

RAAD VAN STATE, AFDELING BESTUURSRECHTSPRAAK

XIIe KAMER

A R R E S T

**nr. 263.925 van 10 juli 2025
in de zaak A. 240.878/XII-9699**

- In zake :
1. de VZW ASSOCIATION DE STÉRILISATION FRANCOPHONE (ASTER)
 2. de VZW ASSOCIATION BELGE DES PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER (ACN)
 3. de VZW FÉDÉRATION NATIONALE NEUTRE DES INFIRMIERS(ÈRES) DE BELGIQUE (FNIB)
 4. de VZW ASSOCIATION DES INFIRMIERS SPÉCIALISÉS EN PÉDIATRIE ET NÉONATALOGIE (AISPN)
 5. de VZW DEUTSCHSPRACHIGE KRANKENPFLEGEVEREINIGUNG IN BELGIEN (KPVDB)
 6. de VZW ASSOCIATION BELGE DES PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER EXERCANT AUPRES DES PERSONNES AGEES
 7. de VZW ASSOCIATION PROFESSIONNELLE FRANCOPHONE DES INFIRMIERS SPÉCIALISÉS EN SANTÉ
 8. de VZW SOCIÉTÉ DES INFIRMIÈRES DE SOINS INTENSIFS (SIZ)
 9. de VZW LES TABLIERS BLANCS
 10. de VZW FEDERATION DES INFIRMIERES INDEPENDANTES DE BELGIQUE (FIIB)
 11. de VZW ASSOCIATION FRANCOPHONE DES INFIRMIÈRES EN STOMATHÉRAPIE CICATRISATION ET PLAIES.BE
 12. de VZW ASSOCIATION FRANCOPHONE DES INFIRMIERS DE SALLE D'OPERATION (AFISO)
 13. G.M.
 14. S.V.
- bijgestaan en vertegenwoordigd door
advocaten Ann Dierickx en Charlotte Plottier
kantoor houdend te 3000 Leuven
Mechelsestraat 107-109
bij wie woonplaats wordt gekozen

tegen :

de BELGISCHE STAAT, vertegenwoordigd door de minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid
bijgestaan en vertegenwoordigd door
advocaten Patrick De Maeyer en Daisy Daniels
kantoor houdend te 1160 Brussel
Tedescolaan 7
bij wie woonplaats wordt gekozen

I. Voorwerp van het beroep

1. Het beroep, ingesteld op 29 december 2023, strekt tot de nietigverklaring van het koninklijk besluit van 20 september 2023 ‘bepalende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden’.

II. Verloop van de rechtspleging

2. De verwerende partij heeft een memorie van antwoord ingediend en de verzoekende partijen hebben een memorie van wederantwoord ingediend.

Eerste auditeur-afdelingshoofd Ann Eylenbosch heeft een verslag opgesteld.

De verzoekende partijen hebben een verzoek tot voortzetting van het geding en een laatste memorie ingediend. De verwerende partij heeft een laatste memorie ingediend.

De partijen zijn opgeroepen voor de terechtzitting, die heeft plaatsgevonden op 19 juni 2025.

Kamervoorzitter Chantal Bamps heeft verslag uitgebracht.

Advocaat Charlotte Plottier De Foer, die *loco* advocaat Ann Dierickx verschijnt voor de verzoekende partijen en advocaat Daisy Daniels, die verschijnt voor de verwerende partij, zijn gehoord.

Eerste auditeur-afdelingshoofd Ann Eylenbosch heeft een met dit arrest eensluidend advies gegeven.

Er is toepassing gemaakt van de bepalingen op het gebruik der talen, vervat in titel VI, hoofdstuk II, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

III. Feiten

3.1. De gezondheidsberoepen worden gereguleerd door de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 ‘betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen’ (hierna: wet van 10 mei 2015). Het vierde hoofdstuk van de wet van 10 mei 2015 regelt het beroep van verpleegkundige.

Artikel 46 van de wet van 10 mei 2015 bepaalde aanvankelijk:

“Art. 46.§ 1. Onder uitoefening van de verpleegkunde wordt verstaan het vervullen van de volgende activiteiten

- 1°a) het observeren, het herkennen en het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel op psychisch, fysiek als sociaal vlak;
 - b) het omschrijven van verpleegproblemen;
 - c) het bijdragen aan de medische diagnose door de arts en aan het uitvoeren van de voorgeschreven behandeling;
 - d) het informeren en adviseren van de patiënt en zijn familie;
 - e) het voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van handelingen, waardoor de verpleegkundige het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van gezonde en zieke personen en groepen beoogt;
 - f) het verlenen van stervensbegeleiding en begeleiding bij de verwerking van het rouwproces;
 - g) het zelfstandig kunnen treffen van urgente levensreddende maatregelen en het kunnen handelen in crisis- en rampensituaties;
 - h) het analyseren van de kwaliteit van de zorg met als doelstelling de eigen beroepsuitoefening als verpleegkundige te verbeteren.
- 2° de technisch-verpleegkundige verstrekkingen waarvoor geen medisch voorschrift nodig is, alsook deze waarvoor wel een medisch voorschrift nodig is.

Die verstrekkingen kunnen verband houden met de diagnosestelling door de arts of door de tandarts, de uitvoering van een door de arts of door de tandarts voorgeschreven behandeling of met het nemen van maatregelen inzake preventieve geneeskunde;

3° de handelingen die door een arts of door de tandarts kunnen worden toevertrouwd overeenkomstig artikel 23, § 1, tweede en derde lid.

§ 2. De verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in paragraaf 1, 1°, 2°, en 3°, worden opgetekend in een verpleegkundig dossier.

§ 3. De Koning kan overeenkomstig de bepalingen van artikel 141, de lijst vaststellen van de in paragraaf 1 bedoelde verstrekkingen, alsook de regelen voor de uitvoering ervan en de desbetreffende bekwaamheidsvereisten.”

3.2. Het koninklijk besluit van 18 juni 1990 ‘houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts of een tandarts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen’ geeft uitvoering aan artikel 46 van de wet van 10 mei 2015.

Bij dit koninklijk besluit zijn bijlagen gevoegd waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen de technisch-verpleegkundige verstrekkingen die de verpleegkundige zonder (B1) en met (B2) medisch voorschrift mogen verrichten. Daarnaast geeft het koninklijk besluit van 18 juni 1990 aan welke handelingen door een arts of een tandarts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd (C).

De handelingen die een verpleegkundige kan uitvoeren, kunnen aldus worden opgedeeld in drie verschillende categorieën:

1. de zogenaamde “A-handelingen” die een verpleegkundige volledige autonoom mag uitvoeren zoals bepaald in artikel 46, §1, 1° van de wet 10 mei 2015;
2. de technisch-verpleegkundige “B handelingen” waarvoor geen medisch voorschrift nodig is (B1), alsook deze waarvoor wel een medisch voorschrift nodig is (B2), zoals bepaald in artikel 46, §1, 2° van de wet van 10 mei 2015;
3. de “C handelingen” die door een arts of door de tandarts kunnen worden toevertrouwd.

3.3. Om toegang te krijgen tot het beroep van verpleegkundige in de zin van hoofdstuk 4 van de wet van 10 mei 2015 moet een opleiding worden gevolgd.

In de Vlaamse gemeenschap bestond er in het verleden een onderscheid tussen twee verschillende opleidingen:

1. HBO5-opleiding van 3 jaar die door de scholen voor secundaire onderwijs werd georganiseerd;
2. bacheloropleiding van 4 jaar die door de hogescholen werd georganiseerd.

Ook in de Franstalige en de Duitstalige gemeenschappen bestonden er twee opleidingen:

1. brevet d'infirmier(ière) hospitalier(ière) van 3,5 jaar die door het beroepsonderwijs werd georganiseerd;
2. bachelier d'infirmier(ière) responsable en soins généraux van 4 jaar die door de hogescholen werd georganiseerd.

3.4. Op Europees niveau worden de opleidingsvereisten voor het beroep van verpleegkundige vastgelegd door de Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 'betreffende de erkenning van beroepskwalificaties.'

3.5. Om de toegang tot het beroep van verpleegkundige en de uitoefening van de verpleegkunde in overeenstemming te brengen met de Europese regelgeving werd in het federaal regeerakkoord van 30 september 2020 het behoud van de opleiding van beoefenaars van de verpleegkunde in het hoger beroepsonderwijs van niveau 5 voorzien, maar dan wel met een volwaardig eigen profiel dat verschilt van de verpleegkundige verantwoordelijk voor de algemene zorg.

3.6. De wet van 28 juni 2023 'tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, teneinde de huidige titel van verpleegkundige aan Richtlijn 2005/36/EG te verduidelijken en de basisverpleegkundige en de klinisch verpleegkundig

onderzoeker hierin op te nemen' (hierna: wet van 28 juni 2023) creëert een nieuwe beroepstitel van “basisverpleegkundige” in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015.

De voorbereidende werken bevatten de volgende algemene toelichting:

“Dit ontwerp van wetswijzigingen vloeit voort uit de werkzaamheden van een taskforce ‘Zorg & Gezondheid’ die werd opgericht naar aanleiding van het federaal regeerakkoord dat op 30 september 2020 werd gesloten.

Dit regeerakkoord voorziet in het behoud van een opleiding van beoefenaars van de verpleegkunde in het hoger beroepsonderwijs van niveau 5, maar met een volwaardig eigen profiel dat verschilt van dat van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg. Het doel is enerzijds ervoor te zorgen dat de zorgtaken worden toegewezen aan zorgverleners die ze op de meest doelmatige en kwaliteitsvolle manier kunnen uitoefenen, en anderzijds dat zij-instromers vlot de stap moeten kunnen zetten naar een beroep in de verpleegkundig, en hierdoor de aantrekkelijkheid van de sector te vergroten (blz. 19 van het akkoord).

Een taskforce betreffende het verpleegkundig beroep werd bijgevolg in september 2021 op interfederaal initiatief opgestart en werd door de verschillende ministers bevoegd voor gezondheid en onderwijs ondersteund. Deze taskforce heeft verschillende actoren samengebracht vanuit zowel de verpleegkundige sector als het onderwijsveld en dit, zowel aan Nederlandstalige, Franstalige en Duitstalige zijde. Ze werd vervolgens opgedeeld in twee werkgroepen: een werkgroep basisopleiding en een werkgroep specialisatie.

Ze had als doel om de verschillende in België bestaande opleidingen verpleegkunde (van zorgkundige tot verpleegkundige specialisaties) te bestuderen en na te denken over verschillende verpleegkundige profielen (functiemodellen) om concrete voorstellen te formuleren voor de ontwikkeling van een “future-proof” functiemodel in de verpleegkundige zorg.

Daarbij heeft zij gebruik gemaakt van het door de adviesorganen voor de verpleegkunde voorgestelde en door de beroepsorganisaties gesteunde functiemodel.

Deze taskforce heeft de conclusies van haar werkzaamheden begin 2022 opgeleverd. Naar aanleiding van de analyse van deze werkzaamheden door de verschillende verantwoordelijke partijen, waaronder de bevoegde politieke overheden, werd beslist de aanbevelingen van de taskforce op te volgen en een voorstel te formuleren tot aanpassing van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, met betrekking tot de toegang tot de uitoefening van verpleegkunde.

Deze aanbevelingen voorzien in de invoering van een nieuw beroep van beoefenaar van de verpleegkunde, waardoor verpleegkundigen die beantwoorden aan het Europese niveau van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, handelingen kunnen verrichten die verband houden met hun bekwaamheden en ondersteund kunnen worden door dit nieuwe beroep van goed opgeleide basisverpleegkundige.

Er moet ook worden vermeld dat de oprichting van deze nieuwe functie van basisverpleegkundige deel uitmaakt van een breder kader van differentiatie tussen de verschillende beroepen binnen de verpleegkunde, met het oog op het versterken van de autonomie en het verhogen van de attractiviteit van de beroepen in de verpleegkunde. In dat kader, worden alle verschillende functies onder de loep genomen, inclusief de articulatie tussen de toekomstige functie van basisverpleegkundige en de functie van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg. Dit werk is aan de gang en zal de komende maanden worden voortgezet.

Het belang van het beroep van verpleegkundige in onze gezondheidszorg en in het bijzonder de essentiële rol van de verpleegkundige via de verpleegkundige diagnose en het verpleegkundig zorgplan mag inderdaad niet worden vergeten. Het is daarom van groot belang dat alle talenten, elk op hun niveau, bij het beroep van verpleegkundige worden betrokken. Daarom is deze zorg opgenomen in het bovenvermeld regeringsakkoord. De functie van basisverpleegkundige is dus zeer belangrijk in dit beroep en vormt een aanvulling op de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, die verantwoordelijk is voor de organisatie en coördinatie van de complexere verpleegkundige zorg. Dit zijn twee verschillende maar complementaire profielen.

Ter herinnering, de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 werd reeds gewijzigd bij de omzetting van de Europese Richtlijn 2013/551 in Belgisch recht. Richtlijn 2013/55 was een herziening van richtlijn 2005/36 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties binnen de Europese Unie waarbij een lijst van basiscompetenties en minimale opleidingseisen werd opgenomen die op Europees niveau vereist zijn voor het verpleegkundig beroep. Artikel 45 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de toegang tot het verpleegkundig beroep werd dan ook aangepast bij het koninklijk besluit van 27 juni 2016 teneinde hierin de basiscompetenties en minimale opleidingseisen op te nemen die op Europees niveau zijn vastgesteld om toegang te krijgen tot de titel van verpleegkundige en van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg in het bijzonder.

Ondanks deze wijziging heeft de Europese Commissie België al meermaals in gebreke gesteld en een inbreukprocedure tegen België ingeleid, in het bijzonder wat betreft de inhoud van bepaalde opleidingsprogramma's die in België door de Gemeenschappen voor het verpleegkundig beroep worden georganiseerd en dit ondanks de omzetting van deze laatste in federale wetgeving, omdat de Commissie van oordeel is dat bepaalde programma's van deze opleidingen die toegang geven tot de titel van verpleegkundige niet voldoen aan de minimale opleidingseisen die in artikel 45 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 zijn vastgesteld en die vereist zijn voor de titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg zoals gedefinieerd in de Richtlijn.

Daarom werd in het regeerakkoord beslist om deze kwestie samen met de Gemeenschappen die bevoegd zijn voor onderwijs te bekijken om een oplossing te vinden voor de opleidingen die door de ingebrekestellingsprocedure van de Europese Commissie worden geïnviseerd. Het is rond deze verschillende opleidingen verpleegkunde in België en de voorstellen van de adviesorganen voor de verpleegkunde dat deze taskforce gewerkt heeft.

Naar aanleiding hiervan heeft de minister van Volksgezondheid beslist een ontwerp in te dienen ter uitvoering van voormeld regeerakkoord om een oplossing te vinden voor deze situatie.

Dit ontwerp wil daarom de titel bedoeld in § 1 van artikel 45 van voormelde wet preciseren om duidelijker te verwijzen naar de titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, die overeenstemt met de titel van verpleegkundige bedoeld op Europees niveau en waarvan de opleidingseisen de professionele mobiliteit als verpleegkundige binnen de Europese Unie mogelijk maakt.

Daarnaast creëert dit ontwerp een nieuwe beroepstitel van “basisverpleegkundige” in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015. Deze nieuwe titel zal de houders van een diploma verpleegkunde dat niet aan de op Europees niveau vastgestelde minimale opleidingseisen voldoet, toegang geven tot de uitoefening van de verpleegkunde binnen de grenzen van de voor hen vastgestelde bevoegdheden en activiteiten. Het betreft hier opleidingen verpleegkunde die overeenstemmen met opleidingsniveau 5 van het Europees kwalificatiekader.

Er is een overgangsmaatregel voorzien zodat personen die houder zijn van een diploma of een titel van verpleegkundige en die hun opleiding tot verpleegkundige hebben aangevangen vóór het school- of academiejaar 2023-2024 kunnen genieten van verworven rechten en hun uitoefening van de verpleegkunde kunnen behouden onder de omstandigheden die ze tot nu toe kenden.

Deze nieuwe bepaling zal bijgevolg van toepassing zijn op toekomstige afgestudeerden van niveau 5 die niet voldoen aan de voorwaarden van de Europese richtlijn voor het verkrijgen van de titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en die na de inwerkingtreding van deze nieuwe titel zullen afstuderen.

Als houders van een diploma van basisverpleegkundige willen doorstromen naar een diploma van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg dat de weg opent naar professionele mobiliteit binnen de Europese Unie, zullen ze een brugopleiding kunnen volgen.

[...]

Artikel 3, 1° tot 6°, van de wet van 28 juni 2023 wijzigt artikel 45, § 1, van de wet van 10 mei 2015, dat voortaan luidt:

“Niemand mag de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 uitoefenen als hij/zij niet in het bezit is van een diploma of een titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg die behaald werd na een opleiding van ten minste drie studiejaren, die uitgedrukt kunnen worden in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS-studiepunten.

De opleiding van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg bestaat uit ten minste 4600 uur theoretisch en klinisch onderwijs, waarbij de duur van het theoretisch onderwijs ten minste een derde en de duur van het klinisch onderwijs ten minste de helft van de minimumduur van de opleiding bedraagt.

In het kader van het theoretisch onderwijs, verwerven de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg in opleiding de kennis, vaardigheden en de competenties die krachtens de eerste paragraaf zijn vereist. Deze opleiding wordt gegeven door docenten in de verpleegkunde en andere bevoegde personen in universiteiten, instellingen voor hoger onderwijs van een als gelijkwaardig erkend niveau of scholen voor beroepsonderwijs dan wel beroepsopleidingen voor verpleegkunde.

In het kader van het klinisch onderwijs, leren de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg in opleiding in teamverband en in rechtstreeks contact met een gezonde of zieke persoon en/of een gemeenschap, de vereiste algemene verpleegkundige zorgen plannen, verstrekken en beoordelen op grond van verworven kennis, vaardigheden en competenties. De verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg in opleiding leert niet alleen in teamverband werken, maar ook als teamleider op te treden en zich bezig te houden met de organisatie van de algemene verpleegkundige zorgen, waaronder de gezondheidseducatie voor individuen en kleine groepen binnen het kader van instellingen voor gezondheidszorg of in de gemeenschap.
[...]

Artikel 3, 7°, van dezelfde wet van 28 juni 2023 voegt voorts in artikel 45 van de wet van 10 mei 2015, een paragraaf 1/2 in, die luidt:

“Niemand mag, als basisverpleegkundige, de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 binnen de grenzen van de bevoegdheden en de activiteiten die de Koning hem heeft toevertrouwd, uitoefenen als hij niet in het bezit is van een diploma of een titel van basisverpleegkundige die behaald werd na een opleiding van minstens drie studiejaren met ten minste 3800 uur theoretisch en klinisch onderwijs, die uitgedrukt kunnen worden in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS-studiepunten, waarbij de duur van het theoretisch onderwijs ten minste een derde en de duur van het klinisch onderwijs ten minste de helft van de minimumduur van de opleiding bedraagt. De basisverpleegkundigen in opleiding worden gevormd in het kader van de in paragraaf 1 bedoelde beroepskennis, -vaardigheden en -competenties.

De basisverpleegkundige is een beoefenaar van de verpleegkunde die autonoom kan handelen in minder complexe situaties. In complexere situaties werkt hij binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met de arts wanneer er geen verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg deel uitmaakt van het zorgteam. De basisverpleegkundige handelt in het kader van de preventie, het behoud en de bevordering van de gezondheid in relatie tot de kwaliteit van leven.

De Koning bepaalt, na advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, de verpleegkundige technische verstrekkingen die de basisverpleegkundige kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de basisverpleegkundige deze verstrekkingen kan uitvoeren.

Deze beschikking is van toepassing op iedereen die een basisverpleegkundige-opleiding aanvat vanaf het schooljaar of academiejaar 2023-2024.

Elke persoon die houder is van een diploma of een titel van verpleegkundige en die zijn opleiding tot verpleegkundige heeft aangevangen vóór het school- of academiejaar 2023-2024, mag van rechtswege de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 uitoefenen onder dezelfde voorwaarden als de in paragraaf 1 bedoelde verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg.”

Sinds de wet van 28 juni 2023 bestaan er dus twee verpleegkundige beroepstitels:

1. de beroepstitel van ‘basisverpleegkundige’, waarvoor een opleiding van minimum 3.800 uur, die minstens drie jaar duurt, moet worden gevolgd (nieuwe paragraaf 1/2 van artikel 45 van de wet van 10 mei 2015)
2. de beroepstitel van ‘verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg’, waarvoor een opleiding van minimum 4.600 uur die voldoet aan de op Europees niveau vastgestelde minimale opleidingseisen moet worden gevolgd (paragraaf 1 van artikel 45 van de wet van 10 mei 2015)

Wie de professionele bacheloropleiding “Verpleegkunde” of de opleiding tot gebrevetteerde verpleegkundige binnen de Franstalige en de Duitstalige Gemeenschap afrondt, krijgt de titel van “verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg”. Wie de graduaatsopleiding “Basisverpleegkunde” afrondt, wordt de titel van “basisverpleegkundige” toegekend.

De wet van 28 juni 2023 voert een overgangsmaatregel in die de verworven rechten van de HBO5-verpleegkundigen, die een opleiding tot verpleegkundige zijn gestart vóór het school- of academiejaar 2023-2024, beschermt. Deze verpleegkundigen mogen van rechtswege de verpleegkunde uitoefenen onder dezelfde voorwaarden als de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg. Voor de studenten die hun studies aanvangen vanaf het school- of academiejaar 2023-2024, zal de driejarige graduaatsopleiding leiden tot de titel van “basisverpleegkundige”.

3.7. Het beroep tot vernietiging van artikel 2 en artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, ingesteld door verzoekende partijen bij het Grondwettelijk Hof, wordt verworpen bij arrest nr. 24/2025 van 20 februari 2025 (ECLI:BE:GHCC:2025:ARR:024).

3.8. In uitvoering van de wet van 28 juni 2023 wordt een ontwerp van koninklijk besluit opgesteld met een lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen die de basisverpleegkundige kan uitoefenen, evenals de uitoefeningsvoorwaarden.

Het ontwerp van koninklijk besluit wordt goedgekeurd door de Ministerraad op 7 juli 2023.

Een regelgevingsimpactanalyse en een evenredigheidsbeoordeling worden uitgevoerd.

In het *Belgisch Staatsblad* van 30 oktober 2023 wordt het koninklijk besluit van 20 september 2023 ‘bepalende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden’ bekendgemaakt, dat bepaalt:

“Artikel 1. De lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen bedoeld in artikel 46, § 1, 2°, van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, die de basisverpleegkundige mag uitoefenen, wordt vastgesteld in bijlage van dit besluit.

Art. 2. § 1. In minder complexe situaties, kan de basisverpleegkundige, binnen de grenzen van zijn/haar bevoegdheden, autonoom de verpleegkunde uitoefenen.

§ 2. In complexere situaties werkt de basisverpleegkundige in teamverband in samenspraak met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemeen zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam. De basisverpleegkundige voert de zorgen uit zoals aangegeven in het verpleegplan opgesteld door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg die de verpleegdiagnose stelt. Dat verpleegplan vermeldt ook de grenzen waarbinnen de basisverpleegkundige zelf elementen uit het verpleegplan kan aanpassen.

§ 3. De initiële inschatting van de mate van complexiteit gebeurt door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam.

Deze initiële inschatting kan door de basisverpleegkundige worden uitgevoerd in geval van technische prestaties die op kortstondige wijze worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige. Rekening houdend met de gezondheidstoestand van de patiënt en de zorgcontext kan de basisverpleegkundige binnen de grenzen van zijn/haar bevoegdheden de zorg opstarten en dit op basis van een standaardverpleegplan en zonder de initiële evaluatie door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam.

De evaluatie van de toestand van de patiënt door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en/of de arts volgt zo spoedig mogelijk.

§ 4. De basisverpleegkundige die bij de zorgverlening vaststelt dat door de evolutie in de zorgnoden de noodzakelijke zorgen zijn/haar bevoegdheid

overstijgt, verwittigt zo snel mogelijk de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemeen zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam, voor een herevaluatie van de gezondheidstoestand van de patiënt en de nodige onderlinge samenwerking.

Art. 3. De technische verpleegkundige verstrekkingen B1 en B2, zoals opgenomen in bijlage, worden verricht aan de hand van standaardverpleegplannen en/of procedures.

Het standaardverpleegplan laat toe om een patiënt met bepaalde gezondheidsproblemen systematisch te benaderen en te verplegen. Een procedure beschrijft de uitvoeringswijze van een bepaalde technische verpleegkundige verstrekking. Eventueel kunnen één of meerdere procedures deel uitmaken van een standaardverpleegplan of een staand order zoals omschreven in artikel 5, § 5, van dit besluit.

De procedures voor de technische verpleegkundige verstrekkingen B2- zoals opgenomen in bijlage, worden opgesteld in samenspraak tussen de arts en de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, of tussen de arts en de basisverpleegkundige wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam.

Art. 4. § 1. De technische verpleegkundige verstrekkingen met aanduiding B2 worden uitgevoerd op basis van:

- een geschreven medisch voorschrift, eventueel elektronisch;
- een mondeling geformuleerd medisch voorschrift, eventueel telefonisch, radiofonisch of via webcam meegedeeld;
- een schriftelijk staand order.

