van de nieuwe gemeenschapsbevoegdheden inzake de gezondheidszorgberoepen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad plaatste de Raad van State kanttekeningen. In de toelichting wordt immers vermeld dat zowel de Vlaamse en de Franse Gemeenschap als de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bevoegd kunnen zijn, naargelang het gaat om uni- of bicommunautaire instellingen.<sup>142</sup> De Raad van State stelde dat moest worden verduidelijkt wanneer welke van die drie overheden bevoegd is.<sup>143</sup> Men kan zich zelfs afvragen welke rol de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie hier kan spelen wanneer, zoals de Raad van State zelf ook aanstipte, in de bijzondere wet enkel wordt verwezen naar de mogelijkheid voor de federale overheid om “per gemeenschap” te bepalen hoeveel gezondheidszorgbeoefenaars kunnen worden erkend.

De vertegenwoordigers van de institutionele meerderheidspartijen repliceerden in het verslag van de Senaatscommissie dat volgens de adviespraktijk van de Raad van

(139) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, pp. 237-238.

(140) Zie in dat verband de bijdrage in dit nummer van Mathieu Dekleermaker en Laurie Losseau.

(141) In zoverre de Vlaamse of de Franse Gemeenschap in het Nederlandse respectievelijk Franse taalgebied een voordeligere regeling zouden uitvaardigen dan voor inwoners van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, die zich zouden kunnen wenden tot unicommunautaire instellingen.

(142) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/1, p. 7.

(143) *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, p. 19.

State natuurlijke personen als een instelling kunnen worden beschouwd als zij een bepaalde organisatie van bestendige aard vertonen en dat er dus ruimte is voor een residuaire bevoegdheidsuitoefening door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Tegelijkertijd werd er gesteld dat “elke gemeenschap bevoegd is/zal zijn om zijn contingentering vast te stellen, in voorkomend geval met in achtneming van het globale aantal dat de federale overheid per gemeenschap jaarlijks kan vastleggen voor de uitoefening van elk van de gezondheidszorgberoepen”.<sup>144</sup>

Daarmee is de zaak allerm minst verduidelijkt. Een voorafgaande vraag is hoe de federale overheid de globale contingentering voor beoefenaars zal uitwerken. Indien die contingentering volledig op gewestbasis of per taalgebied wordt uitgewerkt (bijvoorbeeld doordat het contingent voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad volledig aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie wordt toegekend), zou dat op gespannen voet staan met de bijzondere wet, die duidelijk voorschrijft dat die contingentering “per gemeenschap” moet worden uitgewerkt. Indien de globale contingentering dan weer over de drie gemeenschappen wordt verdeeld, zoals volgens de Raad van State uit de bijzondere wet moet worden afgeleid, rijst de vraag hoe de Vlaamse en de Franse Gemeenschap hun erkenningsbevoegdheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kunnen uitoefenen. Het lijkt immers wel vast te staan dat de erkenning van gezondheidszorgbeoefenaars betrekking heeft op deze beoefenaars als individuen en niet als (zorg)instellingen. Daaruit volgt dat indien de Vlaamse en de Franse Gemeenschap een erkennings- en contingenteringsbevoegdheid willen uitoefenen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, zij elk een eigen unicommunautaire instelling zullen moeten inrichten of erkennen die die erkenningen verleent. De vraag rijst ook naar het territoriale toepassingsgebied van de eigen contingentering die de gemeenschappen kunnen vaststellen in de vorm van subquota voor bepaalde specialismen. Zoals zo-even reeds werd aangestipt, zal veel afhangen van de wijze waarop de federale overheid de globale contingentering zal uitwerken.<sup>145</sup>

#### 4.1.3. Eén-loket-functie voor mobiliteitshulpmiddelen

Inzake de mobiliteitshulpmiddelen voor personen met een handicap wordt in de bijzondere wet uitdrukkelijk vermeld dat de Vlaamse en de Franse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een samenwerkingsakkoord moeten sluiten over het instellen van één loket voor de personen met een handicap voor het beheer van de mobiliteitshulpmiddelen “en de andere hulpmiddelen

(144) *Parl. St.*, Senaat, 2013-2014, nr. 5-2232/5, pp. 246-247.

(145) Zie in dat verband ook J. Velaers, “Brussel in de zesde staatshervorming”, *op. cit.*, pp. 1.008-1.010.

van dezelfde aard<sup>146</sup> voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. In afwachting van dat samenwerkingsakkoord kennen de bevoegde diensten van de Vlaamse en de Franse Gemeenschapscommissie (VAPH respectievelijk PHARE) ook de hulpmiddelen toe overeenkomstig de eventuele regelgeving van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, die daarvoor de twee gemeenschappen vergoedt.<sup>147</sup>

#### 4.2. SAMENWERKING, MEER DAN OOIIT NODIG

De bijzondere wetgever heeft met betrekking tot de nieuwe bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg en bijstand aan personen met een handicap voorzien in nieuwe verplichte vormen van samenwerking.