§ 2. Bij het geschreven medisch voorschrift houdt de arts of de tandartsrekening met de volgende regels:

- a) het voorschrift wordt voluit geschreven: enkel gestandaardiseerde afkortingen mogen worden gebruikt;
- b) het voorschrift wordt duidelijk leesbaar neergeschreven op het daartoe bestemde document, dat deel uitmaakt van het patiëntendossier;
- c) bij verwijzing naar een standaardverpleegplan, een staand order of een procedure, wordt de overeengekomen benaming of nummering ervan vermeld;
- d) het voorschrift bevat de datum, de naam en de voornaam van de patiënt, alsook de naam, de voornaam, de handtekening en desgevallend het R.I.Z.I.V.-nummer van de arts;
- e) bij het voorschrijven van geneesmiddelen worden volgende aanduidingen vermeld:

- de naam van de specialiteit (algemene internationale benaming en/of de commerciële originele of generische benaming) of het nummer van de magistrale bereiding;
- de hoeveelheid en de posologie;
- de eventuele concentratie in de oplossing;
- de toedieningswijze;
- de toedieningsperiode of de frequentie.

§ 3. Bij het voorschrift door de arts of de tandarts aan de basisverpleegkundige mondeling meegedeeld en in aanwezigheid van een arts of een tandarts uit te voeren, herhaalt de basisverpleegkundige het voorschrift en verwittigt hij/zij de arts of de tandarts wanneer hij het uitvoert. De arts of de tandarts bevestigt zo spoedig mogelijk schriftelijk het voorschrift.

§ 4. Uitsluitend in dringende gevallen kan het mondeling geformuleerd voorschrift uitgevoerd worden in afwezigheid van de arts of de tandarts of de tandarts. In dit geval zijn de volgende regels van toepassing:

- a) het voorschrift wordt telefonisch, radiofonisch of via webcam meegedeeld;
- b) indien nodig wordt er verwezen naar een standaardverpleegplan, een staand order of een procedure;
- c) als de verpleegkundige de aanwezigheid van de arts of de tandarts of de tandarts bij de patiënt nodig acht, kan hij niet gedwongen worden het voorschrift uit te voeren.

In dat geval is hij verplicht de arts of de tandarts hierover in te lichten;

- d) de arts of de tandarts bevestigt zo spoedig mogelijk schriftelijk het voorschrift.

§ 5. Een staand order is een door de arts of de tandarts vooraf vastgesteld schriftelijk behandelingsschema, waarin desgevallend verwezen wordt naar standaardverpleegplannen of procedures. De arts of de tandarts moet met naam aangeven bij welke patiënt een staand order moet worden toegepast. Wordt dit voorschrift schriftelijk gegeven, dan zijn de regels in § 2, punten a), b), c), d) en e) van toepassing. Wordt dit voorschrift mondeling gegeven, dan zijn de regels in § 4, punten a) en b) van toepassing. De arts of de tandarts vermeldt in het staand order de voorwaarden waarin de beoefenaar van de basisverpleegkundige deze handelingen kan toepassen. De basisverpleegkundige beoordeelt of deze voorwaarden vervuld zijn en enkel in dat geval voert hij de voorgeschreven handelingen uit. In tegengesteld geval is hij verplicht de arts of de tandarts in te lichten. Uitsluitend in dringende omstandigheden mag een welbepaald staand order worden toegepast zonder de patiënt bij naam aan te duiden.

Art. 5. De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.”

Dit is het bestreden besluit.

3.9. Op 30 mei 2024 wordt in het *Belgisch Staatsblad* de wet van 18 mei 2024 ‘tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, teneinde de hervorming van de verpleegkunde, de afschaffing van de Technische Commissies voor verpleegkunde en de paramedische beroepen en de aanpassing van de taken van de Federale Raden voor verpleegkunde en paramedische beroepen hierin op te nemen’ (hierna: wet van 18 mei 2024), bekendgemaakt.

De memorie van toelichting leest als volgt:

“([...])

Art. 3

Deze bepaling wijzigt enerzijds het huidige tweede lid van artikel 45, § 1/2, van de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, om erin te preciseren dat de initiële inschatting van de mate van de complexiteit van de situatie door de

verpleegkundige verantwoordelijke voor algemene zorg of door de arts gebeurt wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het team.

Zij voorzien ook, wanneer ze dit nodig achten, in een herevaluatie van de complexiteit van de situatie.

Het is aan de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts in kwestie om de noodzaak en de eventuele frequentie van deze herbeoordeling te beoordelen. In gevallen waarin deze van oordeel is dat de situatie op korte termijn kan evolueren, zal de frequentie hoger zijn dan in situaties die beoordeeld worden als zijnde stabiel.

Uitsluitend in het geval van technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur moeten worden uitgevoerd, kan de initiële inschatting van de complexiteit van de situatie worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige. Dit kan bijvoorbeeld gaan over de verpleegkundige zorg in een dienst voor de preventieve gezondheid voor het jonge kind, een arbeidsgeneeskundige dienst, of een dienst voor gezondheidsbevordering op school.

[...]

Art. 4

[...]

Dit betekent dat basisverpleegkundigen hun verpleegkundige activiteiten zelfstandig kunnen uitoefenen in minder complexe situaties en dat zij, op straffe van onwettigheid, in meer complexe situaties in overleg en in teamverband met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts werken wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het team.

In dat laatste geval voert de basisverpleegkundige de zorgen uit zoals aangegeven in het verpleegplan dat wordt opgesteld door een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg die in dat geval ook de verpleegdiagnose stelt. Dat verpleegplan vermeldt ook de grenzen waarbinnen de basisverpleegkundige zelf elementen uit het verpleegplan kan aanpassen. De initiële inschatting van de mate van de complexiteit van de situatie gebeurt door de verpleegkundige verantwoordelijke voor algemene zorg of door de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het team. Zij zorgen ook, wanneer ze dit nodig achten, voor een herbeoordeling van de complexiteit van de situatie. Uitsluitend in het geval van technische prestaties die op kortstondige wijze (minder dan 24 uur) moeten worden uitgevoerd, kan de initiële inschatting van de complexiteit van de situatie worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige.

Rekening houdend met de gezondheidstoestand van de patiënt en de zorgcontext kan de basisverpleegkundige binnen de grenzen van zijn/haar bevoegdheden de zorg opstarten en dit op basis van een standaardverpleegplan opgesteld onder verantwoordelijkheid van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en zonder de initiële evaluatie door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam. De evaluatie van de toestand van de patiënt door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en/of de arts volgt, op straffe van onwettigheid, zo spoedig mogelijk.

De basisverpleegkundige die bij de zorgverlening vaststelt dat de situatie complexer wordt, verwittigt zo snel mogelijk de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam

voor een herevaluatie van de gezondheidstoestand van de patiënt en de nodige onderlinge samenwerking.

Het bepalen of een situatie al of niet complex is, is afhankelijk van meerdere factoren, waaronder de complexiteit van de zorg zelf, patiënteneigenschappen, de teamsamenstelling alsook de planvoorspelbaarheid van de zorg. Complexiteit van situaties waaronder complexiteit van zorgen is niet gebonden aan een bepaalde sector of setting.

[...]

Art. 6

[...)]

Het gestructureerd zorgteam is dus een vooraf gedefinieerd team dat is samengesteld uit gezondheidszorgbeoefenaars die in de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen bedoeld zijn. Deze gezondheidszorgbeoefenaars werken op een gecoördineerde manier samen om voor een vooraf bepaalde groep van patiënten of een vooraf bepaald type van zorg te zorgen. In lid 3 wordt ook aangegeven wat in dit kader onder “zorg” wordt begrepen, en het feit dat de teamleden de zorg verstrekken op basis van een gedeeld patiëntendossier en op basis van afspraken omtrent het uitvoeren van zorg in het kader van het zorgplan, de continuïteit en permanentie van praktijkuitvoering, en patiëntenoverleg.

In lid 4 wordt verduidelijkt dat er binnen dit team een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg verantwoordelijk is voor de coördinatie van de verpleegkundige zorg en, in voorkomend geval, voor het delegeren van verpleegkundige activiteiten en voor het toezicht op [...]”.

In het advies van de afdeling Wetgeving van de Raad van State nr. 75.348/2 van 28 februari 2024 over een ontwerp dat heeft geleid tot de wet van 18 mei 2024 wordt opgemerkt:

“Art. 3

Om te garanderen dat het recht op bescherming van de gezondheid, bedoeld in artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet, wordt gerespecteerd, alsook ter wille van de rechtszekerheid, dienen de gevallen die onder het begrip ‘op kortstondige wijze’ vallen, duidelijker te worden omschreven, aangezien ze bepalend zijn voor de toepassing van de afwijking die de basisverpleegkundige toelaat zelf een inschatting van de complexiteit van de situatie te maken. De vraag rijst of er niet op zijn minst een maximumperiode kan worden bepaald en of er geen objectieve elementen kunnen worden vastgesteld om die periode af te bakenen.

Het verdient hoe dan ook aanbeveling in de bespreking van het artikel voorbeelden op te geven, zodat in de mate van het mogelijke discussies worden vermeden over de vraag of de complexiteit van de situatie kan worden ingeschat door de basisverpleegkundige wanneer technische prestaties op zogenaamd kortstondige wijze moeten worden uitgevoerd.”

De wet van 18 mei 2024 wijzigt de nieuwe paragraaf 1/2 van artikel 45 van de wet van 10 mei 2015 als volgt:

“§ 1/2. Niemand mag, als basisverpleegkundige, de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 binnen de grenzen van de bevoegdheden en de activiteiten die de Koning hem heeft toevertrouwd, uitoefenen als hij niet in het bezit is van een diploma of een titel van basisverpleegkundige die behaald werd na een opleiding van minstens drie studiejaren met ten minste 3800 uur theoretisch en klinisch onderwijs, die uitgedrukt kunnen worden in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS-studiepunten, waarbij de duur van het theoretisch onderwijs ten minste een derde en de duur van het klinisch onderwijs ten minste de helft van de minimumduur van de opleiding bedraagt. De basisverpleegkundigen in opleiding worden gevormd in het kader van de in paragraaf 1 bedoelde beroepskennis, -vaardigheden en -competenties.

De basisverpleegkundige is een beoefenaar van de verpleegkunde die autonoom kan handelen in minder complexe situaties. In complexere situaties werkt hij binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met de arts wanneer er geen verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg deel uitmaakt van het zorgteam. De basisverpleegkundige handelt in het kader van de preventie, het behoud en de bevordering van de gezondheid in relatie tot de kwaliteit van leven. De initiële inschatting van de mate van de complexiteit van de situatie gebeurt door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het team. Zij zorgen ook, wanneer ze dit nodig achten, voor een herbeoordeling van de complexiteit van de situatie. Uitsluitend in het geval van technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur moeten worden uitgevoerd, kan de initiële inschatting van de complexiteit van de situatie worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige.

De Koning bepaalt, na advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, de verpleegkundige technische verstrekkingen die de basisverpleegkundige kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de basisverpleegkundige deze verstrekkingen kan uitvoeren.

Deze beschikking is van toepassing op iedereen die een basisverpleegkundigeopleiding aanvat vanaf het schooljaar of academiejaar 2023-2024.

Elke persoon die houder is van een diploma of een titel van verpleegkundige en die zijn opleiding tot verpleegkundige heeft aangevangen vóór het school- of academiejaar 2023-2024, mag van rechtswege de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 uitoefenen onder dezelfde voorwaarden als de in paragraaf 1 bedoelde verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg.”

Artikel 46 van de wet van 10 mei 2015 wordt door de wet van 18 mei 2024 vervangen als volgt:

“§ 1. Onder de uitoefening van verpleegkunde wordt verstaan het vervullen van de activiteiten die samen de verpleegkundige zorg vormen.

De verpleegkundige zorg kan preventief, curatief en/of palliatief zijn en wordt autonoom en waar van toepassing interprofessioneel uitgevoerd, in samenspraak met de patiënt en diens omgeving. Ze is van technische, relationele en/of educatieve aard. Ze richt zich tot individuele personen en

hun omgeving, groepen en/of de bredere gemeenschap en is gebaseerd op een gepersonaliseerde en geïntegreerde aanpak, waarbij onder meer de psychologische, sociale, economische, culturele en spirituele aspecten in aanmerking worden genomen. Ze houdt ook rekening met de wetenschappelijke en technologische verworvenheden, de kwaliteitsnormen en de beroepsdeontologie.

De verpleegkundige zorg omvat:

1°

- a) het observeren, het herkennen, het evalueren en het vastleggen van de gezondheidsstatus zowel op psychisch, fysiek als sociaal vlak;
- b) het uitvoeren van de verpleegkundige diagnostiek en het bepalen van de te verstrekken verpleegkundige zorg; het voorschrijven van verpleegkundige zorg; het coördineren van verpleegkundige zorg; het delegeren van technisch verpleegkundige verstrekkingen; het toezicht op de uitvoering van gedelegeerde technisch verpleegkundige verstrekkingen en zorg;
- c) het bijdragen aan de medische diagnosestelling, het meewerken aan de klinische bewaking van de gezondheidstoestand, het beoordelen van de evolutie van die gezondheidstoestand en het deelnemen, al of niet als lid van het interdisciplinair zorgteam, aan de uitvoering van de voorgeschreven behandelingen;
- d) het informeren en adviseren van de patiënt en/of zijn omgeving, het geven van gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
- e) het voortdurend bijstaan, uitvoeren en helpen uitvoeren van interventies en handelingen, waardoor de beoefenaar van de verpleegkunde het behoud, de verbetering en het herstel van de gezondheid van gezonde en zieke personen en groepen beoogt;
- f) het meewerken aan vroegtijdige zorgplanning, het verstrekken van palliatieve zorg en pijnbestrijding, het verlenen van levenseindezorg en de begeleiding bij de verwerking van het rouwproces;
- g) het zelfstandig treffen van urgente levensreddende maatregelen en het handelen in crisis- en rampensituaties;
- h) het analyseren van de kwaliteit van de zorg met als doelstelling de eigen beroepsuitoefening als verpleegkundige te verbeteren;

2° het uitvoeren technisch-verpleegkundige verstrekkingen waarvoor al dan niet een voorschrift van de arts of tandarts nodig is. De Koning stelt, overeenkomstig de bepalingen van artikel 141, de lijst vast van technisch-verpleegkundige verstrekkingen met vermelding of er een voorafgaandelijk medisch voorschrift nodig is, alsook desgevallend de regels voor de uitvoering ervan;

3° het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunde zoals bedoeld in artikel 23, § 1, alinea's 2 en 3 in opdracht van een arts of een tandarts.

§ 2. De Koning bepaalt, na advies van de Federale Raad voor de Verpleegkunde, de nadere regels en de bijzondere kwalificatiecriteria die beoefenaars van de verpleegkunde de mogelijkheid geven om geneesmiddelen en gezondheidsproducten voor te schrijven. De Koning bepaalt, na advies van de Federale Raad voor Verpleegkunde, de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen de categorieën van geneesmiddelen en gezondheidsproducten die al dan niet autonoom mogen worden voorgeschreven.

§ 3. De handelingen bepaald in paragraaf 1, 3° mogen enkel uitgevoerd worden door de verpleegkundigen bepaald in artikel 45, § 1 en § 1/1.

§ 4. De verpleegkundige handelingen en verstrekkingen bedoeld in paragraaf 1, 1°, 2°, en 3°, worden opgetekend in een verpleegkundig dossier.”

3.10. In lijn met de gewijzigde inhoud van artikel 45, § 1/2, van de wet van 10 mei 2015 wordt het koninklijk besluit van 20 september 2023 ‘bepalende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden’, aangepast.

Het ontwerp van koninklijk besluit ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 september 2023 bepalende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden’ wordt onderworpen aan een evenredigheidsbeoordeling en een regelgevingsimpactanalyse.

3.11. In het *Belgisch Staatsblad* van 25 april 2024 wordt het koninklijk besluit van 14 april 2024 ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 september 2023 bepalende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden’, bekendgemaakt.

Artikel 1 van dit besluit luidt:

“Artikel 1. In artikel 2, § 3, van het koninklijk besluit van 20 september 2023 bepalende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden, wordt het eerste lid vervangen als volgt:

‘De initiële inschatting van de mate van complexiteit gebeurt door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam. De verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts zorgen ook, wanneer ze dit nodig achten, voor een herbeoordeling van de complexiteit van de situatie. Deze initiële inschatting kan door de basisverpleegkundige worden uitgevoerd in geval van technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige.’”.

Deze bepaling maakt het voorwerp uit van een door de verzoekende partijen ingesteld beroep tot nietigverklaring gekend onder nr. A. 242.254/XII-9583, waarover heden arrest 263.926 wordt gewezen.

IV. Onderzoek van de middelen

A. Eerste middel

Uiteenzetting van het middel

4. In een eerste middel in het verzoekschrift voeren de verzoekende partijen de schending aan van “artikel 7 EVRM, artikel 15 IVBPR, de artikelen 12, 14 en 23 van de Grondwet, artikel 124 van de wet van 10 mei 2015, van het *lex certa*-beginsel, het legaliteitsbeginsel en het rechtszekerheidsbeginsel, al dan niet samen gelezen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet”.

De verzoekende partijen lichten het middel onder het kopje “toepassing” toe als volgt:

“Het eerste middel kan in essentie als volgt worden samengevat: het bestreden koninklijk besluit is onduidelijk.

Verzoekende partijen lijsten op welke punten uit het bestreden koninklijk besluit onder meer onduidelijk is:

- Het bestreden koninklijk besluit maakt in artikel 2 een onderscheid inzake bevoegdheden toekomend aan de basisverpleegkundige. De onderscheiden bevoegdheden zijn gebaseerd op het onderscheid tussen enerzijds ‘minder complexe situaties’ en anderzijds ‘complexere situaties’.

Wat een minder complexe of complexere situatie is, wordt niet nader gedefinieerd, uitgelegd, gedefinieerd of gekaderd.

Wordt de complexiteit bepaald door de gezondheidstoestand van de patiënt?

Wordt de complexiteit bepaald door de zorgcontext van de patiënt?

Wordt de complexiteit bepaald door de plaats waar de patiënt verblijft (ziekenhuis, thuis, woonzorgcentrum, gevangenis, forensisch psychiatrisch centrum, ...)?

- Het bestreden koninklijk besluit geeft in artikel 2, § 1 aan dat de basisverpleegkundige in minder complexe situaties autonoom de verpleegkunde uitoefent. De inhoud van het begrip ‘autonoom’ wordt echter niet gedefinieerd of omschreven.

Wat dit betekent, is dus niet duidelijk.

Nochtans is dit belangrijk. Temeer daar de term doorgaans de A-handelingen betreft; die worden autonoom verricht. Ook de B1-handelingen worden verricht door de verpleegkundige zonder voorschrift. Hoe verhoudt de graad van autonomie van de basisverpleegkundige bedoeld in de bestreden beslissing zich dus tot de classificatie in artikel 46 van de Wet van 10 mei 2015 van B1- en B2- handelingen, en de B-handelingen opgenomen in de lijst bij het bestreden besluit?

Verricht de basisverpleegkundige ook de B2-handelingen die opgelijst staan in de bijlage van het bestreden besluit, autonoom? En zo ja, wat houdt dit dan in gezien er een voorschrift nodig is voor die handelingen? In artikel 3 van het bestreden besluit staat dat er toch bij elke B-handeling bedoeld in het KB standaardverpleegplannen en/of procedures gevolgd moeten worden? Maar wat blijft er dan nog over van het feit dat de basisverpleegkundige conform artikel 2, §2 van het bestreden KB autonoom werkt?

Mag de basisverpleegkundige autonoom de A-handelingen uit artikel 46 van de Wet van 10 mei 2015 verrichten? Gelden de bepalingen van het bestreden besluit ook voor deze A-handelingen?

Artikel 2 van het bestreden besluit lijkt ook betrekking te hebben op de A-handelingen; de rest van de artikelen van het bestreden besluit niet?

- En wat houdt het 'in teamverband in samenspraak' werken in zoals bedoeld in artikel 2, §2 van het bestreden besluit? Staat dat tegenover 'autonoom', en betekent 'autonoom' dus 'alleen'? Wat is het verschil tussen 'in teamverband' en 'in samenspraak', of staat er eigenlijk twee keer hetzelfde?

- Wie bepaalt wat het 'zorgteam' is bedoeld in artikel 2, §3 van het bestreden KB? Hoe ziet er dat uit in een woonzorgcentrum, een ziekenhuis, een forensisch psychiatrisch centrum, etc.? blijft dat beperkt tot een dienst, een afdeling, een gang, ...?

- Wat is 'kortstondig' in de zin van artikel 2, §3 en welke zorg kan/moet er dan wanneer op kortstondige wijze uitgevoerd worden die maakt dat de basisverpleegkundige op eigen houtje kan doen wat hij of zijn meent dat er meteen moet gebeuren? Iemand die eigenlijk het minst opgeleid is kan dus zelf bepalen dan wat er toch zonder tussenkomst van iemand anders mag gebeuren?

- Enzoverder.

Deze onduidelijkheden in het bestreden koninklijk besluit zorgen ervoor dat een basisverpleegkundige niet met zekerheid weet hoe te handelen, wil een burgerrechtelijke/stafrechtelijke aansprakelijkheid worden vermeden.

Hij kent de bevoegdheids/uitoefeningsgrenzen niet op basis van het bestreden besluit want dat biedt hem geen duidelijkheid.

Daarom wordt die basisverpleegkundige benadeeld en zelfs gediscrimineerd ten aanzien van elke andere:

- rechtsonderhorige, zorgverlener of niet, die wel duidelijk weet aan welke wettelijke grenzen hij zich moet houden om al dan niet strafbare feiten te plegen;

- rechtsonderhorige, niet-verpleegkundige (noch verpleegkundige voor de algemene zorg, noch basisverpleegkundige), die wel duidelijk weet aan welke wettelijke grenzen hij zich moet houden om al dan niet zich schuldig te maken aan onwettige uitoefening van de verpleegkunde bestraft in artikel 124 van de Wet van 10 mei 2015;

- zorgverlener die wel duidelijk weet aan welke wettelijke grenzen hij zich moet houden om al dan niet zich schuldig te maken aan onwettige uitoefening van de verpleegkunde bestraft in artikel 124 van de Wet van 10 mei 2015;

- zorgverlener die wel duidelijk weet aan welke wettelijke grenzen hij zich moet houden om al dan niet zich schuldig te maken aan onwettige uitoefening van de geneeskunde bestraft in artikel 122 van de Wet van 10 mei 2015.

Daarom worden ook de verpleegkundige algemene zorg en de HBO5-verpleegkundige die zijn opleiding heeft aangevat voorafgaand aan het school-/academiejaar 2023-24 en die daarmee qua bevoegdheden gelijkgesteld wordt conform artikel 45, §1/2, laatste lid van de Wet van 10 mei 2015, benadeeld. Want ook zij weten gelet op de onduidelijkheden vervat in het bestreden besluit niet wat een basisverpleegkundige mag doen en niet mag doen. Ook zij moeten dat weten gelet op alle strafbepalingen vervat in artikel 124 van de Wet van 10 mei 2015 die de onwettige uitoefening en kort gezegd het meewerken daaraan beteugelen.

Daarom schendt het bestreden besluit artikel 7 EVRM, 15 IVBPR, de artikelen 12, 14 en 23 van de Grondwet, artikel 124 van de wet van 10 mei 2015 en het *lex certa*-beginsel, het legaliteitsbeginsel en het rechtszekerheidsbeginsel, al dan niet samengelezen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

Deze verschillende onduidelijkheden in het bestreden koninklijk besluit zorgen ervoor dat een basisverpleegkundige, een verpleegkundige algemene zorg en een HBO5-verpleegkundige die zijn opleiding heeft aangevat voorafgaand aan het school-/academiejaar 2023-24 en die daarmee qua bevoegdheden gelijkgesteld wordt, niet meer met zekerheid weten hoe te handelen, wil een burgerrechtelijke/stafrechtelijke aansprakelijkheid worden vermeden.

Een evident, maar belangrijk gevolg, is dat basisverpleegkundigen belemmerd worden in hun handelen. De basisverpleegkundige kan niet meer uitmaken of hij een bepaalde handeling mag stellen en/of onder welke omstandigheden hij dit mag doen.

Hetzelfde geldt voor de verpleegkundige algemene zorg en de HBO5-verpleegkundige die zijn opleiding heeft aangevat voorafgaand aan het school-/academiejaar 2023-24 en die daarmee qua bevoegdheden gelijkgesteld wordt.

Ze zullen dus aarzelen om zorg te bieden. Het is immers niet duidelijk wanneer ze zich blootstellen aan een burgerrechtelijke, dan wel strafrechtelijke aansprakelijkheid.

Deze onduidelijkheid en het daaruit volgende dralen is niet alleen nadelig voor de basisverpleegkundige, de verpleegkundige algemene zorg en de HBO5-verpleegkundige die zijn opleiding heeft aangevat voorafgaand aan het school-/academiejaar 2023-24 en die daarmee qua bevoegdheden gelijkgesteld wordt, maar ook ten nadele van de patiënt.

Een patiënt heeft immers recht op kwaliteitsvolle gezondheidszorg, verstrekt door een gezondheidszorgbeoefenaar met een duidelijk omschreven bevoegdheid en bijhorende kennis en kunde.

Dit zorgkwaliteit gaat achteruit door toedoen van de onduidelijkheid in het bestreden besluit met een nefaste implicatie op de volksgezondheid.

Om deze redenen gaat het bestreden besluit in tegen artikel 23 van de Grondwet.

Om alle bovenstaande redenen is het eerste middel dus ontvankelijk en gegrond.”

5. In de memorie van wederantwoord benadrukken de verzoekende partijen dat het pertinent is dat de verwerende partij een deel van de onduidelijkheid van het bestreden besluit zelf bevestigt, nu zij zelf in haar memorie van antwoord aangeeft:

“Het is dus in ieder geval de bedoeling om het onderscheid tussen ‘minder complexe situaties’ en ‘complexere situaties’ nog verder vast te leggen bij wet. Het bestreden besluit zal ook in die zin worden aangepast. Hiertoe worden momenteel de nodige initiatieven genomen. Aan de Federale Raad voor Verpleegkunde zal nog gevraagd worden om richtlijnen op te stellen die kunnen worden gebruikt door de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg en de artsen bij de beoordeling van de complexiteit van een zorgsituatie. Van enige onduidelijkheid over wat een minder complexe of complexere situatie is, is geen sprake.”

Volgens de verzoekende partijen bevestigt de verwerende partij dat het onderscheid tussen “complexere” en “minder complexe” situaties niet voldoende is vastgelegd in het bestreden besluit. Volgens de verzoekende partijen geeft de verwerende partij zelf aan dat met de van het koninklijk besluit van 20 september 2023 het begrip “kortstondig” onvoldoende duidelijk was. Volgens de verzoekende partijen spreekt de verwerende partij zichzelf dus tegen. Er zou geen sprake zijn van enige onduidelijkheid, maar toch werd het bestreden besluit sinds het inleiden van deze procedure reeds aangepast op het punt van de definiëring van de “technische prestaties die op kortstondige wijze worden uitgevoerd”, in welk geval de basisverpleegkundige de initiële inschatting van de mate van complexiteit van de situatie zelf mag inschatten. Sinds deze wijziging mag de basisverpleegkundige deze inschatting maken voor “technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur worden uitgevoerd”. Bovendien plant volgens de verzoekende partijen de verwerende partij nog aanpassingen, zo blijkt uit de memorie van antwoord. Het kan volgens de verzoekende partijen niet de bedoeling zijn om onduidelijke wetgeving te publiceren en in werking te laten treden, om deze vervolgens in de maanden na publicatie en na inwerkingtreding herhaaldelijk te moeten wijzigen. Intussen gelden die regels wel, en kunnen ze zelfs bij niet-naleving aanleiding geven tot strafsancities. Ondanks de wijzigingen die de verwerende partij intussen reeds heeft doorgevoerd aan het bestreden koninklijk besluit, blijven de voornaamste, hier aangekaarte onduidelijkheden volgens de verzoekende partijen bestaan.

Uit alle vragen die werden opgeworpen, werd slechts één deelvraag intussen beantwoord, met name “Wat is ‘kortstondig’ in de zin van artikel 2, §3?”. Nochtans lost deze herdefiniëring de onduidelijkheid niet op. Een

basisverpleegkundige mag nu een initiële inschatting van de complexiteit van de situatie maken voor “technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur worden uitgevoerd”. Is het verstrekken van prestaties aan een patiënt gedurende bijvoorbeeld 23 uur, kortstondig? Waarom werd de grens op 24 uur bepaald? Betekent dit dat de prestaties door meerdere basisverpleegkundigen kunnen worden verstrekt, aangezien een periode tot 24 uur shift-overschrijdend zal zijn? Wat indien de opvolgende basisverpleegkundige een andere inschatting maakt van de complexiteit van de situatie? Dit alles toont volgens de verzoekende partijen aan dat de bestreden bepaling(en) weldegelijk ondoordacht zijn. Zij leggen de vinger op de wonde door precies aan te duiden tot welke onwerkbaar situaties het arbitraire concept van de niet/weinig/minder/meer/... complexe handeling leidt. De bekritiseerde koppeling tussen het autonoom mogen werken in minder complexe situaties en de A-handelingen wordt nergens besproken of geduid door de verwerende partij in haar memorie van antwoord, en nochtans is die onbetwistbaar aanwezig. Dat is gewoonweg niet helder, hetgeen volgens de verzoekende partijen bij uitstek problematisch is. De verzoekende partijen benadrukken vervolgens dat de verwerende partij er niet in slaagt om de koppeling naar het verpleegkundig ABC te maken. Het lijkt volgens hen alsof de verwerende partij het bestreden koninklijk besluit heeft opgesteld, zonder rekening te houden met het verpleegkundig ABC in artikel 46 van de wet van 10 mei 2015. De vragen die verzoekende partijen hieromtrent hebben opgeworpen in het verzoekschrift tot nietigverklaring, bleven dan ook onbeantwoord door de verwerende partij. Volgens de verwerende partij kan niet worden betwist dat de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en de arts uiterst bekwaam zijn en het best geplaatst zijn om een inschatting van de mate van complexiteit te maken. Dit is nochtans volgens de verzoekende partijen naast de kwestie. De verzoekende partijen betwisten niet dat een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en/of arts een situatie inderdaad zouden kunnen inschatten. Het gaat er precies om dat een loutere inschatting door een collega op de werkvloer, die op een andere werkvloer - binnen hetzelfde veld - totaal anders kan zijn, de wettelijk bevoegdheid van de basisverpleegkundige bepaalt. De verwerende partij bevestigt uitdrukkelijk dat de bevoegdheid van de basisverpleegkundige volledig afhankelijk is van de inschatting van de complexiteit van de situatie, en niet van het soort handeling of

verstrekking. Hiermee wordt volgens de verzoekende partijen bevestigd dat de beoordeling van de complexiteit kan verschillen van dienst tot dienst, ziekenhuis tot ziekenhuis, netwerk tot netwerk, patiënt tot patiënt, arts tot arts, verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg tot verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg.

Voorts verwijzen de verzoekende partijen naar het gegeven dat de onduidelijkheid van de aan het bestreden besluit onderliggende wet bij de totstandkoming ervan regelmatig op tafel is gelegd. Volgens hen blijkt ten overvloede dat de wetgever alle pertinente waarschuwingen, vragen en bedenkingen omtrent het onduidelijke en arbitraire karakter van de wijzigende wetsbepalingen volledig naast zich neer heeft gelegd, met alle gevolgen van dien, zo ook voor het bestreden koninklijk besluit. Zo wezen verschillende Kamerleden op de onduidelijkheid van het terminologie omtrent de complexiteit van de handelingen. Uit het verslag van de eerste lezing van het wetsontwerp blijkt dat dit reeds van in het begin werd benadrukt. De onduidelijkheden werden met andere woorden reeds veelvuldig tijdens het wetgevend proces opgeworpen, maar blijven nochtans tot op vandaag bestaan. De hoeveelheid aan verzoekende partijen in dit dossier, toont aan dat het voorafgaand overleg met de sector onvoldoende werd gevoerd. De aan het bestreden besluit onderliggende wet vormt dan ook eveneens het voorwerp van een beroep tot nietigverklaring voor het Grondwettelijk Hof. Het bestreden koninklijk besluit dat een uitvoering vormt van deze wet, heeft dezelfde onduidelijkheden integraal overgenomen. Zo introduceerde de wet het betwiste onderscheid tussen de “complexere” en de “minder complexe” situaties. Het bestreden koninklijk besluit heeft deze concepten overgenomen, zonder deze te concretiseren aan de hand van een duidelijk afgebakend kader. Het bestreden koninklijk besluit heeft deze onduidelijkheid dus integraal overgenomen en bestendigd. Evenmin gaat het volgens de verzoekende partijen op om systematisch te verwijzen naar het gezamenlijk advies van januari 2023 van de Federale Raad voor Verpleegkunde (hierna: FRV) en van de Technische Commissie voor Verpleegkunde (hierna: TCV) als een soort troefkaart om de keuze voor een classificatie aan de hand van de mate van complexiteit te staven, nu de wetgever

dit gezamenlijk advies niet heeft gevolgd. De verzoekende partijen benadrukken dat de FRV en de TCV het begrip basisverpleegkundige omschrijven als volgt:

“De basisverpleegkundige is een beoefenaar van de verpleegkunde die autonoom of in samenwerking met de verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger handelt binnen een gestructureerd zorgteam. De verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger bepaalt op basis van een klinisch oordeel de situaties waar de basisverpleegkundige autonoom of in samenwerking kan handelen. De basisverpleegkundige handelt in het kader van de preventie, het behoud en de bevordering van de gezondheid in relatie tot de kwaliteit van leven. De basisverpleegkundige voert de zorgen uit, autonoom of in samenwerking binnen het zorgteam. De verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger doet de initiële grondige en globale evaluatie van de toestand van de patiënt/cliënt. Zodra deze initiële evaluatie is uitgevoerd, stelt hij in samenwerking met de andere beoefenaars van de verpleegkunde het verpleegkundig zorgplan op. Hij kan voor een beperkte periode het opstellen van het zorgplan delegeren aan de basisverpleegkundige. In dit geval en voor deze periode neemt de basisverpleegkundige de volledige verantwoordelijkheid voor het plan dat hij, in voorkomend geval, autonoom kan wijzigen. Indien dit de competenties van de basisverpleegkundige overstijgt, bijvoorbeeld door de evolutie van de gezondheidstoestand van de patiënt/cliënt, verwittigt de basisverpleegkundige de verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger voor een herevaluatie van de toestand. In elk geval evalueert deze laatste de toestand van de patiënt/cliënt aan het einde van de voorgestelde periode.”

De FRV en de TCV verwijzen volgens de verzoekende partijen niet naar de begrippen als “minder complexe situaties” of “complexere situaties”. De invoering ervan gebeurde geheel op eigen initiatief van de wetgever. De FRV en de TCV zijn van oordeel dat het aan de verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger is om op basis van het klinisch oordeel de situaties te bepalen waar de basisverpleegkundige autonoom of in samenwerking kan handelen. Immers:

“De Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde hebben verschillende schalen vergeleken om de complexiteit van situaties te definiëren. Na analyse van de bestaande schalen blijkt dat geen enkele wetenschappelijk gevalideerde schaal toelaat objectief te bepalen wanneer het beheer van complexe situaties een bepaald niveau van beroepen/functies vereist (van de zorgkundige tot de verpleegkundige specialist). De Raad en de Commissie bevelen aan zich systematisch te baseren op het klinisch oordeel van de verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger om te bepalen wanneer de basisverpleegkundige autonoom of onder toezicht werkt. De Raad en de Commissie bevelen ook aan dat verpleegkundig specialisten en klinisch verpleegkundige onderzoekers aanvullend onderzoek starten naar instrumenten die toelaten de complexe situaties in de verschillende praktijkomgevingen te omschrijven”.

Volgens de verzoekende partijen tonen de FRV en de TCV zich hiermee dus ook geen voorstander van deze terminologie, aangezien deze niet leidt tot objectiviteit. Met de aanbeveling van de FRV en de TCV om aanvullend onderzoek te voeren naar de complexiteit van situaties in verschillende praktijkomgevingen (zoals ziekenhuizen, woonzorgcentra, thuisverpleging, ...) werd evenmin rekening gehouden. Bovendien vragen de FRV en de TCV uitdrukkelijk om de verwijzing naar de arts in het wetsontwerp te schrappen op grond van het feit dat:

“het toezicht op de basisverpleegkundigen (...) onder de verantwoordelijkheid [valt] van de verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger voor de delegatie van technische verpleegkundige handelingen waarvoor geen medisch voorschrift vereist is (B1) en de technische verpleegkundige handelingen waarvoor een medisch voorschrift vereist is (B2). Deze technische verpleegkundige verstrekkingen worden verricht in het kader van de verschillende rollen van de basisverpleegkundige, naar analogie van de rollen van de verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger en niet van de rollen van de arts. Anderzijds zijn coördinatie van verpleegkundige zorg, verpleegkundige diagnoses en planning van verpleegkundige zorg specifieke verpleegkundige competenties die onmisbaar zijn voor het verlenen van verpleegkundige zorg. Deze vaardigheden worden niet onderwezen in het medische curriculum”.

Met dit verzoek van de FRC en de TCV werd volgens de verzoekende partijen evenmin rekening gehouden. Het gaat bijgevolg niet op om voor te houden dat de bestreden wetsbepalingen een loutere uitvoering zijn van hetgeen de verpleegkundige sector zelf heeft gevraagd via de FRV en de TCV. De wetgever heeft immers op eigen initiatief een onderscheid gemaakt tussen “minder complexe situaties” en “complexere situaties”, dit onderscheid werd overgenomen en bestendigd in het bestreden koninklijk besluit. Volgens de verzoekende partijen leest de verwerende partij het gezamenlijk advies van de FRC en de TCV wel bijzonder selectief, opdat de gemaakte wetgevende keuzes nu zouden kunnen worden verantwoord. Voorts benadrukken de verzoekende partijen dat zij in hun verzoekschrift hebben gewezen op het belang van de kwaliteit van de zorg, onder meer gewaarborgd door artikel 23 Gw. De bestreden bepalingen zijn strijdig met dit recht op (kwaliteitsvolle) gezondheidszorg, door de onduidelijkheid die zij creëren.

6. In hun laatste memorie lichten de verzoekende partijen nog op uitgebreide en gedetailleerde wijze hun standpunt, zoals ingenomen in het verzoekschrift en de memorie van wederantwoord toe:

“Verzoekende partijen menen dat het niet kan volstaan om louter te verwijzen naar de motivering van het Grondwettelijk Hof in een procedure gericht tegen de Wet van 28 juni 2023.

De beoordeling door uw Raad van State van het bestreden KB staat uiteraard los van de beoordeling door het Grondwettelijk Hof van de Wet van 28 juni 2023.

Door louter dit te doen heeft de auditeur geen eigen analyse gemaakt van het bestreden KB. De motieven van het Grondwettelijk Hof hebben immers betrekking op de Wet van 28 juni 2023, niet op het bestreden KB.

Zoals verwerende partij in zijn memorie van antwoord verschillende punten uit het verzoekschrift namens verzoekende partijen onbeantwoord liet, doet zich thans hetzelfde voor met het advies van de auditeur.

Zo wordt niet, of minstens niet op overtuigende wijze, ingegaan op de hierna volgende punten.

1. Draagvlak in de sector

Verzoekende partijen kunnen alleen maar nogmaals ten overvloede benadrukken dat er grote ongerustheid heerst in de sector.

Deze ongerustheid wordt versterkt door het gemak waarmee een juridische onduidelijkheid van tafel wordt geveegd door te stellen dat een individu zelf maar moet weten hoe zich te gedragen op de werkvloer, omdat de wetgeving toch simpelweg duidelijk zou zijn.

Welnu, het wettelijk kader omtrent de basisverpleegkundige en haar inbedding in de zorg(ladder) is niet duidelijk. De sector geeft uitdrukkelijk aan, op alle manieren die mogelijk zijn (procedures, debatten, petitie, manifestaties, ...) dat niet geweten is hoe zij met dit nieuw regelgevend kader moeten omgaan. Zij hebben dan ook het gevoel absoluut niet serieus genomen te worden.

Uit het de parlementaire voorbereiding bij het Wetsontwerp van 13 maart 2024 tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, teneinde de hervorming van de verpleegkunde, de afschaffing van de Technische Commissies voor verpleegkunde en de paramedische beroepen en de aanpassing van de taken van de Federale Raden voor verpleegkunde en paramedische beroepen hierin op te nemen, blijkt eveneens dat er nog steeds bijzonder veel vragen rijzen over de hervorming van het verpleegkundig beroep.

Vooreerst werd erkend dat er vanuit vele hoeken commentaar is gekomen op de hervorming van het verpleegkundig beroep:

‘De minister ontving reacties van beroepsorganisaties (zoals de AUVB/UGIB, het Netwerk Verpleegkunde, de BEFEZO, de BVVS, de ACN, de BVAS), van verschillende organisaties van paramedische beroepen, van werkgeversorganisaties (UNESSA, Zorgnet-Icuro, Santhea, Vlozo, Voka), van werknemersorganisaties, van universiteiten en van hogescholen. Er waren individuele reacties en een petitie georganiseerd door de ACN. Er is veel overleg geweest. De meningen zijn verschillend en het komt aan het Parlement toe een middenweg te zoeken met het oog op noodzakelijke hervormingen.’ [...]

En verder:

‘De minister stelt vast dat er twee meningen zijn met betrekking tot de regelgeving.

Er zijn voorstanders van de invoering van een profiel basisverpleegkundige, deze groep steunt de zorgladder. Maar er is te weinig verschil tussen de basisverpleegkundige en de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg. En daarom moet de tekst van het wetsontwerp aangepast worden. Verder zijn ze van mening dat er geen enkele rol aan de arts mag gegeven worden. Een arts mag niet oordelen wat de complexiteit is van een situatie. In een complexe situatie moet de basisverpleegkundige samenwerken met een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en niet met een arts.’

‘De minister wijst op een tweede groep manifestanten die tegen de invoering is van de basisverpleegkundige. Zij vinden dat er geen basisverpleegkundige nodig is. Deze groep wenst slechts één soort verpleegkundige en zorgkundigen. De minister vindt zorgkundigen een belangrijke actor. Stellen dat er enkel verpleegkundigen van één niveau nodig zijn naast zorgkundigen is voor de minister onbegrijpelijk.’

Verder wordt erkend dat het de begrippen ‘minder complexe situaties’ en ‘complexere situaties’ op heden niet duidelijk omlijnd zijn:

‘De minister stelt dat er nu wetgeving gemaakt wordt. Maar er is ook nog het verder uitwerken van deze wetgeving. Er moeten richtlijnen komen over hoe complexiteit moet begrepen worden. De minister zal de Federale Raad voor Verpleegkunde vragen om daar werk van te maken. De minister stelt dat het hier en nu onmogelijk is in detail te zeggen wat al dan niet complex is.’ [...]

En verder:

‘De minister erkent dat het om een delicaat evenwicht gaat want er is ook de kritiek dat de minister te ver gaat in de differentiatie tussen basisverpleegkundige en verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg. Het is dan ook belangrijk dat de notie van complexiteit zich op het terrein ontwikkelt.’

Vanuit de overheid wordt dus erkend dat het huidige kader logischerwijze voor veel beroering zorgt, aangezien het kader momenteel nog niet af is (en men er voorlopig niet uit lijkt te komen).

Tijdens de diverse Kamerdebatten die intussen gevoerd zijn, bleek duidelijk dat men er vanuit de overheid niet in slaagt om de onzekerheden en juridische lacunes en onduidelijkheden weg te werken.

Hierna volgt een niet-exhaustieve greep uit de verschillende bekommernissen die tot op vandaag blijven bestaan:

‘Voorts vreest de spreekster voor problemen wanneer HBO5-verpleegkundigen voor thuisverpleegkundige zorg vervangen worden door basisverpleegkundigen die minder autonomie zouden hebben.’

En:

‘De Raad van State geeft in zijn advies aan onvoldoende tijd te hebben gehad om te onderzoeken of het voorschrijven van medicatie door verpleegkundigen aanvaard zou kunnen worden in het licht van het Europees recht. Is het nog de bedoeling dat dit verder wordt onderzocht? Zullen enkel de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg dat kunnen doen of ook basisverpleegkundigen?’

En:

‘Op 20 maart 2024 heeft de minister aangekondigd dat de Federale Raad voor Verpleegkunde (FRV) zou worden verzocht een voorstel te doen om te onderscheiden en te verduidelijken wat onder “complexe zorg”, respectievelijk “minder complexe zorg” dient te worden begrepen. De

sprekster steunt dat initiatief. Het wetsontwerp zou bevattelijker en juridisch deugdelijker zijn, mocht duidelijk worden aangegeven dat werk wordt gemaakt van een wetenschappelijk instrument waarmee de VVAZ de complexiteit van de zorg kan beoordelen op basis van het jongste wetenschappelijk onderzoek. Een en ander zou tot gevolg hebben dat die complexiteit eenvormig wordt beoordeeld, wat de kwaliteit van de zorg en de praktijk zou verbeteren. Zwitserland en Quebec beschikken over instrumenten die de complexiteit van de zorg evidence-based en objectief definiëren. De wettekst zou pas van kracht mogen worden zodra het begrip “mate van complexiteit” is gedefinieerd.’

En:

‘Kan de minister bevestigen dat de zinsnede “de initiële inschatting van de mate van complexiteit van de situatie door de arts gebeurt wanneer de VVAZ geen deel uitmaakt van het team” moet worden begrepen als een tijdelijke en niet-structurele situatie?

Voormeld artikel bepaalt ook dat de initiële inschatting van de complexiteit van de situatie door de basisverpleegkundige mag worden uitgevoerd, maar uitsluitend in het geval van technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur moeten worden uitgevoerd. Zal die beperking te allen tijde moeten worden nageleefd?’

En:

‘Het derde aspect waar de spreker dieper op wil ingaan, is de inschatting van de complexiteit van de situatie. Die zorgt in het veld immers voor de nodige nervositeit. Wat is immers complex, en wat minder of wat niet? Die inschatting mag geen nattevingerwerk zijn; ze zou moeten kunnen gebeuren aan de hand van een complexiteitsschaal. Het lid heeft opgevangen dat binnen de FRV een werkgroep over die kwestie zou worden opgericht. Kan de minister dat bevestigen? Mag derhalve worden gesteld dat de wet enkel ten uitvoer kan worden gelegd zodra die complexiteitsschaal klaar is?’

En:

‘Mevrouw Sneppe blijft erbij dat in veel gevallen (vooral in woon-zorgcentra) geen verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of arts aanwezig is en dat de basisverpleegkundigen dus vaak beslissingen zullen moeten nemen zonder dat van delegatie sprake is. Zijn ze dan onwettig bezig? Het lid vraagt zich af hoe dit in de praktijk het positieve verloop van de zorg zal beïnvloeden.

Ze merkt verder op dat basisverpleegkundigen over specifieke competenties moeten beschikken voor de initiële inschatting van de complexiteit van een situatie. Die competenties zijn evenwel niet opgenomen in het beroepskwalificatieprofiel van de basisverpleegkundigen. Ziet de minister hier geen contradictie in?’

En:

‘Met dit hervormingsplan zullen basisverpleegkundigen even vaak aan het bed van de patiënt staan als de verpleegkundigen verantwoordelijken voor algemene zorg (VVAZ). Het uiteindelijke resultaat zal zijn dat er meer lager gekwalificeerd personeel aan het bed van de patiënt zal staan. Het is echter wetenschappelijk aangetoond dat dit leidt tot een hogere mortaliteit en een hogere morbiditeit. De gegevens waarmee de minister schermt zijn geen wetenschappelijke gegevens, want het is niet eens duidelijk wie ze heeft opgesteld. De spreker betwijfelt of ze door wetenschappers zijn opgesteld.

Nochtans bestaan er echte wetenschappelijke studies over de verpleegkundige zorg in ons land. Op 30 januari 2020 heeft het KCE een

studie gepubliceerd over de omkaderingsnormen in België. In die studie werd helemaal niet gevraagd om mensen tot basisverpleegkundigen op te leiden. Er werd gevraagd om het aantal verpleegkundigen te verhogen, en het beroep van verpleegkundige te herwaarderen, om zo tot betere personeelsaantallen te komen. Dat had de regering moeten doen. Men had moeten streven naar een omkaderingsnorm van één verpleegkundige voor acht patiënten. In plaats daarvan heeft men vandaag een situatie waarin 82 % van de verpleegkundigen aangeven dat ze maaltijden serveren. Deze taak zou door ondersteunend personeel moeten worden opgenomen. Dit soort organisatie wordt helemaal niet voorzien door het wetsontwerp dat ter bespreking voorligt.'

En:

'Het wetsontwerp gaat in tegen het advies van de AUVB, en zou voor grote verwarring kunnen zorgen in het werkveld. De sprekerster begrijpt dan ook niet waarom men dit wetsontwerp wil stemmen, zonder eerst de nodige hoorzittingen te hebben gehouden.'

En:

'Maar de manier waarop deze nieuwe functie nu is ingevuld, is problematisch. Het verschil tussen de basisverpleegkundigen en de VVAZ is klein. Basisverpleegkundigen mogen bijna alle taken uitvoeren in niet complexe situaties. De notie van "complexiteit" blijft daarnaast vaag. Beschikt de minister vandaag over een wetenschappelijk instrument dat geschikt is om de complexiteit van de zorghandelingen in te schatten? Volgens de minister kunnen er later criteria worden vastgelegd in richtlijnen, en niet in de wet. Dat is toch problematisch. De minister doet de zaken in de omgekeerd volgorde: eerst stemmen we snel een wet en later zien we wel. De sprekerster vreest dat er een arbitrair systeem wordt opgezet, zonder rechtszekerheid voor het zorgpersoneel. Op termijn gaat dit leiden tot de vervanging van VVAZ door minder gekwalificeerd personeel. Dit zal een grote impact hebben op de zorgkwaliteit en op de veiligheid van de patiënt.'