De gemeenschappen en de federale overheid moeten een samenwerkingsakkoord sluiten met betrekking tot een “Instituut om overlegde antwoorden op de grote uitdagingen inzake de gezondheidszorg te waarborgen”, waarin in elk de samenstelling en de financiering van dit Instituut wordt geregeld.<sup>148</sup>

Ook over de uitwisseling van informatie met betrekking tot de contingentering van de gezondheidszorgberoepen moeten de federale overheid en de gemeenschappen een samenwerkingsakkoord sluiten.<sup>149</sup>

Zoals reeds eerder werd vermeld moeten de Vlaamse en de Franse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een samenwerkingsakkoord sluiten met betrekking tot een éénloketsfunctie in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad inzake het beheer van mobiliteitshulpmiddelen voor personen met een handicap.<sup>150</sup>

Aangezien ook de nieuwe bevoegdheidsverdeling niet zal leiden tot zuiver homogene bevoegdheidspakketten zonder enige onderlinge samenhang, is samenwerking op verscheidene gebieden wenselijk en in bepaalde gevallen allicht feitelijk noodzakelijk. Reeds in het verleden werden bijvoorbeeld over het ouderenzorgbeleid verscheidene opeenvolgende samenwerkingsakkoorden gesloten tussen de federale overheid en de gemeenschappen. Die samenwerking hoeft overigens niet alleen te gebeuren

(146) Die laatste toevoeging resulteert uit een opmerking van de Raad van State over de oorspronkelijke tekst, waarin enkel werd verwezen naar de overgedragen federale mobiliteitshulpmiddelen en niet naar de mobiliteitshulpmiddelen die nu reeds door de gemeenschappen worden toegekend (zie *Parl. St.*, Senaat, 2012-2013, nr. 5-2232/3, pp. 22-23).

(147) Artikel 63, derde en vierde lid, BWBI. Zie hierover ook J. Velaers, “Brussel in de zesde staatshervorming”, *op. cit.*, pp. 1012-1016, die gewag maakt van een “soort van uitvoeringsfederalisme”, waarbij de diensten van de Vlaamse en de Franse Gemeenschap(scommissie) uitvoering geven aan een regeling van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

(148) Artikel 92bis, §4septies, a), BWBI.

(149) Artikel 92bis, §4septies, b), BWBI.

(150) Artikel 63, derde lid, BWBI.

door middel van samenwerkingsakkoorden; ook onderling overleg of beleidscoördinatie kunnen volstaan.

#### **4.3. WETGEVINGSTECHNISCHE ASPECTEN VAN DE UITOEFENING VAN DE NIEUWE BEVOEGDHEDEN**

De overdracht van nieuwe bevoegdheden aan gemeenschappen en gewesten heeft normaal gesproken betrekking op (delen van) bepaalde specifiek aangewezen of bedoelde wettelijke regelingen. Het gevolg ervan is dat de gemeenschappen en gewesten, elk voor wat zich betreft, die wettelijke regeling kunnen wijzigen, aanvullen, opheffen of vervangen door een eigen regeling bij decreet of ordonnantie. De delegaties aan de Koning in bestaande wettelijke regelingen kunnen dadelijk al als rechtsgrond fungeren voor besluiten van de betrokken regeringen. De nieuwe bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg en hulp aan personen met een handicap vertonen enkele interessante varianten op dat klassieke thema.

De verruiming van de bevoegdheden van de gemeenschappen inzake de erkenningsnormen met betrekking tot ziekenhuizen impliceert dat het vaker dan voorheen zal kunnen voorkomen dat zij de ziekenhuiswet zullen kunnen wijzigen in het kader van deze bevoegdheden.<sup>151</sup> Mede gelet op de onduidelijkheid van de omvang van die bevoegdheden is het echter veeleer onwaarschijnlijk dat zij een autonome decretale regeling zouden uitwerken die gedeeltelijk in de plaats zou kunnen komen van de ziekenhuiswet, behalve dan eventueel voor de psychiatrische verzorgingstehuizen, de rust- en verzorgingstehuizen, de centra voor dagverzorging en de initiatieven beschut wonen, namelijk de zorgvoorzieningen bedoeld in artikel 170 van de ziekenhuiswet. Het zal wel veel vaker kunnen voorkomen dat koninklijke besluiten met betrekking tot de erkenningsnormen voor (onderdelen van) ziekenhuizen worden gewijzigd, aangevuld en zelfs opgeheven of vervangen, voor zover de hiervóór in deze bijdrage geschetste “basiskennmerken” onaangeroerd blijven.