En:

'Volgens mevrouw Rohonyi zal de personeelsschaarste in de zorg ook niet opgelost worden met het wetsontwerp. Hoe wil de minister immers meer verpleegkundigen aantrekken als hij het beroep devalueert? Waarom heeft hij er niet voor gekozen om de reeds bestaande beroepen te herwaarderen, in plaats van een nieuw beroep te creëren? Wordt er met de deelstaten overlegd over de uitbreiding van de opleiding tot zorgkundige? De zorgkundigen hadden dan opgeleid kunnen worden tot basisverpleegkundigen.'

En:

'Door deze hervorming zal de basisverpleegkundige de toelating hebben alle verpleegkundige activiteiten of handelingen uit te voeren (handelingen A en technische prestaties B1 en B2) op autonome wijze in minder complexe situaties en in samenwerking met een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg in meer complexe situaties. Het komt erop neer dat een basisverpleegkundige dezelfde handelingen zal kunnen stellen als een verpleegkundige verantwoordelijke voor algemene zorg maar enkel in minder complexe situaties. De spreker benadrukt dat het probleem van de definitie van de complexiteit nog steeds niet is opgelost. De definitie die in het wetsontwerp is opgenomen blijft vaag en de uitleg van de minister overtuigt niet.'

En:

‘Het zijn niet alleen de verpleegkundigen die kwaad zijn. Artsen, ondersteunend personeel en ziekenhuisbestuurders zijn ook niet tevreden. Alle actoren waarmee de spreekster heeft gesproken zijn bezorgd. Allen vrezen ze dat het wetsontwerp voor spanningen op de werkvloer zal zorgen, eerder dan te zorgen voor de best mogelijke samenwerking tussen de verschillende profielen en zorgberoepen.’

En:

‘De minister beweerde tijdens de bespreking in eerste lezing dat dit wetsontwerp de kwaliteit van de zorg zou verhogen. Maar de wetenschappelijke evidentie spreekt dat tegen. Alle wetenschappelijke studies tonen aan dat men een voldoende aantal zorgverleners op de werkvloer moet hebben én dat men moet mikken op een zo hoog mogelijk opleidingsniveau. De spreekster bespreekt enkele wetenschappelijke papers en studies:

— In BMC Health Services Research verscheen een paper over multicentrisch onderzoek in 2019 van Filip Haegdorens (Universiteit Antwerpen). De conclusie van deze paper is dat het opleidingsniveau van de verpleegkundigen een effect heeft op de evolutie van de patiënten en op de intramurale mortaliteit van patiënten. Hoe hoger het opleidingsniveau van de verpleegkundigen, hoe gunstiger dit is voor de patiënten.

— Een studie in The Lancet uit 2014 komt tot een gelijkaardige conclusie. Het aantal bachelors dat tewerkgesteld is in een ziekenhuis heeft een invloed op de sterftegraad in het ziekenhuis: een toename van 10 % van het aantal verpleegkundigen met een bachelordiploma wordt in verband gebracht met een afname van 7 % van het sterftecijfer binnen 30 dagen na opname van een patiënt.

— De National Academy of Medicine (vroeger het Institute of Medicine) heeft aan de hand van modellen aangetoond welk opleidingsniveau de verpleegkundigen zouden moeten hebben. De studie toont aan dat men 80 % bachelors op de werkvloer zou moeten hebben om de veiligheid van de patiënt te kunnen garanderen. De paper van Haegdorens toont echter aan dat men in België gemiddeld aan 60 % bachelors in de verpleegkunde komt.

— Een paper verschenen in de British Medical Journal in 2018 toont aan dat hoe meer patiënten er worden toegewezen aan één verpleegkundige, hoe hoger de mortaliteit zal zijn. En hoe meer korter geschoolde verpleegkundigen er tewerkgesteld zijn in een ziekenhuis, hoe hoger de mortaliteit er is.

— Een recente studie (2024) in Medical care van Rosenbaum et al. toont ook aan dat het opleidingsniveau van verpleegkundigen van belang is.’

En:

‘De spreekster is ook bezorgd over wat de meerderheidspartijen reeds gesteld hebben in dit dossier. De Waalse minister van Gezondheid, minister Morreale, trachtte onlangs de sector gerust te stellen, en deelde mee dat de assistant en soins infirmiers (AESI) een ondersteunende functie was die enkel diende voor de “administratieve verlichting” van de verpleegkundigen.’

Verzoekende partijen zouden in principe nog quasi eindeloos kunnen doorgaan met het oplist van de bekommernissen die er (nog steeds) leven, ook nog steeds na de neerlegging van de memorie van wederantwoord op 7 november 2024 door verzoekende partijen.

Op 28 november 2024, werd overigens een gelijkaardig debat over de verwarring rond het begrip “basisverpleegkundige” gevoerd in het Parlement van de Duitstalige Gemeenschap.

Verder dient nog de online petitie uitgaande van een verpleegkundige beroepsvereniging, ACN, de Association belge des praticiens de l’art infirmier, “Nous exigeons d’être soignés par l’infirmière la plus compétente !” te worden vermeld:

‘Depuis 50 ans les infirmier/ère belges sont des professionnelles de la santé hautement compétents et formés selon les standards européens.

Le gouvernement belge modifie cette législation pour que de nouveaux assistants en soins infirmiers avec moins de compétence et formés en dessous des standards européens puissent exercer sans distinction comme des infirmier/ères et être considérés comme leur équivalents, par exemple dans les normes hospitalières.

Nous nous y opposons !

En tant que citoyens, patients et futurs patients, lorsque l’on se présente à nous comme infirmier/ère nous avons le droit de savoir s’il s’agit d’une vraie infirmière ou pas !

Lorsque nous faisons appel à une infirmier/re, nous exigeons que cette personne réponde à la meilleure formation possible, celle qui est de niveau européen et hautement compétente, et pas une formation moindre !

Que ce soit pour nous, pour nos enfants, nos parents, à l’hôpital, en maison de repos ou à domicile, nous ne voulons qu’une infirmière, la mieux formée et compétente possible !

Dès lors, nous demandons que l’état :

- Ne modifie pas les législations actuelles octroyant aux infirmiers/ières un statut et une place spécifiques qui ne peuvent pas être exercés par une personne moins bien formée.

- Soutienne davantage les infirmières et infirmiers en mettant à leurs côtés d’autres professionnels pour les aider, mais pas en les remplaçant par ces professionnels moins formés !

- Diminue le nombre de patients qui doivent être soignés par chaque infirmière et les cadences de soins infernales !

- Revalorise le salaire des infirmiers/ères.

En signant cette pétition, je demande que l’état respecte les revendications et principes énoncés ci-dessus.’

Vrije vertaling:

‘Al 50 jaar lang zijn Belgische verpleegkundigen zeer competente gezondheidswerkers, opgeleid volgens de Europese normen.

De Belgische regering wijzigt deze wetgeving zodat nieuwe basisverpleegkundigen met minder bekwaamheid en opgeleid onder de Europese normen zonder onderscheid als verpleegkundigen kunnen werken en beschouwd worden als hun equivalenten, bijvoorbeeld in ziekenhuisnormen.

Wij zijn hier tegen!

Als burgers, patiënten en toekomstige patiënten hebben we het recht om te weten of iemand zich aan ons presenteert als een verpleegkundige of niet!

Wanneer we een beroep doen op de diensten van een verpleegkundige, eisen we dat deze persoon de best mogelijke opleiding heeft, een opleiding die aan de Europese normen voldoet en zeer bekwaam is, en geen mindere opleiding!

Of het nu voor ons, onze kinderen, onze ouders, in het ziekenhuis, in een verpleeghuis of thuis is, we willen alleen een verpleegkundige die de best mogelijke opleiding en bekwaamheid heeft!

Daarom vragen we de overheid:

- De huidige wetgeving die verpleegkundigen een specifieke status en positie geeft die niet kan worden uitgeoefend door een minder goed opgeleid persoon, niet te wijzigen.
- Meer steun te geven aan verpleegkundigen door andere professionals aan hun zijde te plaatsen om hen te helpen, maar niet door hen te vervangen door deze minder goed opgeleide professionals!
- Verminder het aantal patiënten dat elke verpleegkundige moet verzorgen en het helse tempo van de zorg!
- Verbeter het loon van verpleegkundigen.

Door deze petitie te ondertekenen, eis ik dat de regering de bovenstaande eisen en principes respecteert.'

Deze petitie werd op het moment van redactie van deze laatste memorie inmiddels maar liefst 4.389 keer (!) ondertekend:

[...]

2. Deel van de onduidelijkheid wordt toegegeven

Verzoekende partijen verwijzen op dit punt naar hun memorie van wederantwoord d.d. 7 november 2024 en vooral naar de aankondiging van verwerende partij dat het onderscheid tussen 'minder complexe situaties' en 'complexere situaties' nog verder zal worden vastgelegd bij wet.

Verzoekende partijen achten het toch wel bijzonder frappant dat verwerende partij de onduidelijkheid kan toegeven, ondertussen kan blijven sleutelen aan het regelgevend kader, adviezen kan blijven inwinnen om de onduidelijkheid op te vangen, etc. zonder dat iemand blijkbaar de ernst van deze onduidelijkheid wenst in te zien.

De onduidelijk van het begrippenkader blijkt eveneens uit het meest recente advies van de FRV d.d. 12 november 2024 over de beoordeling van de complexiteitsgraad van de verpleegkundige zorg

Zoals blijkt uit dit advies hangt de mate van complexiteit van een situatie af van een veelvoud aan factoren:

Elementen gerelateerd aan de patiënt/cliënt:

Polypathologieën: aanwezigheid van meerdere chronische of acute aandoeningen die elkaar beïnvloeden;

Comorbiditeiten: het bestaan van gelijktijdige medische aandoeningen die de behandeling bemoeilijken;

Kwetsbaarheid: fysieke of mentale kwetsbaarheid, leeftijd (jong – hoge), handicap, sociale en financiële kwetsbaarheid, mate van autonomie en capaciteit voor empowerment;

Elementen gerelateerd aan de behandeling:

Multimodale behandelingen: gelijktijdig gebruik van meerdere soorten therapieën (medisch, chirurgisch, psychologisch);

Geneesmiddelinteracties: hoge risico's op interacties tussen meerdere medicijnen;

Hoog risico op complicaties: verwachting van complicaties als gevolg van de behandeling of de toestand van de patiënt;

Organisatorische elementen:

Coördinatie van zorg: betrokkenheid/noodzaak van coördinatie tussen verschillende gezondheidszorgprofessionals of -diensten;

Continuïteit van zorg: Moeilijkheden bij het beheren van het verloop van zorg, overgangen tussen verschillende zorgniveaus;

Zorgvoorzieningen: aanwezigheid van competente professionals voor het gebruik van complexe technologieën (beademing, dialyse, ...) of innovatieve apparatuur (robotica, e-gezondheid, slimme sensoren en monitoring, ...);

Relationele elementen:

Conflicten of meningsverschillen: aanwezigheid van onenigheden tussen gezondheidszorgprofessionals, de patiënt/cliënt of de familie over therapeutische keuzes;

Culturele en linguïstische diversiteit: moeilijkheden gerelateerd door taal-, culturele of spirituele barrières;

Besluitvorming: ethische of juridische moeilijkheden bij de besluitvorming, vooral aan het einde van het leven

Communicatieproblemen: moeilijkheden gerelateerd aan de gezondheidskennis van de patiënt/cliënt of aan cognitieve barrières

Psychosociale elementen:

Sociale omgeving: aanwezigheid of afwezigheid van de gezinsleden, een sociale of professionele context die de zorgverlening belemmert/bemoeilijkt;

Psychologische ondersteuning: behoefte aan psychologische ondersteuning voor de patiënt of zijn familie vanwege stress, angst of depressie;

Therapietrouw: moeilijkheden om de therapietrouw van de patiënt te verkrijgen;

Contextuele elementen:

Omgeving: zorg in een context van rampen, pandemieën, of in oorlogsgebieden;

Beperkte middelen: gebrek aan toegang tot essentiële medische middelen (geneesmiddelen, personeel, apparatuur);

Elementen gerelateerd aan een onzekere evolutie:

Voorzichtig prognose: onzekerheid over het verloop van de ziekte of de effectiviteit van de behandeling;

Onvoorspelbaarheid van zorg: de noodzaak van frequente herbeoordeling en aanpassing van het verpleegzorgplan.

Op basis van een samenspel van al deze elementen moet een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, basisverpleegkundige en arts zagezegd weten of een situatie in meer of mindere mate complex is. De vraag rijst hoe men überhaupt ervan uit kan gaan dat zij zelfs de tijd hebben om deze analyse te maken?

Met al deze elementen doet de wetgever op zijn beurt niets. De FRV moet eigenlijk duidelijkheid scheppen, maar het omgekeerde is gebleken: de FRV moet (opnieuw) toegeven dat de complexiteit van een zorgsituatie niet te vatten is enkele behapbare criteria.

Onterecht acht de auditeur dit allemaal niet problematisch.

De onwerkbaarheid van de onduidelijke, niet-juridische terminologie zoals 'complexiteit' blijkt dus uit de adviezen die verwerende partij zelf inwint. Zelfs het adviesorgaan trekt zijn handen er van af en schuift de verantwoordelijkheid om het wetgevend kader duidelijk te krijgen door naar andere instanties.

Hoe is men van plan om deze situatie recht te trekken?

3. Andere onduidelijkheden blijven

Verzoekende partijen verwijzen op dit punt naar de procedure met rolnummer G/A 242.254, waarin eveneens een laatste memorie houdende het verzoek tot voorzetting wordt neergelegd.

Deze annulatieprocedure werd ingeleid tegen het KB van 14 april 2024 tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 september 2023 bepalende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden, BS 25 april 2024.

De wijzigingen die dit KB heeft aangebracht tonen aan dat het hier bestreden KB onvolledig was. Tegelijk blijkt echter dat ook deze wijzigingen niet tot een duidelijk, werkbaar wetgevend kader hebben geleid.

4. Geen match met het verpleegkundig ABC

De verhouding tussen het bestreden KB en het verpleegkundig ABC is een element waar veel te licht over wordt gegaan. Verzoekende partijen kunnen dit niet begrijpen.

Verzoekende partijen blijven zich erover verbazen dat het verpleegkundig ABC volledig uit het oog werd verloren bij de uitwerking van de verpleegkundige hervorming.

Zo wordt er nergens ingegaan op het feit dat een A-handeling uit het verpleegkundig ABC een autonome handeling is. Mag de basisverpleegkundige autonoom de A-handelingen uit artikel 46 van de Wet van 10 mei 2015 verrichten? Gelden de bepalingen van het bestreden besluit ook voor deze A-handelingen? Artikel 2 van het bestreden besluit lijkt ook betrekking te hebben op de A-handelingen; maar de rest van de artikelen van het bestreden besluit niet... Enfin, het is gewoon niet duidelijk. Het Grondwettelijk Hof zegt daar niks over. Terwijl dat absoluut een punt is dat helder moet zijn. Het gaat wel over de uitoefening van een zorgberoep en de krijtlijnen ervan waarvan de overtreding strafbaar is!

Door in het bestreden besluit het begrip ‘autonoom’ op een andere manier te gebruiken dan eerder in het verpleegkundig ABC gangbaar was, heeft verwerende partij onnodige en onwerkbare verwarring gecreëerd.

Verzoekende partijen vragen uw Raad van State om daar wel uitspraak over te doen.

5. Individueel bepaalt wettelijke bevoegdheid

Verzoekende partijen begrijpen ook op dit punt absoluut niet waarom men zo licht gaat over het gegeven dat het thans de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en de arts zijn -en de basisverpleegkundige zelf nota bene- die -zonder enige duidelijkheid over de manier waarop- de bevoegdheid en de handelswijze van een basisverpleegkundige zullen bepalen.

Indien men blijft vasthouden aan de stelling dat dit allemaal toch wel duidelijk is en niet geproblematiseerd hoeft te worden, neemt men verzoekende partijen gewoonweg niet serieus.

Een wetgever moet inderdaad keuzes maken, maar wanneer uit alle elementen blijkt dat men onwerkbare keuzes heeft gemaakt, moet men ook voortschrijdend inzicht durven tonen door naar het werkveld zelf te luisteren, die finaal als enige ook effectief met dit kader aan de slag zal moeten gaan.

6. Onduidelijkheid wordt door iedereen bevestigd

Bovenstaande toont aan dat de onduidelijkheden en de juridische problematieken, die door verzoekende partijen reeds werden uiteengezet in hun verzoekschrift en memorie van wederantwoord, nog steeds bestaan.

Zoals Mevrouw Catherine Fonck eveneens aanhaalde tijdens één van de kamerdebatten, is er divers wetenschappelijk materiaal dat de huidige werkwijze van de wetgever en de hervorming van de verpleegkundige ladder ondergraaft:

‘De minister beweerde tijdens de bespreking in eerste lezing dat dit wetsontwerp de kwaliteit van de zorg zou verhogen. Maar de wetenschappelijke evidentie spreekt dat tegen. Alle wetenschappelijke

studies tonen aan dat men een voldoende aantal zorgverleners op de werkvloer moet hebben én dat men moet mikken op een zo hoog mogelijk opleidingsniveau. De spreker bespreekt enkele wetenschappelijke papers en studies:

— In BMC Health Services Research verscheen een paper over multicentrisch onderzoek in 2019 van Filip Haegdorens (Universiteit Antwerpen). De conclusie van deze paper is dat het opleidingsniveau van de verpleegkundigen een effect heeft op de evolutie van de patiënten en op de intramurale mortaliteit van patiënten. Hoe hoger het opleidingsniveau van de verpleegkundigen, hoe gunstiger dit is voor de patiënten.

— Een studie in The Lancet uit 2014 komt tot een gelijkaardige conclusie. Het aantal bachelors dat tewerkgesteld is in een ziekenhuis heeft een invloed op de sterftegraad in het ziekenhuis: een toename van 10 % van het aantal verpleegkundigen met een bachelordiploma wordt in verband gebracht met een afname van 7 % van het sterftecijfer binnen 30 dagen na opname van een patiënt.

— De National Academy of Medicine (vroeger het Institute of Medicine) heeft aan de hand van modellen aangetoond welk opleidingsniveau de verpleegkundigen zouden moeten hebben. De studie toont aan dat men 80 % bachelors op de werkvloer zou moeten hebben om de veiligheid van de patiënt te kunnen garanderen. De paper van Haegdorens toont echter aan dat men in België gemiddeld aan 60 % bachelors in de verpleegkunde komt.

— Een paper verschenen in de British Medical Journal in 2018 toont aan dat hoe meer patiënten er worden toegewezen aan één verpleegkundige, hoe hoger de mortaliteit zal zijn. En hoe meer korter geschoolde verpleegkundigen er tewerkgesteld zijn in een ziekenhuis, hoe hoger de mortaliteit er is.

— Een recente studie (2024) in Medical care van Rosenbaum et al. toont ook aan dat het opleidingsniveau van verpleegkundigen van belang is.’
[...]

Dit toont aan dat het doel dat men vooropstelt, zijnde het verhogen van de kwaliteit van de zorg, niet wordt bereikt op de manier waarop de zorgladder momenteel is hervormd. Deze hervorming slaagt er voorlopig louter in om onrust en onzekerheid in de sector te creëren. Evident kan dit niet de bedoeling zijn geweest.

Patiënten zullen immers niet langer weten welke soort “verpleegkundige” aan hun bed staat, dokters zullen niet langer weten welke soort “verpleegkundige” naast hen staat, verpleegkundigen weten onderling van elkaar en van zichzelf niet welke bevoegdheden zij hebben, ... Dit is bijzonder problematisch, mede in het licht van de kwaliteit van de zorg, de patiëntenrechten, de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, ...

7. Het bestreden besluit is niet in overeenstemming met het advies van de FRV en TCV

Verzoekende partijen menen dat de adviezen van de Federale Raad voor Verpleegkunde en van de (inmiddels opgeheven) Technische Commissie voor Verpleegkunde systematisch fout worden geïnterpreteerd, waardoor er ten onrechte door verwerende partij naar wordt verwezen ter legitimering van het bestreden KB:

- het gezamenlijk advies van de FRV (FRV/2023/ADVIES-01 d.d. 10 januari 2023) en van de (inmiddels opgeheven) TCV (TCV/2023/ADVIES-01 d.d. 12 januari 2023) betreffende de uitvoering van de zorg-/leerladder in de verpleegkunde – basisverpleegkundige.

Verzoekende partijen hebben in hun memorie van wederantwoord reeds toegelicht waarom dit advies op een foute manier werd geïnterpreteerd om zo het bestreden besluit te kunnen verantwoorden;

- het advies van de FRV (FRV/2024/ADVIES-05 d.d. 12 november 2024) betreffende de beoordeling van de complexiteitsgraad van de verpleegkundige zorg.

In een brief van 18 april 2024 heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid de Federale Raad voor Verpleegkunde een advies gevraagd betreffende de beoordeling van de complexiteitsgraad van de verpleegkundige zorg. De minister vroeg de Raad om een voorstel van richtlijnen uit te werken, die de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg, artsen en basisverpleegkundigen kunnen helpen bij de inschatting van de complexiteit van de situatie.

De FRV bevestigt in zijn advies dat het bepalen of een situatie al dan niet complex is afhankelijk is van meerdere factoren, waaronder de complexiteit van de zorg zelf, patiëtereigenschappen, de teamsamenstelling en de planbaarheid en voorspelbaarheid van de zorg. Complexiteit van situaties, waaronder complexiteit van zorgen, is niet gebonden aan een bepaalde sector of setting, aldus de FRV.

Verzoekende partijen begrijpen hieruit dat elke beoordeling van de complexiteit dus casuïstisch moet gebeuren.

De FRV herhaalt zijn eerder advies dat geen enkele wetenschappelijk gevalideerde schaal toelaat objectief te bepalen wanneer het beheer van complexe situaties een bepaald niveau van beroepen/functies vereist (van de zorgkundige tot de verpleegkundige specialist).

De FRV beveelt vervolgens aan dat de minister aan het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) of een interuniversitair consortium vraagt om een complexiteitsschaal van verpleegkundige zorg op te stellen om de zorg voor patiënten/cliënten te definiëren volgens het niveau van de beroepen/functies (van zorgkundige tot de verpleegkundige specialist) en de mate van complexiteit van de situatie voor verpleegkundige zorg.

Vervolgens geeft de FRV plots alsnog elementen aan die de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg kunnen helpen bepalen of de basisverpleegkundige autonoom de verpleegkunde kan uitoefenen of in teamverband in samenspraak met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg moet handelen. De elementen hebben betrekking op de patiënt, de behandeling, organisatorische elementen, relationele elementen, psychosociale elementen, contextuele elementen en elementen gerelateerd aan een onzekere evolutie.

Deze lijst is niet exhaustief, en is niet bedoeld als schaal voor het beoordelen van de complexiteit van verpleegkundige zorg, aldus de FRV.

Het advies van de FRV is dus op twee punten geheel tegenstrijdig:

- enerzijds door te stellen dat er geen enkele wetenschappelijk gevalideerde schaal bestaat om objectief te bepalen wanneer het beheer van complexe situaties een bepaald niveau van beroepen/functies vereist, om vervolgens te adviseren dat de minister het KCE of een interuniversitair consortium vraagt om een dergelijke schaal te creëren; en-anderzijds door toch enkele elementen aan te geven om de complexiteit van de zorg te bepalen, om vervolgens aan te geven dat dat deze niet zijn bedoeld ter beoordeling van de complexiteit van de zorg.

In elk geval staat vast dat de FRV meent dat er een complexiteitsschaal van verpleegkundige zorg moet worden opgesteld door experts. De wetgever

heeft dus gefaald. Verwerende partij heeft verschillende keren aangekondigd dat de FRV richtlijnen zou opstellen, die moeten toelaten om de complexiteit van een situatie te beoordelen. Nu blijkt dat de FRV dit helemaal niet gaat doen.

8. De onduidelijkheid is nefast voor de kwaliteit van de zorg

Verzoekende partijen verwijzen naar hun memorie van wederantwoord d.d. 23 mei 2024. Zij kunnen alleen maar nogmaals ten overvloede benadrukken dat de impact van de hervorming eveneens door verschillende personen is opgeworpen tijdens het wetgevend proces, maar nooit werd beantwoord, niet door verwerende partij, niet door de auditeur.”

Beoordeling

7. Door het auditoraat wordt tot de ongegrondheid van het eerste middel besloten op grond van de volgende overwegingen:

“Beoordeling

12. In essentie voeren de verzoekende partijen onder dit eerste middel aan dat het koninklijk besluit van 20 september 2023, zoals gewijzigd, de onduidelijkheden waarmee de wet van 10 mei 2015, zoals gewijzigd door de wetten van 28 juni 2023 en 18 mei 2024, is behept, bestendigt.

13. In dat verband werpen zij in de eerste plaats op dat niet voorspelbaar is welke handelingen ondermeer de basisverpleegkundigen wettig mogen stellen zonder zich bloot te stellen aan de strafsancties zoals voorzien in artikel 124 van de wet van 10 mei 2015.

Eenzelfde grief gericht tegen artikel 45, § 1/2, tweede en derde lid, van de wet van 10 mei 2015 is door het Grondwettelijk Hof bij arrest nr. 24/2025 verworpen op volgende gronden:

‘B.9. De verzoekende partijen voeren onder meer aan dat meerdere begrippen die worden gebruikt in artikel 45, § 1/2, tweede lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, onduidelijk zijn, waardoor het niet voorspelbaar is welke handelingen de basisverpleegkundigen wettig mogen stellen.