(151) Tot op heden is dit enkel gebeurd door een paar decreten van de Vlaamse overheid: het decreet van 13 juli 2007 houdende de opheffing van artikel 76 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, *B.S.*, 16 augustus 2007, en de artikelen 27 tot 36 van het decreet van 20 maart 2009 houdende diverse bepalingen betreffende het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, *B.S.*, 6 april 2009.

In het kader van hun nieuwe bevoegdheden inzake de financiering van investeringen in de infrastructuur en van investeringen in zware medische apparatuur kunnen de gemeenschappen voortaan de relevante onderdelen van het koninklijk besluit van 25 april 2002 wijzigen.<sup>152</sup> Eventueel zouden zij voor deze onderdelen een eigen regeling kunnen uitwerken.<sup>153</sup>

De bevoegdheidsoverdrachten inzake de long term care revalidatie, de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, initiatieven inzake preventieve gezondheidszorg en de mobiliteitshulpmiddelen voor personen met een handicap betreffen bijna allemaal subsidieregelingen of uitkeringen in het kader van de federale ziekte- en invaliditeitsverzekering. Die regelingen kunnen niet als dusdanig door de gemeenschappen worden toegepast en zullen dus ofwel worden geschrapt, ofwel vervangen door nieuwe regelingen die door de gemeenschappen volledig anders ingevuld kunnen worden of worden ondergebracht bij reeds bestaande regelingen. In elk geval zal daarvoor desnoods een nieuwe rechtsgrond bij decreet of ordonnantie moeten worden tot stand gebracht.

Bij de bespreking van de THAB werd reeds verwezen naar de wetgevingstechnische complicaties die kunnen rijzen wanneer de gemeenschappen bepaalde onderdelen van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap of van de uitvoeringsbesluiten zouden wijzigen of vervangen door een eigen regeling. Dit neemt evenwel niet weg dat wanneer een gemeenschap een federale regeling opheft die een ruimere draagwijdte heeft dan de betrokken gemeenschapsbevoegdheden, die opheffing enkel betrekking kan hebben op de aspecten van de regeling die met die bevoegdheden overeenstemmen.<sup>154</sup> Een opheffing van de wet van 27 februari 1987 en van haar uitvoeringsbesluiten door een gemeenschap kan met andere woorden enkel betrekking hebben op die aspecten van de THAB waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn geworden.

---

## BESLUIT

Het heeft meer dan vierendertig jaar geduurd vooraleer de bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg op de schop werd genomen. De bijzondere wetgever wilde enerzijds een aantal beginselen uit de toenmalige parlementaire voorbereiding en uit de adviespraktijk van de Raad van State en de rechtspraak vastleggen in de tekst.

---

(152) Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

(153) Namelijk de gemeenschapsregeringen, ter uitvoering van artikel 105, §1 van de ziekenhuiswet, of eventueel ter uitvoering van een regeling bij decreet of ordonnantie die dan nog moet worden uitgewerkt. De federale regeling zou in dat geval alleszins moeten worden aangepast aan het gegeven dat een onderdeel van het ziekenhuisbudget door bepaalde gemeenschappen op autonome wijze wordt uitgewerkt.

(154) Zie handleiding wetgevingstechniek Raad van State, aanbeveling 139.



Anderzijds werd duidelijk een belangrijke uitbreiding van de gemeenschapsbevoegdheden beoogd, zowel vanuit principieel als vanuit budgettair oogpunt.

De bijkomende bevoegdheden van de gemeenschappen inzake de erkenningsnormen voor ziekenhuizen zijn vanuit principieel oogpunt erg belangrijk, maar er wordt tegelijkertijd voorzien in een procedure die erop neerkomt dat de federale overheid na een verslag van het Rekenhof haar goedkeuring moet verlenen met elk gemeenschapsinitiatief, en die als vrij bevoegdend kan worden beschouwd in het licht van het autonomiebeginsel.

Er zijn ook bevoegdheidsoverdrachten, vooral dan inzake het ouderenzorgbeleid, die vanuit budgettair oogpunt belangrijk zijn: de basisbedragen in de bijzondere financieringswet voor de bevoegdheidsoverdrachten inzake gezondheidszorg en bijstand aan personen met een handicap belopen daardoor meer dan 4,5 miljard EUR, hetgeen niet zo ver verwijderd is van het bedrag van 6,4 miljard EUR, dat de bevoegdheidsoverdracht van de gezinsbijslagen vertegenwoordigt.