Zij wijzen in dat kader erop dat artikel 124 van de wet van 10 mei 2015 voorziet in strafrechtelijke sancties voor het onwettig uitoefenen van de verpleegkunde, onder meer voor personen die zonder in het bezit te zijn van de vereiste erkenning of zonder te voldoen aan de voorwaarden gesteld in artikelen 45, § 1 en § 1/2, 46/1 en 46/2, één of meer activiteiten van de verpleegkunde zoals bedoeld in artikel 46, § 1, 1°, uitoefenen met de bedoeling er financieel voordeel uit te halen of gewoonlijk één of meer activiteiten zoals bedoeld in artikel 46, § 1, 1°, b), 2° en 3°, uitoefenen. De verzoekende partijen voeren aldus in essentie de schending van het wettigheidsbeginsel in strafzaken aan.

B.10.1. Artikel 12, tweede lid, van de Grondwet bepaalt :

« Niemand kan worden vervolgd dan in de gevallen die de wet bepaalt en in de vorm die zij voorschrijft ».

Artikel 14 van de Grondwet bepaalt :

« Geen straf kan worden ingevoerd of toegepast dan krachtens de wet ».

Artikel 7, lid 1, van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens bepaalt :

« Niemand kan worden veroordeeld wegens een handelen of nalaten, dat geen strafbaar feit naar nationaal of internationaal recht uitmaakte ten tijde dat het handelen of nalaten geschiedde.

Evenmin zal een zwaardere straf worden opgelegd dan die welke ten tijde van het begaan van het strafbare feit van toepassing was ».

Artikel 15, lid 1, van het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten bepaalt :

« Niemand kan worden veroordeeld wegens een handelen of nalaten, dat geen strafbaar feit naar nationaal of internationaal recht uitmaakte ten tijde dat het handelen of nalaten geschiedde.

Evenmin, mag een zwaardere straf worden opgelegd dan die welke ten tijde van het begaan van het strafbare feit van toepassing was. Indien, na het begaan van het strafbare feit de wet mocht voorzien in de oplegging van een lichtere straf, dient de overtreder daarvan te profiteren ».

B.10.2. In zoverre zij vereisen dat elk misdrijf bij wet moet worden bepaald, hebben artikel 7, lid 1, van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en artikel 15, lid 1, van het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten een

draagwijdte die analoog is aan die van artikel 12, tweede lid, van de Grondwet. De door die bepalingen verstrekte waarborgen vormen in die mate dan ook een onlosmakelijk geheel.

B.11.1. Door aan de wetgevende macht de bevoegdheid te verlenen om, enerzijds, te bepalen in welke gevallen strafvervolgning mogelijk is en, anderzijds, wetten aan te nemen krachtens welke een straf kan worden vastgelegd en toegepast, waarborgen de artikelen 12, tweede lid, en 14 van de Grondwet aan elke rechtsonderhorige dat geen enkele gedraging strafbaar zal worden gesteld en geen straf zal worden opgelegd dan krachtens regels aangenomen door een democratisch verkozen beraadslagende vergadering.

Het wettigheidsbeginsel in strafzaken dat uit de voormelde grondwetsbepalingen en internationale bepalingen voortvloeit, gaat bovendien uit van de idee dat de strafwet moet worden geformuleerd in bewoordingen op grond waarvan eenieder, op het ogenblik waarop hij een gedrag aanneemt, kan uitmaken of dat gedrag al dan niet strafbaar is en, in voorkomend geval, de op te lopen straf kan kennen. Het vereist dat de wetgever in voldoende nauwkeurige, duidelijke en rechtszekerheid biedende bewoordingen bepaalt welke feiten strafbaar worden gesteld en welke straffen in voorkomend geval kunnen worden opgelegd, zodat, enerzijds, diegene die een gedrag aanneemt, vooraf op afdoende wijze kan inschatten wat het strafrechtelijke gevolg van dat gedrag zal zijn en, anderzijds, aan de rechter geen al te grote beoordelingsbevoegdheid wordt gelaten.

Het wettigheidsbeginsel in strafzaken staat evenwel niet eraan in de weg dat de wet aan de rechter een beoordelingsbevoegdheid toekent. Er dient immers rekening te worden gehouden met het algemene karakter van de wetten, de uiteenlopende situaties waarop zij van toepassing zijn en de evolutie van de gedragingen die zij bestraffen.

Aan het vereiste dat een misdrijf duidelijk moet worden omschreven in de wet is voldaan wanneer de rechtzoekende, op basis van de bewoordingen van de relevante bepaling en, indien nodig, met behulp van de interpretatie daarvan door de rechtscolleges, kan weten voor welke handelingen en welke verzuimen hij strafrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld.

Enkel bij het onderzoek van een specifieke strafbepaling is het mogelijk om, rekening houdend met de elementen eigen aan de misdrijven die zij

wil bestraffen, te bepalen of de door de wetgever gehanteerde algemene bewoordingen zo vaag zijn dat ze het strafrechtelijk wettigheidsbeginsel zouden schenden.

B.11.2. Het wettigheidsbeginsel in strafzaken gaat niet zover dat het de wetgever ertoe verplicht elk aspect van de strafbaarstelling zelf te regelen. Een delegatie aan de Koning is niet in strijd met dat beginsel voor zover de machtiging voldoende nauwkeurig is omschreven en betrekking heeft op de tenuitvoerlegging van maatregelen waarvan de essentiële elementen voorafgaandelijk door de wetgever zijn vastgesteld.

De wetgever kan met name rekening houden met de techniciteit van de aangelegenheid om aan de Koning de bevoegdheid te delegeren teneinde de inhoud van de verplichtingen die hij ten laste legt van personen, gedetailleerd te omschrijven

In dat geval kunnen de beoogde personen, bij de lezing van de wet in samenhang met het koninklijk besluit, weten of het gedrag dat zij aannemen, al dan niet strafbaar is, zodat degene die de feiten begaat, vooraf op zekere wijze kan inschatten wat het strafrechtelijk gevolg van zijn daden kan zijn

[...]

B.13.1. De verzoekende partijen bekritisieren vervolgens het onderscheid dat artikel 45, § 1/2, tweede lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, op het vlak van de bevoegdheden van de basisverpleegkundige maakt tussen « minder complexe situaties » en « complexere situaties ». Het is volgens hen niet duidelijk hoe die begrippen in de praktijk dienen te worden geïnterpreteerd en toegepast.

B.13.2. Volgens artikel 45, § 1/2, tweede lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, kan de basisverpleegkundige autonoom handelen in minder complexe situaties, terwijl hij in complexere situaties werkt binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met de arts wanneer er geen verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg deel uitmaakt van het zorgteam.

B.13.3. Zoals is vermeld in B.3.1 tot B.3.3, werd artikel 45, § 1/2, tweede lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, aangevuld bij artikel 3 van de wet van 18 mei 2024 en kan het Hof, om de in die overwegingen vermelde redenen, te dezen rekening houden met die aanvulling.

Volgens de bepalingen waarmee artikel 45, § 1/2, tweede lid, van de wet van 10 mei 2015 werd aangevuld, gebeurt de initiële inschatting van de mate van de complexiteit van de situatie door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het team. Zij zorgen ook, wanneer ze dit nodig achten, voor een herbeoordeling van de complexiteit van de situatie. Uitsluitend in het geval van technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur moeten worden uitgevoerd, kan de initiële inschatting van de complexiteit van de situatie worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige.

B.13.4. De parlementaire voorbereiding van de wet van 28 juni 2023 vermeldt :

« Het is inderdaad niet eenvoudig te bepalen of al dan niet sprake is van complexiteit. Dat hangt van veel factoren af en onder meer van de

complexiteit van de eigenlijke zorg, van de kenmerken van de patiënt, van de samenstelling van het team, alsook van de planbaarheid en de voorspelbaarheid van de zorg. De complexiteit van de zorg houdt geen verband met een specifieke sector. Sommige wondzorg, bijvoorbeeld in een rusthuis of bij thuiszorg, vergt veel expertise. Er bestaat geen schaal om de complexiteit van een zorgsituatie objectief in te schatten.

[...]

De [Federale Raad voor Verpleegkunde] en de [Technische Commissie voor Verpleegkunde] bevelen aan om stelselmatig af te gaan op het klinische oordeel van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg » (Parl. St., Kamer, 2022-2023, DOC 55-3269/006, p. 31). B.13.5. Volgens artikel 45, § 1/2, derde lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, bepaalt de Koning, na advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, de verpleegkundige technische verstrekkingen die de basisverpleegkundige kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de basisverpleegkundige die verstrekkingen kan uitvoeren.

Aan die bepaling werd uitvoering gegeven door het koninklijk besluit van 20 september 2023 « bepalende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden » (hierna : het koninklijk besluit van 20 september 2023), dat later nog werd gewijzigd bij een koninklijk besluit van 14 april 2024.

Het koninklijk besluit van 20 september 2023 stelt, in de bijlage ervan, de lijst vast met de activiteiten die de basisverpleegkundige mag uitoefenen, zonder voorschrift van de arts (B1) of met een voorschrift van de arts (B2). Die lijst is gebaseerd op de lijst van bijlage I bij het koninklijk besluit van 18 juni 1990 « houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts of een tandarts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen », hoewel zij ervan verschilt. Aldus kunnen de basisverpleegkundigen, bij de gecombineerde lezing van beide lijsten, weten welke verpleegkundige technische verstrekkingen hoe dan ook verboden zijn voor hen, ongeacht de mate van complexiteit van de situatie.

De wijze van uitvoering van de in die lijst bedoelde verpleegkundige technische verstrekkingen wordt gepreciseerd op grond van de complexiteit van de situatie.

Met betrekking tot de « complexere situaties » bepaalt artikel 2, § 2, tweede lid, van het koninklijk besluit van 20 september 2023 dat de basisverpleegkundige de zorgen uitvoert zoals aangegeven in het verpleegplan opgesteld door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg die de verpleegdiagnose stelt en dat dat verpleegplan de grenzen waarbinnen de basisverpleegkundige zelf elementen uit het verpleegplan kan aanpassen, dient te vermelden.

Met betrekking tot de « technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur moeten worden uitgevoerd » bepaalt artikel 2, § 3, tweede lid, van dat koninklijk besluit dat de basisverpleegkundige, zonder de initiële evaluatie door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het

zorgteam, de zorg kan opstarten en dit op basis van een standaardverpleegplan, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de patiënt en de zorgcontext en binnen de grenzen van zijn/haar bevoegdheden. De evaluatie van de toestand van de patiënt door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en/of de arts dient zo spoedig mogelijk te volgen.

B.13.6. Uit het voorgaande volgt dat de wetgever op het vlak van de bevoegdheid van de basisverpleegkundige om autonoom te handelen, een onderscheid heeft ingevoerd, naargelang de complexiteit van de zorgsituatie, waarbij het toekomt aan de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts, wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam, om de complexiteit van de zorgsituatie in te schatten. Wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts van oordeel is dat het gaat om een minder complexe situatie, kan de basisverpleegkundige autonoom handelen. Wanneer die verpleegkundige of arts van oordeel is dat het gaat om een complexere situatie, dan dient de basisverpleegkundige te werken binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met de arts, wanneer er geen verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg deel uitmaakt van het zorgteam. In het geval van technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur moeten worden uitgevoerd, kan de initiële inschatting van de complexiteit van de situatie echter gebeuren door de basisverpleegkundige.

Artikel 45, § 1/2, eerste lid, van de wet van 10 mei 2015 verwijst met betrekking tot de uitoefening van de verpleegkunde door de basisverpleegkundigen naar artikel 46 van die wet, waarin wordt omschreven wat onder « de uitoefening van de verpleegkunde » dient te worden begrepen.

De wetgever heeft aldus de essentiële elementen van het handelen van de basisverpleegkundige op voldoende duidelijke en nauwkeurige wijze geregeld.

B.13.7. Zoals is vermeld in B.11.2, is een delegatie aan de Koning niet in strijd met het wettigheidsbeginsel in strafzaken voor zover de machtiging voldoende nauwkeurig is omschreven en betrekking heeft op de tenuitvoerlegging van maatregelen waarvan de essentiële elementen voorafgaandelijk door de wetgever zijn vastgesteld.

Te dezen bevat artikel 45, § 1/2, derde lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, een voldoende nauwkeurig omschreven machtiging aan de Koning, die betrekking heeft op de tenuitvoerlegging van de door de wetgever vastgestelde essentiële elementen van het handelen van de basisverpleegkundige.

Door te bepalen dat de basisverpleegkundige in « complexere situaties » de zorgen dient uit te voeren zoals aangegeven in het verpleegplan dat is opgesteld door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, evenals dat de basisverpleegkundige in geval van « technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur moeten worden uitgevoerd » de zorg dient op te starten op basis van een standaardverpleegplan, draagt het ter uitvoering van de voormelde wetsbepaling genomen koninklijk besluit van 20 september 2023 bij tot de duidelijkheid en voorspelbaarheid van het in de bestreden bepaling

gemaakte onderscheid tussen « minder complexe situaties » en « complexere situaties ».

B.13.8. Artikel 45, § 1/2, tweede lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, is aldus, in tegenstelling tot wat de verzoekende partijen aanvoeren, voldoende duidelijk en nauwkeurig wat het handelen van de basisverpleegkundige betreft in « minder complexe situaties » en in « complexere situaties ».

B.14.1. De verzoekende partijen voeren ook aan dat het niet duidelijk is wat moet worden begrepen onder de in artikel 45, § 1/2, tweede lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, vervatte woorden « autonoom », « zorgteam » en « binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking [werken] ».

B.14.2. De in de wetskrachtige normen gebruikte woorden dienen, behoudens bij aanwijzingen in tegenovergestelde zin, in hun gangbare betekenis te worden geïnterpreteerd.

In zoverre de bestreden bepaling erin voorziet dat de basisverpleegkundige « autonoom » kan handelen in minder complexe situaties, houdt die bepaling in de gangbare betekenis ervan in dat de basisverpleegkundige in die situaties zelfstandig kan handelen. Noch de andere bepalingen van de wet van 10 mei 2015, noch de parlementaire voorbereiding ervan, bevatten enige aanwijzing dat het begrip « autonoom » te dezen anders dient te worden geïnterpreteerd.

Uit de algemene opzet van de bestreden bepaling blijkt overigens dat het « autonoom » handelen van de basisverpleegkundige in minder complexe situaties, dient te worden begrepen in contrast met het « binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking » werken met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met een arts in complexere situaties. In laatstgenoemde situaties kan de basisverpleegkundige aldus niet autonoom handelen en dient hij, zoals is vermeld in B.13.5, de zorgen uit te voeren zoals aangegeven in het verpleegplan opgesteld door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg. Uit artikel 3, vierde lid, van het koninklijk besluit van 20 september 2023 blijkt dat, wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam, het aan de arts staat om het verpleegplan op te stellen.

B.14.3. In zijn gangbare betekenis houdt het begrip « zorgteam » een groep van personen in die instaan voor het verzorgen van een patiënt of van meerdere patiënten. Rekening houdend met de algemene opzet van de wet van 10 mei 2015 en meer in het bijzonder van de bestreden bepalingen, bestaat een zorgteam uit personen die beroepsmatig de gezondheidszorg beoefenen en dient een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, of bij gebrek aan die verpleegkundige, een arts deel uit te maken van dat team.

Het begrip « gestructureerd zorgteam » wordt overigens in artikel 47/1, vierde lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 6 van de wet van 18 mei 2024, gedefinieerd als « een vooraf gedefinieerd team dat is samengesteld uit in deze wet bedoelde gezondheidszorgbeoefenaars die samen en op een gecoördineerde wijze de zorg opnemen voor een vooraf bepaalde groep van patiënten of een vooraf bepaald type van zorg », waarbij onder « zorg » moet worden verstaan « de uitvoering van activiteiten met betrekking tot het stellen van een diagnose, de uitvoering van een voorgeschreven behandeling of maatregelen in verband met preventieve geneeskunde », en onder « op een gecoördineerde wijze » moet worden verstaan « dat de leden van het gestructureerd zorgteam

werken op basis van een gedeeld patiëntendossier en op basis van afspraken omtrent het uitvoeren van zorgen in het kader van het zorgplan, de continuïteit en permanentie van praktijkvoering, en patiëntenoverleg ». In tegenstelling tot wat de verzoekende partijen aanvoeren, is het begrip « zorgteam » aldus voldoende duidelijk en nauwkeurig.

B.15. Uit wat voorafgaat volgt dat artikel 45, § 1/2, tweede lid, van de wet van 10 mei 2015 op een voldoende duidelijke en nauwkeurige wijze de handelingen omschrijft die de basisverpleegkundigen vermogen te stellen. Die bepaling laat de basisverpleegkundigen aldus toe te weten voor welke handelingen en welke verzuimen zij strafrechtelijk en burgerrechtelijk aansprakelijk zouden kunnen worden gesteld.

B.16. In zoverre het eerste middel is afgeleid uit de schending van de artikelen 12, tweede lid, en 14 van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met artikel 7, lid 1, van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en met artikel 15, lid 1, van het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten, is het niet gegrond.

B.17. In zoverre de verzoekende partijen de schending van het lex certa-beginsel, het wettigheidsbeginsel en het rechtszekerheidsbeginsel, in samenhang gelezen met de artikelen 10, 11, 12 en 14 van de Grondwet, aanvoeren, doordat artikel 45, § 1/2, tweede lid, van de wet van 10 mei 2015 op een onvoldoende duidelijke en nauwkeurige wijze de handelingen zou omschrijven die de basisverpleegkundigen vermogen te stellen, volstaat het te constateren dat de voormelde beginselen op het vlak van de vereisten van nauwkeurige en duidelijke formulering van de wetkrachtige normen, geen ruimere waarborgen bieden dan de artikelen 12 en 14 van de Grondwet.

Het eerste middel is aldus evenmin gegrond, in zoverre het is afgeleid uit de schending van de voormelde beginselen, in samenhang gelezen met de artikelen 10, 11, 12 en 14 van de Grondwet.'

14. De grieven van verzoekende partijen onder het eerste middel in de zaak 240.878 zijn in zoverre gelijk. Deze vaststelling knoopt aan bij de uitgangsstelling van verzoekende partijen dat het koninklijk besluit van 20 september 2023 de onduidelijkheden waarmee het nieuwe artikel 45, § 1/2 van de wet van 10 mei 2015 zou zijn behept, bestendigt. Aangezien het Grondwettelijk Hof om de aangehaalde redenen deze zelfde grieven reeds heeft verworpen op niveau van de wet en heeft geoordeeld dat vermeld artikel 45, § 1/2 van de wet van 10 mei 2015 "op een voldoende duidelijke en nauwkeurige wijze de handelingen omschrijft die de basisverpleegkundigen vermogen te stellen", faalt deze uitgangsstelling. De beoordeling van de bestendiging door het koninklijk besluit van 20 september 2023 van de door verzoekende partijen in de zaak 240.878 gewraakte begrippen moet alsdan bovendien worden geacht besloten te liggen in het arrest van het Grondwettelijk Hof.

[...]

In zoverre het eerste middel is afgeleid uit de schending van artikel 7 EVRM, artikel 15 van het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten, de artikelen 12 en 14 van de Grondwet, het lex certa-beginsel, het legaliteitsbeginsel en het rechtszekerheidsbeginsel, is het niet gegrond.

19. De verzoekende partijen voeren ook aan dat de bestreden koninklijke besluiten de artikelen 10 en 11 van de Grondwet schenden en dat zij afbreuk doen aan het recht op bescherming van de gezondheid en geneeskundige bijstand dat is gewaarborgd bij artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet.

Omdat ook deze grieven zijn gebaseerd op het bestaan van hoger niet aanvaarde onduidelijkheden in de bestreden besluiten, moeten ook deze grieven ongegrond worden verklaard.

20. Het eerste middel is, in zijn geheel genomen, niet gegrond.”

8. In zoverre de verzoekende partijen in hun laatste memorie onder de kopjes “1. Draagvlak in de sector”, “2. Deel van de onduidelijkheid wordt toegegeven”, “5. Individu bepaalt wettelijke bevoegdheid”, “6. Onduidelijkheid wordt door iedereen bevestigd”, “7. Het bestreden besluit is niet in overeenstemming met het advies van de FRV en TCV” en “8. De onduidelijkheid is nefast voor de kwaliteit van de zorg” in essentie nog laten gelden dat: i) er grote ongerustheid heerst in de sector; 2) het bijzonder frappant is dat niettegenstaande de verwerende partij de onduidelijkheid kan toegeven, zij ondertussen kan blijven sleutelen aan het regelgevend kader, adviezen kan blijven inwinnen om de onduidelijkheid op te vangen, etc. zonder dat iemand blijkbaar de ernst van deze onduidelijkheid wenst in te zien; iii) niettegenstaande een wetgever keuzes moet maken, doch uit alle elementen blijkt dat men onwerkbaar keuzes heeft gemaakt, hij voortschrijdend inzicht moet durven tonen door naar het werkveld zelf te luisteren; iv) het vooropgestelde doel, zijnde het verhogen van de kwaliteit van de zorg, niet wordt bereikt op de manier waarop de zorgladder momenteel is hervormd, waardoor deze hervorming er voorlopig louter in slaagt om onrust en onzekerheid in de sector te creëren; v) de adviezen van de Federale Raad voor Verpleegkunde en van de (inmiddels opgeheven) Technische Commissie voor Verpleegkunde systematisch fout worden geïnterpreteerd en vi) de impact van de hervorming eveneens door verschillende personen is opgeworpen tijdens het wetgevend proces, maar nooit werd beantwoord, herhalen de verzoekende partijen op een uitgebreide en parafraserende wijze hun standpunt zoals aangevoerd in het verzoekschrift en verder toegelicht in de memorie van wederantwoord zonder inhoudelijk afbreuk te doen aan de redenering in het auditoraatsverslag, noch deze te ontcrachten. Dit klemmt des te meer nu het door de verzoekende partijen in hun laatste memorie aangevoerde betoog niet verder komt dan het poneren van hun visie en kritieken zonder enigszins concreet aan te tonen hoe hun vermeende grieven het gevolg zijn van een schending door het bestreden besluit van de door hen aangevoerde artikelen en beginselen, zijnde de artikelen 7 EVRM, 15 IVBPR,

12, 14 en 23 van de Grondwet, 124 van de wet van 10 mei 2015, en het *lex certa*-beginsel, het legaliteitsbeginsel en het rechtszekerheidsbeginsel, al dan niet gelezen in samenhang met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

Voorts stelt de Raad van State vast dat de verzoekende partijen zich onder het kopje “3. Andere onduidelijkheden blijven”, op dit punt beperken met te verwijzen naar de procedure gekend onder nr. A. 242.254/XII-9583, en louter te poneren dat de wijzigingen die het koninklijk besluit van 14 april 2024 heeft aangebracht aantonen het thans bestreden besluit onvolledig was, zonder nadere toelichting te verschaffen.

In zoverre de verzoekende partijen onder kopje “4. Geen match met het verpleegkundig ABC” nog laten gelden dat zij er zich blijven verbazen over het feit dat het verpleegkundig ABC volledig uit het oog werd verloren bij de uitwerking van de verpleegkundige hervorming, nu door het bestreden besluit het begrip “autonoom” op een andere manier gebruikt wordt dan eerder in het verpleegkundig ABC gangbaar was, en daardoor de verwerende partij onnodige en onwerkbare verwarring heeft gecreëerd, volstaat de vaststelling dat artikel 45, § 1/2, eerste lid, van de wet van 10 mei 2015 met betrekking tot de uitoefening van de verpleegkunde door de basisverpleegkundigen uitdrukkelijk verwijst naar artikel 46 van die wet, zodat de verzoekende partijen bijgevolg niet kunnen worden bijgevallen in hun stelling dat het bestreden koninklijk besluit door uitvoering te geven aan artikel 45, § 1/2, van de wet van 10 mei 2015 niet ook rekening houdt met het verpleegkundig ABC uit artikel 46 van deze wet.

9. De Raad van State ziet geen reden om het anders te zien dan het auditoraat en bevindt aldus, na eigen onderzoek, de redenering van het auditoraatsverslag bijvallend, het eerste middel ongegrond.

B. Tweede middel

Uiteenzetting van het middel

10. In een tweede middel in het verzoekschrift voeren de verzoekende partijen de schending aan van “de artikelen 4, 6, 7 en 8 van de EU-Richtlijn nr. 2018/958 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 ‘betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen, in de gezondheidssector en voor gezondheidsberoepen’, van de artikelen 6, 7 en 8 van de wet van 23 maart 2021 ‘betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan de invoering of de wijziging van een beroepsreglementering in de gezondheidssector’, al dan niet samengelezen met artikel 23 van de Grondwet, minstens schending van het redelijkheids- en evenredigheidsbeginsel, in het bijzonder het verbod op willekeur en het zorgvuldigheidsbeginsel”.

Onder het kopje “toepassing” laten de verzoekende partijen gelden:

“Artikel 2, § 3 van het bestreden koninklijk besluit bepaalt dat de initiële inschatting van de complexiteit van een situatie gebeurt door de verpleegkundigen, verantwoordelijk voor de algemene zorg of door de arts, wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemeen zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam.

Dit betekent dat de verpleegkundigen verantwoordelijk voor de algemene zorg of de artsen bepalen of de basisverpleegkundige al dan niet autonoom mag handelen.