Na deze staatshervorming vormen de gemeenschapsbevoegdheden inzake gezondheidszorg en inzake hulp aan personen met een handicap een wat meer homogeen geheel, vooral dan inzake geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en eerstelijnsgezondheidszorg.

De bevoegdheidsoverdracht werd in vrij algemene termen geformuleerd, waarbij het detail wordt uiteengezet in de toelichting bij het voorstel van bijzondere wet. Deze werkwijze is begrijpelijk, want een bevoegdheidsverdeling moet voldoende duurzaam zijn en kan niet zomaar worden geformuleerd aan de hand van thans bestaande regelingen die op relatief korte termijn kunnen worden gewijzigd. Op enkele punten werd de bevoegdheidsverdeling echter te algemeen geformuleerd. Zo worden enkele nieuwe algemene termen gebruikt die onvoldoende worden toegelicht, zoals de “basiskenmerken” en die voor interpretatieproblemen zullen zorgen. Er worden ook nieuwe bevoegdheden aangesneden waarvan de afgrenzing onduidelijk is. Zo lijken bijvoorbeeld de long term care revalidatie en de nieuwe bevoegdheden inzake de gezondheidsberoepen in de toekomst voor onduidelijkheden te zorgen. De afdeling wetgeving van de Raad van State en het Grondwettelijk Hof zullen de komende jaren deze nieuwe bevoegdheidsverdeling moeten exploreren en verfijnen waar nodig.

Uit het voorgaande is ook gebleken dat de toepassing van de nieuwe bevoegdheden in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad nog erg onduidelijk is en vooral zal afhangen van de wijze waarop die nieuwe bevoegdheden zullen worden uitgeoefend. De indieners van het voorstel van bijzondere wet zagen in dit verband een ruimere rol voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie dan de Grondwet en de

bijzondere wet thans toelaten, zonder dat ze de voor hun visie noodzakelijke aanpassingen van die teksten wilden doorvoeren.

Nauwer overleg tussen de gemeenschappen onderling en met de federale overheid zal in vele gevallen raadzaam zijn en in sommige gevallen – de gevallen van verplichte samenwerking nog buiten beschouwing gelaten – zonder meer noodzakelijk.

Een hertekening van de bevoegdheidsverdeling is een nieuw startpunt, met nieuwe mogelijkheden en nieuwe problemen. Men kan enkel hopen dat de nieuwe bevoegdheidsverdeling inzake gezondheidszorg en bijstand aan personen met een handicap het voeren van een goed beleid faciliteert en niet tegenwerkt. Er zijn immers voldoende uitdagingen, zowel van medisch-technologische als van demografische aard, voor het voeren van een goed beleid. Ondanks de grotere autonomie die de gemeenschappen op dit vlak krijgen, blijft dit goede beleid een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van alle overheden.

---

# INHOUDSTAFEL

## DE NIEUWE GEMEENSCHAPSBEVOEGDHEDEN INZAKE GEZONDHEIDSZORG EN HULP AAN PERSONEN MET EEN HANDICAP

<b>INLEIDING</b>	269
<b>1. BEVOEGDHEIDSWIJZIGINGEN INZAKE GEZONDHEIDSZORG</b>	271
1.1. GEZONDHEIDSZORGINSTELLINGEN .....	272
1.2. GEZONDHEIDSZORGBEROEPEN .....	291
1.3. PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG .....	293
1.4. ANDERE BEVOEGDHEDEN?.....	295
<b>2. BEVOEGDHEIDSWIJZIGINGEN INZAKE HULP AAN PERSONEN</b>	296
2.1. ALGEMEEN .....	296
2.2. TEGEMOETKOMINGEN VOOR HULP AAN BEJAARDEN .....	297
2.3. MOBILITEITSHULPMIDDELEN .....	298
<b>3. FINANCIERING VAN DE NIEUWE BEVOEGDHEDEN</b>	299
<b>4. UITOEFENING VAN DE NIEUWE BEVOEGDHEDEN DOOR DE GEMEENSCHAPPEN</b>	302
4.1. TOEPASSING IN HET TWEETALIGE GEBIED BRUSSEL-HOOFDSTAD .....	302
4.2. SAMENWERKING, MEER DAN OOI T NODIG .....	306
4.3. WETGEVINGSTECHNISCHE ASPECTEN VAN DE UITOEFENING VAN DE NIEUWE BEVOEGDHEDEN .....	307
<b>BESLUIT</b>	308