Gelet op het complete gebrek aan omkadering van deze begrippen (wat is complex? – zie middel 1), zullen er tussen verschillende instellingen, thuissituaties, ziekenhuizen (en afdelingen, gangen, ... binnen een zelfde ziekenhuis), centra, steden, ... verschillen bestaan inzake de bevoegdheidsgrenzen van de basisverpleegkundige.

Hij zal op de ene plaats iets anders mogen dan op de andere plaats. Hij zal in de ene situatie iets anders mogen dan in de andere situatie.

Wat in het ene woonzorgcentrum door een verpleegkundige algemene zorg of arts als complex(er) wordt bestempeld, zal in het andere woonzorgcentrum of in een thuissituatie enkele kilometers verderop als minder complex worden beoordeeld ook al gaat het om een identieke soort patiënt / gezondheidstoestand.

Een besluit dat de afbakening van beroepsuitoefening en de bevoegdheidsgrenzen inzake de verpleegkundige zorg toekent aan private actoren, terwijl deze afbakening beschermd wordt in strafbaarstellingen

(artikel 124 van de Wet van 10 mei 2015), en deze afbakening geen grenzen kent in enige wettelijke norm met een objectief karakter, is onzorgvuldig. Deze onzorgvuldigheid leidt tot willekeur en misbruik en komt de zorgkwaliteit niet ten goede. Meer nog, de zorgkwaliteit en dus de volksgezondheid gaat erop achteruit.

Welke belangen verantwoorden een dergelijke regelgeving die aanzet tot willekeurige beslissingen? Wat maakt dat er niet geopteerd kon worden voor een alternatieve regeling die willekeur uitsluit, duidelijke klijtlijnen biedt voor de begrenzing van de beroepsuitoefening van elke verpleegkundige? Werden alternatieven overwogen en slecht(er) bevonden in relatie tot het bestreden besluit? De verwerende partij heeft dan ook niet de nodige zorgvuldigheid aan de dag gelegd door bij het uitwerken deze bepalingen niet in meer waarborgen te voorzien.

De Evenredigheidsrichtlijn- en wet leggen voor de bevoegde autoriteit een beslissingskader vast. De autoriteit dient een passende evenredigheidsbeoordeling uit te voeren, om erop toe te zien dat de door haar ingevoerde bepalingen tot reglementering van een beroep en de wijzigingen, die ze ten aanzien van bestaande bepalingen aanbrengt, geschikt zijn om de verwezenlijking van de nagestreefde doelstelling te waarborgen en niet verder gaan dan wat nodig is om die doelstelling te verwezenlijken. Deze verplichte en geformaliseerde evenredigheidsbeoordeling waarborgt de zorgvuldigheid van besluiten. Wanneer deze toets niet of niet accuraat wordt uitgevoerd, kan een besluit niet voldoen aan het zorgvuldigheidsbeginsel, als algemeen beginsel van behoorlijk bestuur.

Indien de evenredigheidsbeoordeling correct werd uitgevoerd voor het bestreden koninklijk besluit, had men kunnen vaststellen dat willekeur werd ingebouwd in de ingevoerde bepalingen tot reglementering van het beroep van basisverpleegkundige.

Dat gebeurde niet en daardoor schendt het bestreden besluit de artikelen 4, 6, 7 en 8 EU-Richtlijn nr. 2018/958 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen, in de gezondheidssector en voor gezondheidsberoepen, van de artikelen 6, 7 en 8 Wet van 23 maart 2021 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan de invoering of de wijziging van een beroepsreglementering in de gezondheidssector, al dan niet samengelezen met artikel 23 van de Grondwet, minstens schending van het redelijkheids- en evenredigheidsbeginsel, in het bijzonder het verbod op willekeur en het zorgvuldigheidsbeginsel.

Om alle bovenstaande redenen is het tweede middel dus ontvankelijk en gegrond.”

11. In de memorie van wederantwoord benadrukken de verzoekende partijen dat volgens de verwerende partij i) er geen sprake is van enig gebrek aan omkadering voor de invulling van de minder complexe of complexere situatie en de handelingen die de basisverpleegkundige autonoom mag stellen; ii) het onderscheid tussen minder complexe en complexere situaties in de zin van artikel 2, § 3, van het bestreden besluit wel degelijk wordt afgebakend door de wetgever en vervolgens verder uitgewerkt door de Koning; iii) het om twee tegengestelde

situaties gaat: minder complex *versus* complex; iv) de betrokken private actoren geen regels of grenzen zouden creëren, maar louter de wettelijke en reglementaire bepalingen uitvoeren en v) zij in dit kader een bepaalde beoordelingsvrijheid hebben, wat volgt uit de vaststelling dat er geen limitatieve lijsten kunnen worden voorzien met alle minder complexe en complexere situaties.

Volgens de verzoekende partijen geeft de verwerende partij zelf aan dat de FRV nog gevraagd zal worden om richtlijnen op te stellen, die kunnen worden gebruikt door de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg en de artsen bij de beoordeling van de complexiteit van een zorgsituatie. Gelet op voorgaande vaststellingen zijn de verzoekende partijen van oordeel dat de verwerende partij zichzelf tegensprekt. De verzoekende partijen wijzen erop dat de verwerende partij enerzijds tracht te verdedigen dat de verpleegkundigen verantwoordelijk voor de algemene zorg of de artsen – zonder enige richtlijn – bepalen of de basisverpleegkundige al dan niet autonoom mag handelen en anderzijds aangeeft dat de FRV nog zal tussenkomen door richtlijnen op te stellen, die de verpleegkundigen verantwoordelijk voor de algemene zorg of de artsen kunnen hanteren, bij hun beoordeling van de situatie. De verzoekende partijen uiten hierop drie kritieken: i) ten eerste is het volstrekt onduidelijk hoe richtlijnen, als die er al zouden komen, wat niet eens vaststaat, bindend zijn en de onduidelikheden in alle contexten kunnen wegnemen; ii) ten tweede, is het totaal onbegrijpelijk hoe richtlijnen strafrechtelijke krijtlijnen die van openbare orde zijn, kunnen invullen. Richtlijnen zijn niet bindend, terwijl de overtreding van de wettelijke regels inzake beroepsuitoefening, de bevoegdheden in de zorgsector en dus ook de bevoegdheidsgrenzen van de verantwoordelijk voor algemene zorg en de basisverpleegkundige, strafbaar is en iii) ten derde, het bestreden koninklijk besluit sinds 9 november 2023 in werking is, zonder dat deze richtlijnen momenteel bestaan. Volgens de verzoekende partijen geeft de verwerende partij toe dat het bestreden besluit momenteel voorziet in een onvermijdelijk risico op willekeur en misbruik en is er wel degelijk sprake van een gebrek aan omkadering wat betreft de invulling van de minder complexe of complexere situaties en de handelingen die de basisverpleegkundige al dan niet autonoom mag stellen. “Minder complex” en “complexer” kunnen hierbij volgens de verzoekende partijen geenszins als

tegengestelde begrippen worden beschouwd, zoals de verwerende partij stelt. Daarnaast zijn de verzoekende partijen van oordeel dat het bestreden besluit onzorgvuldig tot stand is gekomen. Dienaangaande laten zij gelden dat reeds in de fase van het wetsontwerp erop werd gewezen dat het overleg met de sector ontoereikend is geweest. Dit gegeven wordt volgens de verzoekende partijen niet alleen bevestigd door het feit dat er bijzonder veel sectorale commotie is ontstaan na de publicatie van de bestreden wijzigingswet en het bestreden koninklijk besluit, maar blijkt eveneens uit de tussenkomsten tijdens de eerste lezing van het wetsontwerp.

12. In hun laatste memorie menen de verzoekende partijen dat de verwijzing door de auditeur naar het arrest nr. 24/2025 van het Grondwettelijk Hof niet kan overtuigen. De begrippen “minder complexe situaties” en “complexere situaties” zijn alles behalve juridisch afgebakend. Door de gangbare betekenis van het woord “*complex*” – volgens Van Dale: samengesteld, ingewikkeld- voor ogen te houden, is de sector op heden niet veel wijzer. Dit is nochtans het enige dat de wetgever bepaald heeft. In minder complexe situaties, kan de basisverpleegkundige, binnen de grenzen van zijn/haar bevoegdheden (wat is dat dan? Bepaalde B-handelingen of ook A-handelingen?), autonoom de verpleegkunde uitoefenen. In complexere situaties werkt de basisverpleegkundige in teamverband in samenspraak met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemeen zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam. Volgens de verzoekende partijen is iedereen het er over eens dat deze begrippen op zichzelf onvoldoende duidelijk zijn, maar dat ze op de één of andere manier invulling vereisen. Welnu, de manier waarop deze begrippen invulling zullen moeten krijgen, werd volgens hen op voorhand niet doordacht. Dit blijkt onder meer uit: i) het gegeven dat men initieel niet van plan was om de begrippen “minder complexe situaties” en “complexere situaties” nog verder te duiden; ii) het gegeven dat de FRV plots - lopende deze procedure - de opdracht krijgt om duidelijkheid te scheppen in de beoordeling van de complexiteitsgraad van de verpleegkundige zorg. Het bestreden KB zal/zou dan in die zin worden aangepast. De verzoekende partijen benadrukken dat de verwerende partij in haar memorie van antwoord zelf aangeeft:

“Het is dus in ieder geval de bedoeling om het onderscheid tussen ‘minder complexe situaties’ en ‘complexere situaties’ nog verder vast te leggen bij wet. Het bestreden besluit zal ook in die zin worden aangepast. Hiertoe worden momenteel de nodige initiatieven genomen. Aan de Federale Raad voor Verpleegkunde zal nog gevraagd worden om richtlijnen op te stellen die kunnen worden gebruikt door de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg en de artsen bij de beoordeling van de complexiteit van een zorgsituatie. Van enige onduidelijkheid over wat een minder complexe of complexere situatie is, is geen sprake.”

Volgens de verzoekende partijen bevestigt de verwerende partij dat het onderscheid tussen “complexere” en “minder complexe” situaties niet voldoende is vastgelegd in het bestreden besluit. Het is volgens de verzoekende partijen dan ook bijzonder vreemd dat de verwerende partij aangeeft dat er van enige onduidelijkheid over wat een minder complexe of complexere situatie is, geen sprake is, om tegelijk te bevestigen dat het de bedoeling is om het onderscheid tussen “minder complexe situaties” en “complexere situaties” nog verder vast te leggen bij wet en iii) het gegeven dat de FRV aangeeft dit niet te zullen/kunnen doen, maar de opdracht doorschuift aan het KCE of een interuniversitair consortium.

Beoordeling

13. Door het auditoraat wordt tot de ongegrondheid van het tweede middel besloten op grond van de volgende overwegingen:

“Beoordeling

24. Dit tweede middel koppelt terug naar het eerste middel. Verzoekende partijen roepen opnieuw in dat de normen niet de objectieve krijtlijnen bevatten om het onderscheid tussen minder complexe situaties en complexere situaties te kunnen maken. Aldus zou het aan private actoren, in de persoon van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts worden overgelaten om de beroepsuitoefening en de bevoegdheden van de basisverpleegkundige af te bakenen.

25. Onder de bespreking van het eerste middel is, onder verwijzing naar het arrest nr. 24/2025 van het Grondwettelijk Hof, vastgesteld dat de wetgever reeds de essentiële elementen van het handelen van de basisverpleegkundige op voldoende duidelijke en nauwkeurige wijze heeft geregeld en dat het bestreden uitvoeringsbesluit bijdraagt tot de duidelijkheid en voorspelbaarheid van het onderscheid tussen ‘minder complexe situaties’ en ‘complexere situaties’. Het klinisch oordeel van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts om de complexiteit van een

zorgsituatie in te schatten, geeft in concreto uitvoering aan deze normatieve afbakening.

Een zekere beoordelingsmarge is inherent aan dit klinisch oordeel, temeer daar uit de aanbevelingen van de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde is gebleken dat geen schaal bestaat om de complexiteit van een zorgsituatie objectief in te schatten.

In tegenstelling tot wat de verzoekende partij aanvoeren, wordt de afbakening van de beroepsuitoefening en de bevoegdheidsgrenzen inzake de verpleegkundige zorg evenwel aldus niet overgelaten aan private actoren. Verzoekende partijen tonen bijgevolg evenmin aan dat het verbod op willekeur en artikel 23 van de Grondwet zouden zijn geschonden.

26. Omdat de beweerde onzorgvuldigheid van de gedane evenredigheidsbeoordeling is gestoeld op de hierboven niet aanvaarde willekeur, wordt het middel ook in zoverre niet aangenomen.

27. Het tweede middel is niet gegrond.”

14. In zoverre de verzoekende partijen in hun laatste memorie in essentie nog laten gelden dat i) de verwijzing naar de motivering in het arrest nr. 24/2025 van het Grondwettelijk Hof niet kan overtuigen; ii) de begrippen minder complexe en complexere situaties niet juridisch afgebakend zijn en iii) de invulling van de voornoemde begrippen niet op voorhand is doordacht, waarbij zij opnieuw herhalen dat er geen omkadering bestaat met betrekking tot het onderscheid tussen minder complexe situaties en complexere situaties in de zin van artikel 2, § 3, van het bestreden besluit, herhalen zij op parafraserende wijze hun standpunt zoals uiteengezet in het verzoekschrift en de memorie van wederantwoord zonder inhoudelijk een andere visie te geven op de beoordeling door het auditoraat. Evenmin blijkt aan de hand van een juridisch onderbouwd betoog waarom de beoordeling van het Grondwettelijk Hof in het voornoemde arrest niet kan overtuigen.

15. De Raad van State ziet geen reden om het anders te zien dan het auditoraat en bevindt aldus, na eigen onderzoek, de redenering van het auditoraatsverslag bijvallend, het tweede middel ongegrond.

C. Derde middel

Uiteenzetting van het middel

16. In een derde middel in het verzoekschrift voeren de verzoekende partijen de schending aan van “artikel 159 van de Grondwet en artikel 46 van de wet van 10 mei 2015, samen gelezen met het legaliteitsbeginsel”.

Dienaangaande voeren de verzoekende partijen onder het kopje “toepassing” aan:

“De aanhef van het bestreden besluit geeft in duidelijke woorden aan uitvoering te geven aan artikel 45, § 1/2 van de Wet van 10 mei 2015:

‘FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, artikel 45, § 1/2;

[...]”

Artikel 45, § 1/2 van de Wet van 10 mei 2015 bepaalt als volgt:

‘§ 1/2. Niemand mag, als basisverpleegkundige, de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 binnen de grenzen van de bevoegdheden en de activiteiten die de Koning hem heeft toevertrouwd, uitoefenen als hij niet in het bezit is van een diploma of een titel van basisverpleegkundige die behaald werd na een opleiding van minstens drie studiejaar met ten minste 3800 uur theoretisch en klinisch onderwijs, die uitgedrukt kunnen worden in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS- studiepunten, waarbij de duur van het theoretisch onderwijs ten minste een derde en de duur van het klinisch onderwijs ten minste de helft van de minimumduur van de opleiding bedraagt. De basisverpleegkundigen in opleiding worden gevormd in het kader van de in paragraaf 1 bedoelde beroepskennis, -vaardigheden en -competenties.

De basisverpleegkundige is een beoefenaar van de verpleegkunde die autonoom kan handelen in minder complexe situaties. In complexere situaties werkt hij binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met de arts wanneer er geen verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg deel uitmaakt van het zorgteam. De basisverpleegkundige handelt in het kader van de preventie, het behoud en de bevordering van de gezondheid in relatie tot de kwaliteit van leven.

De Koning bepaalt, na advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, de verpleegkundige technische verstrekkingen die de basisverpleegkundige kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de basisverpleegkundige deze verstrekkingen kan uitvoeren.

Deze beschikking is van toepassing op iedereen die een basisverpleegkundige-opleiding aanvat vanaf het schooljaar of academiejaar 2023-2024.

Elke persoon die houder is van een diploma of een titel van verpleegkundige en die zijn opleiding tot verpleegkundige heeft aangevangen vóór het school- of academiejaar 2023-2024, mag van rechtswege de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 uitoefenen onder dezelfde voorwaarden als de in paragraaf 1 bedoelde verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg.’ [...]

Dit artikel delegeert geen bevoegdheid aan de Koning om bevoegdheidsregels te bepalen.

Artikel 46, § 3 van de Wet van 10 mei 2015 bepaalt wel dat de Koning de uitvoering van handelingen door de basisverpleegkundige, en de desbetreffende bekwaamheidsvereisten van verpleegkundigen kan vastleggen:

‘§ 3. De Koning kan overeenkomstig de bepalingen van artikel 141, de lijst vaststellen van de in paragraaf 1 bedoelde verstrekkingen, alsook de regelen voor de uitvoering ervan en de desbetreffende bekwaamheidsvereisten.’ [...]

Door in de aanhef van het bestreden koninklijk besluit specifiek en enkel te verwijzen naar artikel 45 van de Wet van 10 mei 2015, geeft men dus aan niet te willen voorzien in bevoegdheidsregels. Indien dit wel zo zou zijn, en de Koning het op die manier had bedoeld, had men in de aanhef van het bestreden koninklijk besluit immers verwezen naar artikel 46, §3 van de Wet van 10 mei 2015, quod non.

Maar in realiteit grijpt het bestreden koninklijk besluit wel degelijk in in de bevoegdheden van de basisverpleegkundige. Er wordt in artikel 1 en de bijlage gezegd welke handelingen de basisverpleegkundige mag stellen.

Dit op zich impliceert dat het bestreden koninklijk besluit strijdig is met artikel 46 van de Wet van 10 mei 2015.

Daarbij komt dat het bestreden koninklijk besluit in artikel 2, §1, zonder rekening te houden met (het verpleegkundig ABC uit) artikel 46 van de Wet van 10 mei 2015, voorziet in de principiële mogelijkheid voor de basisverpleegkundige om in minder complexe situaties autonoom te handelen, of het nu gaat om een B1-handeling of een B2-handeling.

Daarnaast mag de basisverpleegkundige deze inschatting van complexiteit zelf maken, in geval van technische prestaties die op kortstondige wijze worden uitgevoerd. Tot slot kan de basisverpleegkundige, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de patiënt en de zorgcontext, de zorg ook opstarten zonder de initiële evaluatie door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts.

Hierdoor worden de B-handelingen aan andere, minder stringente voorwaarden verbonden dan die voorzien aan de B-handelingen in artikel 46 van de Wet van 10 mei 2015, terwijl het bestreden besluit niet zegt gebaseerd te zijn op dit artikel, en er dus in strijd mee is.

Voor de A-handelingen vervat in artikel 46 van de Wet van 10 mei 2015 voorziet artikel 2 van het bestreden besluit dan weer bijkomende voorwaarden die ingaan tegen het feit dat artikel 46 van de Wet van 10 mei 2015 daaraan geen voorwaarden koppelt, terwijl het bestreden besluit niet zegt gebaseerd te zijn op dit artikel, en er dus in strijd mee is.

Om alle bovenstaande redenen moet worden vastgesteld dat het bestreden besluit op grond van artikel 159 van de Grondwet buiten toepassing moet worden gelaten, omdat het strijdig is met artikel 46 van de Wet van 10 mei 2015 en dus met het legaliteitsbeginsel.

Het derde middel is dus ontvankelijk en gegrond.”

17. In de memorie van wederantwoord benadrukken de verzoekende partijen dat in zoverre volgens de verwerende partij geen nuttig onderscheid kan worden geïdentificeerd tussen artikel 45, § 1/2, enerzijds en artikel 46, § 3, anderzijds van de wet van 10 mei 2015, nu deze bepalingen beiden tot gevolg zouden hebben dat de Koning de verpleegkundige verstrekkingen kan vaststellen, die de basisverpleegkundige mag uitvoeren en de voorwaarden waaronder deze verstrekkingen door de basisverpleegkundige mogen worden uitgevoerd, dit standpunt niet correct is. Volgens de verzoekende partijen bestaat er wel degelijk een relevant verschil tussen artikel 45, § 1/2, en artikel 46, § 3, van de wet van 10 mei 2015. Overeenkomstig artikel 45, § 1/2, van de wet van 10 mei 2015 bepaalt de Koning na advies van de TCV, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, de verpleegkundige technische verstrekkingen (dus de B-handelingen) die de basisverpleegkundige (de wettelijke delegatie gaat specifiek en enkel over de basisverpleegkundige) kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de basisverpleegkundige deze verstrekkingen kan uitvoeren. Dit wil zeggen dat de Koning bv. kan bepalen: een basisverpleegkundige kan de handelingen x en y uitvoeren in een woonzorgcentrum; de handeling z kan de basisverpleegkundige uitvoeren in een ziekenhuis, etc. Hiermee bepaalt de Koning welke technische verstrekkingen een basisverpleegkundige kan uitvoeren (x, y of z) en onder welke voorwaarden zij dit kan doen (in een woonzorgcentrum; in een ziekenhuis; ...). Overeenkomstig artikel 46, § 3, van de wet van 10 mei 2015 kan de Koning de A, B en/of C acten bepalen, de regels voor de uitvoering ervan en de desbetreffende bekwaamheidsvereisten. De verzoekende partijen wijzen erop dat de bewoordingen anders zijn dan die in artikel 45, § 1/2, van de wet van 10 mei 2015. Het gaat volgens hen niet om hetzelfde, “anders had de wetgever het op dezelfde wijze gezegd”. Artikel 45, § 1/2, van de wet van 10 mei 2015 geeft volgens hen minder ruimte aan de Koning dan artikel 46, § 3, ervan doet. De delegatie uit artikel 46, § 3, is ruimer. Artikel 46, § 3, van de wet van 10 mei 2015 laat toe de bekwaamheid te regelen, terwijl volgens de verzoekende partijen, artikel 45, § 1/2, ervan dit niet doet. Het bestreden besluit regelt de bekwaamheid. Nochtans is het bestreden koninklijk besluit gestoeld op het beperktere artikel 45,

§ 1/2, van de wet van 10 mei 2015 dat de Koning niet toelaat de bekwaamheid te regelen. Los daarvan, laat de Koning het bepalen van de bekwaamheid dan nog eens over aan individuen, zijnde de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts.

18. In hun laatste memorie stellen de verzoekende partijen dat zij ook op dit punt moeten verwijzen naar het feit dat de verwerende partij zelf heeft aangekondigd het huidige kader nog te zullen verduidelijken. Dit zou gebeuren door de FRV, die richtlijnen zou opstellen die kunnen worden gebruikt door de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg en de artsen bij de beoordeling van de complexiteit van een zorgsituatie. Nu blijkt volgens de verzoekende partijen dat de FRV dit helemaal niet zal doen, zodat het opzet van de verwerende partij dus faalt. Volgens de verzoekende partijen heeft de verwerende partij de essentiële elementen van het handelen van de basisverpleegkundige helemaal niet op voldoende duidelijke en nauwkeurige wijze geregeld bij wet en de bij de Koning gelegde uitvoeringsbevoegdheid is er niet in geslaagd om het wetgevend kader voldoende duidelijk te maken.

Beoordeling

19. Door het auditoraat wordt tot de ongegrondheid van het derde middel besloten op grond van de volgende overwegingen:

“Beoordeling

32. Met verwerende partij kan de ingeroepen toepassing van artikel 159 van de Grondwet niet worden begrepen nu het bestreden koninklijk besluit, zoals gewijzigd, voorwerp uitmaakt van een vernietigingsberoep.

33. Het koninklijk besluit van 20 september 2023 vindt rechtsgrond in artikel 45, § 1/2 van de wet van 10 mei 2015, dat bepaalt dat de Koning, na advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, de verpleegkundige technische verstrekkingen bepaalt die de basisverpleegkundige kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de basisverpleegkundige deze verstrekkingen kan uitvoeren.

34. In wezen doen de verzoekende partijen onder dit derde middel andermaal gelden dat de bevoegdheden van de basisverpleegkundige niet zouden zijn geregeld op het geëigende wettelijke niveau. Het betoog van verzoekende partij onder dit derde middel komt er immers op neer dat de Koning de essentiële elementen van de regeling betreffende de bevoegdheden van de

basisverpleegkundigen wil regelen en aldus handelt buiten de perken van de machtiging opgenomen in artikel 45, §1/2 van de wet van 10 mei 2015.

35. Onder de bespreking van het eerste middel is met verwijzing naar het arrest nr. 24/2025 van het Grondwettelijk Hof, reeds vastgesteld dat de wetgever de essentiële elementen van het handelen van de basisverpleegkundige op voldoende duidelijke en nauwkeurige wijze heeft geregeld. Hetzelfde arrest overweegt voorts:

‘B.18.1. De verzoekende partijen voeren eveneens aan dat de in artikel 45, § 1/2, derde lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, aan de Koning verleende machtiging in strijd is met artikel 105 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 10 en 11 ervan.

Zij bekritiseren dat de Koning de bevoegdheid wordt verleend om de verpleegkundige technische verstrekkingen die de basisverpleegkundige kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de basisverpleegkundige die verstrekkingen kan uitvoeren, te bepalen. Zij doen gelden dat de Koning aldus de bevoegdheid wordt verleend om essentiële elementen van de regeling betreffende de bevoegdheden van de basisverpleegkundigen, zoals de precieze draagwijdte van de woorden « minder complexe situaties » en « complexere situaties », te regelen.

(...)

B.18.4. Zoals is vermeld in B.13.7, is de in de bestreden bepaling vervatte machtiging aan de Koning niet in strijd met het wettigheidsbeginsel in strafzaken, zoals gewaarborgd door artikel 12 van de Grondwet, daar die machtiging voldoende nauwkeurig is omschreven en betrekking heeft op de tenuitvoerlegging van de door de wetgever vastgestelde essentiële aspecten van het handelen van de basisverpleegkundige. [...]’.

36. De Technische Commissie voor Verpleegkunde heeft advies gegeven op 9 november 2023. In de redenering dat de bevoegdheden van de basisverpleegkundige in essentie worden geregeld door artikel 45, § 1/2 van de wet van 10 mei 2015, kunnen geen gevolgen worden vastgeknoopt aan het gegeven dat de Technische Commissie voor Verpleegkunde niet opnieuw ingaat op de beoordeling van de complexiteit van zorgsituaties.

37. Voorts verwijst artikel 45, § 1/2, eerste lid, van de wet van 10 mei 2015 met betrekking tot de uitoefening van de verpleegkunde door de basisverpleegkundigen uitdrukkelijk naar artikel 46 van die wet. Verzoekende partijen kunnen dan ook niet worden bijgevalen in hun stelling dat het bestreden koninklijk besluit door uitvoering te geven aan artikel 45, §1/2, niet ook rekening houdt met het verpleegkundig ABC uit artikel 46 van de wet van 10 mei 2015.

38. Het derde middel is niet gegrond.”

20. In zoverre de verzoekende partijen voor het eerst in hun laatste memorie nog laten gelden dat de FRV volgens hen geen richtlijnen heeft opgesteld betreffende de beoordeling van de complexiteit van de zorgsituatie, zodat het opzet van de verwerende partij faalt, en derhalve nieuwe argumenten en kritieken aanvoeren, tonen de verzoekende partijen niet aan dat zij die niet reeds in hun verzoekschrift hadden kunnen ontwikkelen. Aldus geven de verzoekende partijen

op laattijdige en niet-ontvankelijke wijze een nieuwe grondslag aan het middel. Die argumenten en kritieken kunnen derhalve niet tot nietigverklaring leiden.

In zoverre de verzoekende partijen nog benadrukken dat de verwerende partij de essentiële elementen van het handelen van de basisverpleegkundige helemaal niet op voldoende duidelijke en nauwkeurige wijze heeft geregeld bij wet en de bij de Koning gelegde uitvoeringsbevoegdheid er niet in geslaagd is om het wetgevend kader voldoende duidelijk te maken, herhalen zij op parafraserende wijze hun standpunt zoals aangevoerd in het verzoekschrift en de memorie van wederantwoord zonder inhoudelijk afbreuk te doen aan de beoordeling dienaangaande door het auditoraat.

21. De Raad van State ziet geen reden om het anders te zien dan het auditoraat en bevindt aldus, na eigen onderzoek, de redenering van het auditoraatsverslag bijvallend, het derde middel ongegrond.

D. Vierde middel

Uiteenzetting van het middel

22. In een vierde middel in het verzoekschrift voeren de verzoekende partijen de schending aan van “de artikelen 31 en 32 van de richtlijn 2005/36/EU, al dan niet samen gelezen met de artikelen 4, 6, 7 en 8 van de richtlijn 2018/958 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 ‘betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen, in de gezondheidssector en voor gezondheidsberoepen’, van de artikelen 6, 7 en 8 van de wet van 23 maart 2021 ‘betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan de invoering of de wijziging van een beroepsreglementering in de gezondheidssector’, al dan niet samen gelezen met artikel 23 van de Grondwet, minstens van het redelijkheids- en evenredigheidsbeginsel”.

De verzoekende partijen betogen onder het kopje “toepassing”:

“Op de website van de minister van Volksgezondheid staat met betrekking tot de introductie van de titel van basisverpleegkundige:

‘In België zijn er twee types opleiding tot verpleegkunde. De bacheloropleiding aan de hogeschool duurt vier jaar; de opleiding graduaat verpleegkunde (hoger beroepsonderwijs HBO5) duurt in Vlaanderen drie jaar. Zo’n 40 procent van alle verpleegkundigen die in Vlaanderen actief zijn, volgde een HBO5-opleiding. Op Europees niveau bestaat er een richtlijn die opleidingsvoorwaarden bepaalt voor verpleegkundigen, om automatische erkenning en vrij verkeer van diploma’s en diensten mogelijk te maken binnen Europa. Ons land werd voorlopig in gebreke gesteld door Europa specifiek omtrent de HBO5-opleiding in Vlaanderen, die niet voldoet aan de gestelde voorwaarden. Mocht ons land veroordeeld worden, dan zou dit ook consequenties kunnen hebben voor de uitoefening van de verpleegkunde door de professionals in ons land. Nadat in het verleden de bacheloropleiding verpleegkunde werd verlengd van drie jaar naar vier jaar om tegemoet te komen aan de bekommernissen van Europa, is er nu ook een oplossing in de maak voor de HBO5-opleiding.

Studenten die de opleiding volgend academiejaar aanvatten en afstuderen zullen een eigen profiel krijgen in de Wet op de Uitoefening van de Gezondheidszorgberoepen. Tegelijkertijd wijzigen we voor de bachelorsverpleegkundigen de titel ‘verpleegkundige’ in ‘verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg’.

De komende jaren zal het aantal ouderen in ons land in sneltempo toenemen. Vooral het aantal 80- plussers zal fors toenemen. Mensen worden ouder, leven langer en gelukkig maar. Tegelijk zullen mensen ook meer en langer te kampen hebben met chronische ziektes en dus aangepaste zorg nodig hebben. Het hoeft geen betoog dat de nood aan zorgverleners nu al ontzettend groot is en nog groter zal worden, in het bijzonder aan zorgverleners met een verscheidenheid aan profielen. Onder meer de ouderenzorg, de kinderopvang en de sector van personen met een handicap is vragende partij naar meer brede zorgprofielen maar ook naar meer zorgexpertise.

Precies daarom is het belangrijk zowel de graduaats- als de bacheloropleiding te valoriseren. Voor de basisverpleegkundigen zullen andere opleidingsvoorwaarden gelden dan voor de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg. Het KB dat voorligt, voorziet in de creatie van een zeer breed inzetbaar profiel van zorgprofessional. In minder complexe situaties is het de bedoeling dat de basisverpleegkundige autonoom de verpleegkunde kan uitoefenen. In complexere situaties is een samenwerking met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, of de arts indien er geen VVAZ-deel uitmaakt van het team, verplicht.

De competenties die bij dit nieuwe profiel worden verwacht zullen de komende weken verder worden gefinaliseerd, samen met het bepalen van welke handelingen die de basisverpleegkundigen mogen stellen. Er wordt ook een overgangsperiode voorzien. De wijziging is van toepassing op studenten die de opleiding vanaf academiejaar 2023-2024 starten. Voor de huidige studenten en reeds actieve HBO5-verpleegkundigen verandert er in het voorstel niets. Zij zullen kunnen genieten van verworven rechten. Tot slot wil Vandenbroucke met de wetswijziging nog een extra functie in de verpleging toevoegen, namelijk de klinisch verpleegkundig onderzoeker. Het gaat om verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger met een doctoraat in de verpleegkundige wetenschappen. Op deze manier

vervolledigt Vandenbroucke de zogenaamde zorgladder in de verpleging.
‘ [...]

Nochtans lost het bestreden besluit de strijdigheid tussen de bestaande HBO5-opleiding en deze Europese richtlijn niet op.

Het bestreden besluit laat toe dat de basisverpleegkundige die een opleiding heeft genoten die nog steeds niet voldoet aan de artikelen 31 en 32 van de Richtlijn 2005/36/EU, toch:

-de verpleegkundige handelingen stelt vervat in de bijlage bij het bestreden besluit, de verpleegkunde uitoefent en verpleegkundige is;

-in minder complexe situaties autonoom verpleegkundige handelingen stelt, en dus dan de verpleegkunde uitoefent en verpleegkundige is;

-in complexere situaties technische prestaties verricht, en dus dan de verpleegkunde uitoefent en verpleegkundige is.

Het vermeende doel van het bestreden besluit, met name de overeenstemming met het Europees kader, wordt dus totaal niet bereikt.

Om alle bovenstaande redenen schendt het bestreden besluit de artikelen 31 en 32 van de Richtlijn 2005/36/EU, al dan niet samen gelezen met de artikelen 4, 6, 7 en 8 EU-Richtlijn nr. 2018/958 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen, in de gezondheidssector en voor gezondheidsberoepen, van de artikelen 6, 7 en 8 Wet van 23 maart 2021 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan de invoering of de wijziging van een beroepsreglementering in de gezondheidssector, al dan niet samen gelezen met artikel 23 van de Grondwet, minstens schending van het redelijkheids- en evenredigheidsbeginsel.

Het vierde middel is dus ontvankelijk en gegrond.”

23. In de memorie van wederantwoord benadrukken de verzoekende partijen dat zij in het verzoekschrift hebben toegelicht dat het vermeende doel van het bestreden besluit, met name de overeenstemming met het Europees kader, niet wordt bereikt aan de hand van de zogenoemde hervorming van de zorgladder. Het bestreden besluit impliceert volgens hen een strijdigheid met het redelijkheids- en het evenredigheidsbeginsel, vervat in de “Evenredigheidsrichtlijn” (lees: richtlijn (EU) 2018/958 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 ‘betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen’) en de beginselen van behoorlijk bestuur. Zij laten gelden dat bij de beoordeling van het invoeren van een maatregel dient rekening te worden gehouden met de nadelige gevolgen voor de rechtsonderhorige(n). Indien een gelijkaardige maatregel minder verregaande nadelen heeft, maar wel hetzelfde doel bereikt, dan moet die geprefereerd worden. De kosten-batenanalyse werd niet gemaakt met betrekking tot het bestreden besluit. Zelfs indien men de redenering van de verwerende partij aanvaardt dat de Europese regels de lidstaten er verder

niet van weerhouden om meerdere beroepstitels te creëren, kan dit volgens de verzoekende partijen evident enkel werken indien alle beroepstitels juist afgebakend zijn en iedere beroepstitel precies weet welke bevoegdheden hij geniet. Dit geldt temeer voor België, dat een systeem hanteert waarbij de bevoegdheden van gezondheidszorgbeoefenaars wettelijk worden omschreven en de overtreding ervan strafbaar is. Volgens de verzoekende partijen gaat de verwerende partij er aan voorbij dat met (de wet en) het bestreden besluit dermate ambigue bevoegdheidslijnen werden getrokken, dat op heden helemaal niet duidelijk is wat de harde lijnen zijn tussen de bevoegdheden van de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en de basisverpleegkundige. Nochtans geniet volgens hen de eerste thans wel automatische erkenning in andere Europese lidstaten en de tweede niet.

24. In hun laatste memorie benadrukken de verzoekende partijen dat de richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 ‘betreffende de erkenning van beroepskwalificaties’ (hierna: richtlijn 2005/36/EG) niet toestaat dat er meerdere soorten profielen van “verpleegkundigen” bestaan, die niet allen conform deze richtlijn zijn en dat alle verpleegkundigen “Euroconform” moeten zijn. Zij voegen daaraan toe dat een lidstaat natuurlijk bij wet een andere beroepsbeoefenaar mag toestaan om verpleegkundige zorg te verlenen, maar wanneer patiënten zich tot een verpleegkundige wenden, moet de lidstaat hebben gegarandeerd dat deze beroepsbeoefenaar inderdaad een verpleegkundige is, die aan alle eisen van de richtlijn voldoet, wat op heden niet het geval is.

Beoordeling

25. Door het auditoraat wordt tot de ongegrondheid van het vierde middel besloten op grond van de volgende overwegingen:

“Beoordeling

42. Een gelijk middel hebben verzoekende partijen voor het Grondwettelijk Hof opgeworpen tegen artikel 45, § 1/2, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023. Te dezen kan integraal worden verwezen naar de beoordeling van het arrest nr. 24/2025:

‘B.22. In hun verzoekschrift zetten de verzoekende partijen niet uiteen in welke zin de bestreden bepalingen de artikelen 4, 6, 7 en 8 van de richtlijn (EU) 2018/958 en de beginselen van evenredigheid en redelijkheid zouden schenden. Overeenkomstig met wat is vermeld in B.7.3, onderzoekt het Hof het tweede middel enkel, in zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10, 11 en 23 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 31 en 32 van de richtlijn 2005/36/EG en met de artikelen 20 en 21 van het Handvest.

B.23. De verzoekende partijen voeren onder meer aan dat artikel 2 van de wet van 28 juni 2023 en artikel 45, § 1/2, van de wet van 10 mei 2015 in strijd zijn met de artikelen 31 en 32 van de richtlijn 2005/36/EG, in samenhang gelezen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, daar de bestreden bepalingen de personen die een opleiding tot basisverpleegkundige hebben gevolgd, machtigen om de verpleegkunde uit te oefenen, ook wanneer die opleiding niet voldoet aan de minimale vereisten die de voormelde bepalingen van de richtlijn 2005/36/EG op dat vlak stellen.

B.24.1. De artikelen 10 en 11 van de Grondwet hebben een algemene draagwijdte. Zij verbieden elke discriminatie, ongeacht de oorsprong ervan : de grondwettelijke regels van de gelijkheid en van de niet-discriminatie zijn toepasselijk ten aanzien van alle rechten en alle vrijheden, met inbegrip van die welke voortvloeien uit internationale verdragen die België binden.

B.24.2. De artikelen 31 en 32 van de richtlijn 2005/36/EG maken deel uit van hoofdstuk III (« Erkenning op basis van de coördinatie van de minimumopleidingseisen ») van titel III (« Vrijheid van vestiging ») van die richtlijn. Dat hoofdstuk regelt het beginsel van de automatische erkenning van opleidingstitels binnen de lidstaten van de Europese Unie.

B.24.3. Artikel 31, lid 3, van de richtlijn 2005/36/EG, zoals laatst gewijzigd bij de richtlijn 2013/55/EU, bepaalt :

« De opleiding tot verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger omvat in totaal ten minste drie studie jaren, die daarnaast kunnen worden uitgedrukt in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS-studiepunten, bestaande uit ten minste 4 600 uur theoretisch en klinisch onderwijs, waarbij de duur van het theoretisch onderwijs ten minste een derde en die van het klinisch onderwijs ten minste de helft van de minimumduur van de opleiding bedraagt. De lidstaten kunnen gedeeltelijke vrijstelling verlenen aan beroepsbeoefenaren die een deel van deze opleiding hebben gevolgd in het kader van andere opleidingen van ten minste gelijkwaardig niveau. De lidstaten zien erop toe dat de met de verplegersopleiding belaste instelling verantwoordelijk is voor de coördinatie tussen theoretisch en klinisch onderwijs gedurende het gehele studieprogramma ».

Artikel 32 van de richtlijn 2005/36/EG bepaalt :

« Voor de toepassing van deze richtlijn zijn de beroepswerkzaamheden van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger die welke onder de in bijlage V, punt 5.2.2, genoemde beroepstitels worden uitgeoefend ».

B.25.1. Het bestreden artikel 2 van de wet van 28 juni 2023 bepaalt dat die wet voorziet « in de gedeeltelijke omzetting van Richtlijn 2005/36/EG [...], laatstelijk [lees : laatst] gewijzigd bij Richtlijn 2013/55/EU van het Europees Parlement en de Raad van 20 november 2013 ».

Volgens het bestreden artikel 45, § 1/2, eerste lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, mag niemand, als basisverpleegkundige, de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 binnen de grenzen van de bevoegdheden en de activiteiten die

de Koning hem heeft toevertrouwd, uitoefenen als hij niet in het bezit is van een diploma of een titel van basisverpleegkundige die behaald werd na « een opleiding van minstens drie studiejaren met ten minste 3800 uur theoretisch en klinisch onderwijs, die uitgedrukt kunnen worden in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS-studiepunten, waarbij de duur van het theoretisch onderwijs ten minste een derde en de duur van het klinisch onderwijs ten minste de helft van de minimumduur van de opleiding bedraagt ».

B.25.2. Terwijl de opleiding waarvan sprake in artikel 45, § 1/2, eerste lid, van de wet van 10 mei 2015 een opleiding betreft van minstens drie studiejaren met ten minste 3 800 uur theoretisch en klinisch onderwijs, betreft de opleiding waarvan sprake in artikel 31, lid 3, van de richtlijn 2005/36/EG een opleiding van minstens drie studiejaren met ten minste 4 600 uur theoretisch en klinisch onderwijs.

B.26.1. De parlementaire voorbereiding van de wet van 28 juni 2023 vermeldt :

« Ter herinnering, de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 werd reeds gewijzigd bij de omzetting van de Europese Richtlijn 2013/55 in Belgisch recht. Richtlijn 2013/55 was een herziening van richtlijn 2005/36 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties binnen de Europese Unie waarbij een lijst van basiscompetenties en minimale opleidingseisen werd opgenomen die op Europees niveau vereist zijn voor het verpleegkundig beroep. Artikel 45 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de toegang tot het verpleegkundig beroep werd dan ook aangepast bij het koninklijk besluit van 27 juni 2016 teneinde hierin de basiscompetenties en minimale opleidingseisen op te nemen die op Europees niveau zijn vastgesteld om toegang te krijgen tot de titel van verpleegkundige en van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg in het bijzonder.

Ondanks deze wijziging heeft de Europese Commissie België al meermaals in gebreke gesteld en een inbreukprocedure tegen België ingeleid, in het bijzonder wat betreft de inhoud van bepaalde opleidingsprogramma's die in België door de Gemeenschappen voor het verpleegkundig beroep worden georganiseerd en dit ondanks de omzetting van deze laatste in federale wetgeving, omdat de Commissie van oordeel is dat bepaalde programma's van deze opleidingen die toegang geven tot de titel van verpleegkundige niet voldoen aan de minimale opleidingseisen die in artikel 45 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 zijn vastgesteld en die vereist zijn voor de titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg zoals gedefinieerd in de Richtlijn. Daarom werd in het regeerakkoord beslist om deze kwestie samen met de Gemeenschappen die bevoegd zijn voor onderwijs te bekijken om een oplossing te vinden voor de opleidingen die door de ingebrekestellingsprocedure van de Europese Commissie worden geïsoleerd. [...]

[...]

Dit ontwerp wil daarom de titel bedoeld in § 1 van artikel 45 van voormelde wet preciseren om duidelijker te verwijzen naar de titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, die overeenstemt met de titel van verpleegkundige bedoeld op Europees niveau en waarvan de opleidingseisen de professionele mobiliteit als verpleegkundige binnen de Europese Unie mogelijk maakt. Daarnaast creëert dit ontwerp een nieuwe beroepstitel van 'basisverpleegkundige' in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015. Deze nieuwe titel zal de houders van een diploma

verpleegkunde dat niet aan de op Europees niveau vastgestelde minimale opleidingseisen voldoet, toegang geven tot de uitoefening van de verpleegkunde binnen de grenzen van de voor hen vastgestelde bevoegdheden en activiteiten. Het betreft hier opleidingen verpleegkunde die overeenstemmen met opleidingsniveau 5 van het Europees kwalificatiekader.

Er is een overgangsmaatregel voorzien zodat personen die houder zijn van een diploma of een titel van verpleegkundige en die hun opleiding tot verpleegkundige hebben aangevangen vóór het school- of academiejaar 2023-2024 kunnen genieten van verworven rechten en hun uitoefening van de verpleegkunde kunnen behouden onder de omstandigheden die ze tot nu toe kenden. Deze nieuwe bepaling zal bijgevolg van toepassing zijn op toekomstige afgestudeerden van niveau 5 die niet voldoen aan de voorwaarden van de Europese richtlijn voor het verkrijgen van de titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en die na de inwerkingtreding van deze nieuwe titel zullen afstuderen.

Als houders van een diploma van basisverpleegkundige willen doorstromen naar een diploma van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg dat de weg opent naar professionele mobiliteit binnen de Europese Unie, zullen ze een brugopleiding kunnen volgen.

Op deze manier worden de functiemodellen van de algemene verpleegkundige zorg aangevuld met een nieuwe functie tussen zorgkundigen en verpleegkundigen verantwoordelijke voor algemene zorg » (Parl. St., Kamer, 2022-2023, DOC 55-3269/001, pp. 5-7).

B.26.2. Daaruit blijkt dat de wetgever, na te hebben vastgesteld dat de Belgische Staat reeds meermaals door de Europese Commissie in gebreke was gesteld met betrekking tot « de inhoud van bepaalde opleidingsprogramma's die in België door de Gemeenschappen voor het verpleegkundig beroep worden georganiseerd », het aangewezen heeft geacht om naast de beroepstitel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg een nieuwe beroepstitel van basisverpleegkundige in het leven te roepen.

De beroepstitel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg wordt toegekend aan personen die een opleiding hebben gevolgd die voldoet aan de minimumvereisten van artikel 31, lid 3, van de richtlijn 2005/36/EG en maakt « de professionele mobiliteit als verpleegkundige binnen de Europese Unie mogelijk ».

De beroepstitel van basisverpleegkundige wordt toegekend aan « de houders van een diploma verpleegkunde dat niet aan de op Europees niveau vastgestelde minimale opleidingseisen voldoet ». In tegenstelling tot de beroepstitel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, opent die beroepstitel niet automatisch « de weg [...] naar professionele mobiliteit binnen de Europese Unie », zij het dat de houders van

die beroepstitel « een brugopleiding [zullen] kunnen volgen » met het oog op het behalen van een diploma dat de automatische erkenning binnen de Europese Unie mogelijk maakt.

B.26.3. Uit de parlementaire voorbereiding van de wet van 28 juni 2023 blijkt voorts dat de nieuwe beroepstitel van basisverpleegkundige mede is ingegeven door bezorgdheden betreffende het tekort aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt. Op een in de Kamer van volksvertegenwoordigers gestelde vraag betreffende de keuze om in een nieuwe functie binnen de verpleegkunde te voorzien, eerder dan het

Euroconform maken van de opleiding hoger beroepsonderwijs van niveau 5, antwoordde de bevoegde minister :

« Het is aan de deelstaten, die bevoegd zijn voor Onderwijs, om te garanderen dat de opleiding ook effectief aan deze voorwaarden [lees : de voorwaarden van het recht van de Europese Unie] voldoet. Indien de minister van Onderwijs deze keuze zou willen maken, moet dus wellicht niet alleen de duur van de opleiding verlengd worden, maar moet ook de inhoud van de opleiding versterkt worden. In de huidige HBO5-opleiding haakt zo'n 50 % van de studenten af omdat de opleiding te zwaar is. Een verdere verlenging van de duur van de opleiding schrikt sommige geïnteresseerde studenten misschien af. We hebben alle handen nodig en een kortere, maar voldoende kwalitatieve, opleiding – met ook brugopleidingen die verdere doorstroming mogelijk maken – lijkt de minister een interessant gegeven. [...]

[...]

De differentiatie tussen de profielen, samen met de creatie van haalbare en toegankelijke brugopleidingen, creëert de mogelijkheid van een brede instroom binnen het verpleegkundig beroep » (Parl. St., Kamer, 2022-2023, DOC 55-3269/006, pp. 24-25).

B.27.1. Artikel 1 van de richtlijn 2005/36/EG bepaalt dat die richtlijn de regels vaststelt volgens welke een lidstaat die de toegang tot of de uitoefening van een gereguleerd beroep op zijn grondgebied afhankelijk stelt van het bezit van bepaalde beroepskwalificaties (de ontvangende lidstaat), de in een andere lidstaat of andere lidstaten (de lidstaat van oorsprong) verworven beroepskwalificaties die de houder van die kwalificaties het recht verlenen er hetzelfde beroep uit te oefenen, erkent voor de toegang tot en de uitoefening van dit beroep.

B.27.2. De richtlijn 2005/36/EG beoogt aldus de regels vast te stellen volgens welke een lidstaat van de Europese Unie de in een andere lidstaat verworven beroepskwalificaties dient te erkennen voor de toegang tot en de uitoefening van een beroep op zijn grondgebied.

Die richtlijn verbiedt de lidstaten van de Europese Unie in beginsel niet om een nieuw gereguleerd beroep in het leven te roepen dat niet voldoet aan de in die richtlijn vervatte vereisten voor de automatische erkenning op basis van de coördinatie van de minimumopleidingseisen, en waarvan de beroepstitel niet behoort tot de in bijlage V, punt 5.2.2, van die richtlijn genoemde beroepstitels.

B.28.1. Uit de in B.26.1 aangehaalde parlementaire voorbereiding blijkt dat de wetgever de bedoeling heeft gehad om de beroepstitel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg te concipiëren als een beroepstitel die « overeenstemt met de titel van verpleegkundige bedoeld op Europees niveau en waarvan de opleidingseisen de professionele mobiliteit als verpleegkundige binnen de Europese Unie mogelijk maakt ».

Wat de nieuw in het leven geroepen beroepstitel van basisverpleegkundige betreft, heeft de wetgever evenwel niet de bedoeling gehad die beroepstitel te concipiëren als een beroepstitel die voldoet aan de vereisten van de artikelen 31 en 32 van de richtlijn 2005/36/EG. Die beroepstitel geeft aldus geen aanleiding tot de in die richtlijn geregelde automatische erkenning van beroepskwalificaties binnen de Europese Unie.

B.28.2. De loutere omstandigheid dat de beroepstitel van basisverpleegkundige niet valt onder het in de richtlijn 2005/36/EG vervatte systeem van automatische erkenning van beroepstitels, onzegt de houder van die beroepstitel evenwel niet elke vorm van professionele

mobiliteit tussen de lidstaten van de Europese Unie. De richtlijn 2005/36/EG bevat immers, naast het systeem van automatische erkenning van beroepstitels, ook een algemeen stelsel (hoofdstuk I van titel III van de richtlijn) van erkenning, door de ontvangende lidstaat, van in een andere lidstaat verworven beroepskwalificaties, waarbij de betrokkenen dienen aan te tonen dat zij over de vereiste beroepskwalificaties beschikken en de ontvangende lidstaat de mogelijkheid heeft om compenserende maatregelen, zoals een aanpassingsstage of een proeve van bekwaamheid, op te leggen.

Uit de in B.26.1 aangehaalde parlementaire voorbereiding blijkt bovendien dat de houders van de beroepstitel van basisverpleegkundige een « brugopleiding [zullen] kunnen volgen » met het oog op het behalen van een diploma dat toegang geeft tot de automatische erkenning van de behaalde beroepstitel binnen de Europese Unie.

B.29.1. Daar de wetgever de beroepstitel van basisverpleegkundige niet heeft geconcipieerd als een beroepstitel die recht geeft op automatische erkenning door een andere lidstaat van de Europese Unie overeenkomstig de richtlijn 2005/36/EG, schendt artikel 45, § 1/2, eerste lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, niet de artikelen 31, lid 3, en 32 van de richtlijn 2005/36/EG, in samenhang gelezen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in zoverre het voor het uitoefenen van de taken en de bevoegdheden van de basisverpleegkundige een opleiding vereist van minstens drie studiejaar met ten minste 3 800 uur theoretisch en klinisch onderwijs.

B.29.2. De verzoekende partijen leiden uit de artikelen 20 en 21 van het Handvest geen andere argumenten af dan die welke zij afleiden uit de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. Een toetsing aan die internationale bepalingen, in samenhang gelezen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, leidt bijgevolg niet tot een ander besluit.

B.30. In zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 31, lid 3, en 32 van de richtlijn 2005/36/EG en met de artikelen 20 en 21 van het Handvest, is het tweede middel niet gegrond.

B.31. De verzoekende partijen voeren ook aan dat artikel 45, § 1/2, eerste lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet schendt, doordat de kwaliteit van de verpleegkunde daalt ten gevolge van het feit dat basisverpleegkundigen die een opleiding hebben gevolgd die niet voldoet aan de vereisten van artikel 31, lid 3, van de richtlijn 2005/36/EG, in bepaalde omstandigheden de verpleegkunde autonoom mogen uitoefenen.

B.32.1. Zoals is vermeld in B.13.2 e.v., kunnen de basisverpleegkundigen de verpleegkunde slechts autonoom uitoefenen in minder complexe situaties, waarbij de inschatting van de complexiteitsgraad van de situatie gebeurt door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het team. Daarnaast kunnen de basisverpleegkundigen autonoom technische prestaties verrichten die gedurende een periode van minder dan 24 uur moeten worden uitgevoerd en dit op basis van een standaardverpleegplan. In complexere situaties dienen de basisverpleegkundigen echter te werken binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met de arts wanneer er geen verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg deel uitmaakt van

het zorgteam, en dienen zij de zorgen uit te voeren zoals aangegeven in het verpleegplan dat is opgesteld door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts wanneer er geen verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg deel uitmaakt van het zorgteam.

B.32.2. Uit niets blijkt dat de aldus bepaalde taken en bevoegdheden van de basisverpleegkundigen kunnen leiden tot een algemene daling van de kwaliteit van de verpleegkunde en tot een aanzienlijke vermindering van het beschermingsniveau van het door artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet gewaarborgde recht op bescherming van de gezondheid en op geneeskundige bijstand. De wetgever heeft, zoals blijkt uit de in B.26.1 aangehaalde parlementaire voorbereiding, integendeel willen voorkomen dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënten zou dalen, door tegemoet te komen aan de bezorgdheden betreffende het tekort aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt.

B.33. In zoverre het is afgeleid uit de schending van artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met artikelen 31, lid 3, en 32 van de richtlijn 2005/36/EG, is het tweede middel niet gegrond.

B.34. Het tweede middel is niet gegrond.

43. Om dezelfde redenen als aangehaald, is het vierde middel niet gegrond.”

26. In zoverre de verzoekende partijen in hun laatste memorie nog laten gelden dat richtlijn 2005/36/EG niet toestaat dat er meerdere soorten profielen van “verpleegkundigen” bestaan, die niet allen conform deze richtlijn zijn en dat alle verpleegkundigen “Euroconform” moeten zijn, herhalen zij op parafraserende wijze hun standpunt zoals aangevoerd in het verzoekschrift en de memorie van wederantwoord. De verzoekende partijen gaan voorbij aan de beoordeling van het Grondwettelijk Hof in zijn arrest nr. 24/2025 waarin onder randnummer B.27.2. uitdrukkelijk wordt gesteld:

“De richtlijn 2005/36/EG beoogt aldus de regels vast te stellen volgens welke een lidstaat van de Europese Unie de in een andere lidstaat verworven beroepskwalificaties dient te erkennen voor de toegang tot en de uitoefening van een beroep op zijn grondgebied.

Die richtlijn verbiedt de lidstaten van de Europese Unie in beginsel niet om een nieuw gereguleerd beroep in het leven te roepen dat niet voldoet aan de in die richtlijn vervatte vereisten voor de automatische erkenning op basis van de coördinatie van de minimumopleidingseisen, en waarvan de beroepstitel niet behoort tot de in bijlage V, punt 5.2.2, van die richtlijn genoemde beroepstitels.”

Bijgevolg staat er dan ook niets aan in de weg dat de basisverpleegkundigen verpleegkundige verstrekkingen zouden uitvoeren overeenkomstig de wet van 10 mei 2015 en het bestreden besluit, temeer nu het de

wet van 28 juni 2023 tot wijziging van de wet van 10 mei 2015 is die een onderscheid creëert tussen, enerzijds, de beroepstitel van “basisverpleegkundige” en, anderzijds, de beroepstitel “verpleegkundige verantwoordelijk voor de algemene zorg” en het niet het bestreden uitvoeringsbesluit is dat de beroepstitel van “basisverpleegkundige” creëert.

27. De Raad van State ziet geen reden om het anders te zien dan het auditoraat en bevindt aldus, na eigen onderzoek, de redenering van het auditoraatsverslag bijvallend, het vierde middel ongegrond.

E. Vijfde middel

Uiteenzetting van het middel

28. In een vijfde middel in het verzoekschrift voeren de verzoekende partijen de schending aan van “de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, de artikelen 20 en 21 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie en het rechtszekerheids-, vertrouwens-, zorgvuldigheids- en het redelijkheidsbeginsel, al dan niet samen gelezen met artikel 23 van de Grondwet”.

Onder het kopje “toepassing” laten de verzoekende partijen gelden:

“Artikel 45 van de Wet van 10 mei 2015 luidt als volgt:

‘§ 1/2. Niemand mag, als basisverpleegkundige, de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 binnen de grenzen van de bevoegdheden en de activiteiten die de Koning hem heeft toevertrouwd, uitoefenen als hij niet in het bezit is van een diploma of een titel van basisverpleegkundige die behaald werd na een opleiding van minstens drie studiejaren met ten minste 3800 uur theoretisch en klinisch onderwijs, die uitgedrukt kunnen worden in een daaraan gelijkwaardig aantal ECTS- studiepunten, waarbij de duur van het theoretisch onderwijs ten minste een derde en de duur van het klinisch onderwijs ten minste de helft van de minimumduur van de opleiding bedraagt. De basisverpleegkundigen in opleiding worden gevormd in het kader van de in paragraaf 1 bedoelde beroepskennis, -vaardigheden en -competenties.

De basisverpleegkundige is een beoefenaar van de verpleegkunde die autonoom kan handelen in minder complexe situaties. In complexere situaties werkt hij binnen een gestructureerd zorgteam in nauwe samenwerking met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene

zorg of met de arts wanneer er geen verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg deel uitmaakt van het zorgteam. De basisverpleegkundige handelt in het kader van de preventie, het behoud en de bevordering van de gezondheid in relatie tot de kwaliteit van leven.

De Koning bepaalt, na advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde, bij een besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, de verpleegkundige technische verstrekkingen die de basisverpleegkundige kan uitvoeren en de voorwaarden waaronder de basisverpleegkundige deze verstrekkingen kan uitvoeren.

Deze beschikking is van toepassing op iedereen die een basisverpleegkundige-opleiding aanvat vanaf het schooljaar of academiejaar 2023-2024.

Elke persoon die houder is van een diploma of een titel van verpleegkundige en die zijn opleiding tot verpleegkundige heeft aangevangen vóór het school- of academiejaar 2023-2024, mag van rechtswege de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 uitoefenen onder dezelfde voorwaarden als de in paragraaf 1 bedoelde verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg.' [...]

Er werd dus voorzien in een verschil in behandeling tussen de verpleegkundigen die hun HBO5- opleiding aangevat hebben voor, dan wel vanaf het school/academiejaar 2023-24.

Met het bestreden besluit wordt dit verschil tussen de HBO5-verpleegkundigen bekrachtigd, bestendigd en uitgevoerd.

Dit verschil in behandeling hoeft in theorie niet per se problematisch te zijn. Ware het niet dat een onderscheid in behandeling slechts is toegestaan, voor zover er voor het verschil in behandeling een objectieve en redelijke verantwoording bestaat. Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld met betrekking tot het doel en de gevolgen van de ter beoordeling staande norm. Het gelijkheidsbeginsel is geschonden wanneer de aanwende middelen redelijkerwijze niet evenredig zijn met het beoogde doel. Is er nu sprake van een schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet en de artikelen 20 en 21 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie?

- Eerst moet de vergelijkbaarheid van de betrokken personen worden getoetst. Het gelijkheidsbeginsel speelt immers ten aanzien van personen die zich in voldoende vergelijkbare situaties bevinden.

HBO5-verpleegkundigen die de opleiding heeft aangevat vóór of vanaf het schooljaar of academiejaar 2023-2024, zijn vergelijkbare categorieën. Immers, de opleiding van de HBO5-verpleegkundigen is niet gewijzigd. Of een HBO5-verpleegkundige nu vóór of vanaf het schooljaar of academiejaar 2023-2024 de opleiding aanvat, deze categorieën bezitten dezelfde opleiding en dus kennis en kunde;

- Vervolgens wordt de verantwoording van het onderscheid onderzocht. Het onderscheid moet steunen op een objectief en algemeen criterium. Met het onderscheid moet de normgever een legitiem doel nastreven. Het gehanteerde middel, d.i. de bestreden beslissing, moet kunnen bijdragen tot de realisatie van die doelstelling. Tot slot moeten het middel en het doel evenredig zijn.

Uit de bestreden beslissing blijkt niet hoe het verschil in behandeling precies wordt verantwoord.

Op de website van de minister van Volksgezondheid leest men als volgt:

‘In België zijn er twee types opleiding tot verpleegkunde. De bacheloropleiding aan de hogeschool duurt vier jaar; de opleiding

graduaat verpleegkunde (hoger beroepsonderwijs HBO5) duurt in Vlaanderen drie jaar. Zo'n 40 procent van alle verpleegkundigen die in Vlaanderen actief zijn, volgde een HBO5-opleiding. Op Europees niveau bestaat er een richtlijn die opleidingsvoorwaarden bepaalt voor verpleegkundigen, om automatische erkenning en vrij verkeer van diploma's en diensten mogelijk te maken binnen Europa. Ons land werd voorlopig in gebreke gesteld door Europa specifiek omtrent de HBO5-opleiding in Vlaanderen, die niet voldoet aan de gestelde voorwaarden. Mocht ons land veroordeeld worden, dan zou dit ook consequenties kunnen hebben voor de uitoefening van de verpleegkunde door de professionals in ons land. Nadat in het verleden de bacheloropleiding verpleegkunde werd verlengd van drie jaar naar vier jaar om tegemoet te komen aan de bekommernissen van Europa, is er nu ook een oplossing in de maak voor de HBO5-opleiding.'

Nochtans, indien bovenstaande passage het doel van de regelgever effectief weergeeft, is de bestreden beslissing het verkeerde middel om dit doel te bereiken.

Het is dan immers aan de minister van Onderwijs om de opleidingsvoorwaarden van de opleidingen tot verpleegkundige in overeenstemming te brengen met de Europese regelgeving, zoals men in Franstalig België deed. De opleidingsvoorwaarden- en duur van de basisverpleegkundige, voldoen inderdaad niet aan de opleidingsvoorwaarden- en duur van de verpleegkundige op Europees niveau.

Door wettelijk in een ongerechtvaardigd verschil in behandeling tussen de verpleegkundigen, is België niet plots in overeenstemming met de Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties. Indien de HBO5-opleiding niet voldoet aan de voorwaarden conform deze richtlijn, is het aan de wetgever om hieraan te remediëren.

Het gaat niet op om louter bepaalde bevoegdheden aan bepaalde HBO5-verpleegkundige te ontnemen, om op die manier in overeenstemming te proberen zijn met de betreffende Europese richtlijn.

De artikelen 10 en 11 van de Grondwet en de artikelen 20 en 21 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie zijn dus inderdaad geschonden.

Gelet op dit ongerechtvaardigd verschil in behandeling, is artikel 23 van de Grondwet eveneens geschonden. Artikel 23 van de Grondwet waarborgt immers het recht op gezondheidszorg, met inbegrip van de beschikbaarheid van die gezondheidszorg voor eenieder.

Er is geen verantwoording voor dit onderscheid tussen de HBO5-verpleegkundigen, waardoor er geen verantwoording is voor de bestreden bepalingen, hetgeen een schending van artikel 23 van de Grondwet betekent. Immers deze verschillende behandeling, leidt ertoe dat toekomstige HBO5-/basis-verpleegkundigen minder handelingen zullen mogen uitvoeren, in vergelijking met 'oudere' HBO5-verpleegkundigen. Dit leidt ertoe de groep van personen, die de verpleegkunde mogen uitvoeren, verkleint. Ter illustratie, zo'n 40 % van alle verpleegkundigen, die in Vlaanderen actief zijn, volgde een HBO5-opleiding. Dit maakt dat ook het zorgaanbod voor de patiënt verkleint, aangezien er minder (verpleegkundige) handen beschikbaar/inzetbaar zullen zijn.

De bestreden beslissing maakt een schending van het rechtszekerheidsbeginsel en het vertrouwensbeginsel uit. Immers, de bevoegdheden van de HBO5-gediplomeerde verpleegkundige wijzigen plots

het jaar waarin ze de opleiding aanvatten. Voordien is hier nooit sprake van geweest. Dit geldt temeer, nu ervoor gekozen werd om de bevoegdheden van deze verpleegkundigen te reguleren, beperken, aan voorwaarden te koppelen, in plaats van de opleiding te herorganiseren.

Uit de opties die de betrokken overheid te beschikking had, koos men dus voor de optie, die de kern van het Europese bezwaar niet remedieert. Deze handelswijze is strijdig met het redelijkheidsbeginsel. Door de bestreden beslissing, worden alle verzoekende partijen onredelijk getroffen.

De betrokken maatregel beoogt een strijdigheid met het Europees recht op te lossen.

Door dit op het niveau van de gezondheidszorgberoepen en van de bevoegdheidsuitoefening te doen, in plaats van het onderwijs/opleidingsniveau, moeten verzoekende partijen de gevolgen dragen voor een probleem dat op het niveau van de gezondheidszorg niet aanwezig is. Hieruit blijkt dat de bestreden beslissing onzorgvuldig werd voorbereid. De betrokken belangen van de verzoekende partijen en de volksgezondheid werden onvoldoende afgewogen.

Tot slot dient dit middel in het bijzonder extra te worden toegelicht voor de eerste verzoekende partij. Eerste verzoekende partij vertegenwoordigt en verdedigt het beroep en de praktijk van de ziekenhuissterilisatie vanuit het oogpunt van de belangen van haar leden en in het streven naar kwaliteit (van de gezondheidszorg).

Eén van de acten die de basisverpleegkundige sinds het bestreden besluit niet meer mag uitvoeren is het 'toezicht op de voorbereiding van te steriliseren materialen en op het sterilisatieproces (B1)'. Deze B1- handeling werd immers niet meer opgenomen in de bijlage van het bestreden koninklijk besluit. Deze B1-handeling was wel voorzien in het Koninklijk besluit van 18 juni 1990.

Voor eerste verzoekende partij is dit bijzonder problematisch. Dit betekent immers dat de basisverpleegkundigen die ten vroegste vanaf 2026 kunnen afstuderen en werkzaam zullen zijn, niet meer kunnen instaan voor de sterilisatie van materialen. Vanaf dan zullen enkel verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg (of qua bevoegdheden gelijkgestelden) deze handelingen kunnen stellen.

Dit betekent dat ziekenhuizen vanaf dan slechts uit een beperkte poule verpleegkundigen kunnen aanwerven. De HBO5-verpleegkundigen -die qua bevoegdheden gelijkgesteld worden aan de verpleegkundigen algemene zorg- zijn een uitdovende soort, met name tot aan hun pensionering.

Bovendien brengen de verpleegkundigen verantwoordelijke voor algemene zorg een hogere loonkost met zich mee, gelet op hun bachelor-diploma (versus een HBO5-diploma).

Binnen de groep van de -vanaf dan voor sterilisatie inzetbare-verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg met een bachelor-diploma zal de concurrentie ter aanwerving evident verhogen. Deze groep van verpleegkundigen zal (nog meer) overbevraagd worden vanuit verschillende hoeken (ziekenhuizen, thuiszorg, woonzorgcentra, ...). Slechts een beperkte/ontoereikende groep van verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg zal kiezen voor een functie verantwoordelijk voor de sterilisatie van materialen, gelet op de beperktere variatie in deze functie (in vergelijking tot het takenpakket van een verpleegkundige verantwoordelijk voor de algemene zorg).

Het is maatschappelijk trouwens ook niet zinvol om deze verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg bij de complexere patiëntenzorg weg te trekken.

Voor het geval Uw Raad van State dit middel slechts zou aanvaarden in hoofde van eerste verzoekende partij, kan een gedeeltelijke vernietiging van het bestreden koninklijk besluit volstaan, met name de vernietiging van artikel 1 van het Koninklijk besluit van 20 september 2023 bepallende de lijst van de verpleegkundige technische verstrekkingen betreffende de basisverpleegkundige, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 30 oktober 2023, alsook de bijlage van dit besluit voor zover “toezicht op de voorbereiding van te steriliseren materialen en op het sterilisatieproces (B1)” niet opgenomen is in de bijlage. Om alle bovenstaande redenen is het vijfde middel dus ontvankelijk en gegrond.”

29. In de memorie van wederantwoord benadrukken de verzoekende partijen dat zij reeds in hun verzoekschrift hebben aangegeven dat i) aan de hand van het bestreden besluit het verschil tussen de HBO5-verpleegkundigen wordt bekrachtigd, bestendigd en uitgevoerd; ii) het minstens daarom is dat het bestreden koninklijk besluit niet kan standhouden en iii) er geen sprake is van enige onontvankelijkheid. Voorts verwijzen de verzoekende partijen, wat de gegrondheid van het middel betreft naar de inhoud van het verzoekschrift tot nietigverklaring.

30. In hun laatste memorie menen de verzoekende partijen dat in het auditoraatsverslag niet wordt geantwoord op de uiteenzetting in hun memorie van wederantwoord, waardoor dit standpunt van de auditeur dan ook onmogelijk kan overtuigen, laat staan dat het kan worden bijgetreden.

Beoordeling

31. Door het auditoraat wordt tot de ongegrondheid van het vijfde middel besloten op grond van de volgende overwegingen:

“Beoordeling

47. Ook in deze kan integraal worden verwezen naar de beoordeling van een gelijk middel tegen artikel 45, § 1/2, van de wet van 10 mei 2015:

‘B.36. De verzoekende partijen voeren onder meer aan dat artikel 45, § 1/2, vierde en vijfde lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie, in samenhang gelezen met de beginselen van rechtszekerheid, evenredigheid en redelijkheid, schendt, doordat de erin vervatte overgangsregeling een niet-verantwoord verschil in behandeling in het leven roept tussen verpleegkundigen die een opleiding hoger beroepsonderwijs van niveau 5 (HBO5) hebben gevolgd, naar gelang zij

vóór, dan wel vanaf het schooljaar of academiejaar 2023-2024 die opleiding hebben aangevat.

B.37. De toetsing van de bestreden bepaling aan de beginselen van evenredigheid en redelijkheid voegt niets toe aan de toetsing van die bepaling aan het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie. De beginselen van evenredigheid en redelijkheid maken immers deel uit van het toetsingskader van het door de artikelen 10 en 11 van de Grondwet gewaarborgde beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie.

B.38.1. Volgens artikel 45, § 1/2, vierde en vijfde lid, van de wet van 10 mei 2015, zoals ingevoegd bij artikel 3, 7°, van de wet van 28 juni 2023, zijn de in artikel 45, § 1/2, van de wet van 10 mei 2015 vervatte bepalingen van toepassing op iedereen die een basisverpleegkundige opleiding aanvat vanaf het school- of academiejaar 2023-2024 en mag elke persoon die houder is van een diploma of een titel van verpleegkundige en die zijn opleiding tot verpleegkundige heeft aangevat vóór het school- of academiejaar 2023-2024, van rechtswege de verpleegkunde zoals bepaald in artikel 46 van de wet van 10 mei 2015 uitoefenen onder dezelfde voorwaarden als de in artikel 45, § 1, van dezelfde wet bedoelde verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg.

B.38.2. Artikel 45, § 1/2, vierde en vijfde lid, van de wet van 10 mei 2015 roept aldus een verschil in behandeling in het leven tussen verpleegkundigen die een opleiding van niveau 5 hebben gevolgd, naar gelang zij die opleiding hebben aangevat vóór dan wel vanaf het school- of academiejaar 2023-2024 : terwijl de personen die de opleiding hebben aangevat vanaf het school- of academiejaar 2023-2024, de verpleegkunde dienen uit te oefenen onder de wettelijke voorwaarden die gelden voor de basisverpleegkundigen, kunnen de personen die de opleiding hebben aangevat vóór het school- of academiejaar 2023-2024 de verpleegkunde uitoefenen onder dezelfde voorwaarden als de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg.

B.39. Het staat in beginsel aan de wetgever te beoordelen of een wetswijziging moet samengaan met overgangsmaatregelen teneinde rekening te houden met de rechtmatige verwachtingen van de betrokken personen en het komt hem toe te bepalen onder welke voorwaarden en binnen welke termijnen ten aanzien van die personen van de nieuwe bepaling zal worden afgeweken.

Inherent aan een overgangsregeling is dat een onderscheid wordt gemaakt tussen personen die betrokken zijn bij rechtstoestanden die onder het toepassingsgebied van die regeling vallen en personen die betrokken zijn bij rechtstoestanden die onder het toepassingsgebied van een nieuwe regeling vallen. Een dergelijk onderscheid houdt op zich geen schending in van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet : elke overgangsbepaling zou onmogelijk zijn, indien zou worden aangenomen dat zulke bepalingen de voormelde grondwetsbepalingen zouden schenden om de enkele reden dat zij afwijken van de toepassingsvoorwaarden van de nieuwe wetgeving. Overgangsmaatregelen moeten echter algemeen zijn en gebaseerd zijn op objectieve en pertinente criteria die verantwoorden waarom voor sommige personen tijdelijk maatregelen gelden die afwijken van de regeling die door de nieuwe norm is vastgesteld.

B.40.1. De in de bestreden bepaling vervatte overgangsregeling is algemeen van aard en gebaseerd op een objectief criterium, meer bepaald de datum waarop de opleiding van niveau 5 tot verpleegkundige wordt aangevat.

B.40.2. Uit de in B.26.1 aangehaalde parlementaire voorbereiding blijkt dat die overgangsregeling is ingegeven door de bedoeling de « verworven rechten » van de « personen die houder zijn van een diploma of een titel van verpleegkundige en die hun opleiding tot verpleegkundige hebben aangevangen vóór het school- of academiejaar 2023-2024 » te vrijwaren, evenals te waarborgen dat die personen de verpleegkunde kunnen blijven uitoefenen « onder de omstandigheden die ze tot nu toe kenden ». De wetgever blijkt aldus te hebben willen tegemoetkomen aan de rechtmatige verwachtingen van de betrokken personen.

B.40.3. Ermee rekening houdend dat vóór de inwerkingtreding van de bestreden bepalingen de personen die een opleiding van niveau 5 tot verpleegkundige hadden gevolgd, gerechtigd waren om de verpleegkunde uit te oefenen onder dezelfde voorwaarden als de personen die een opleiding van niveau 6 tot verpleegkundige hadden gevolgd, vermocht de wetgever het aangewezen achten om de « verworven rechten » en de rechtmatige verwachtingen te vrijwaren van de personen die, na het volgen van een opleiding van niveau 5, het beroep van verpleegkundige reeds uitoefenden vóór de inwerkingtreding van de bestreden bepalingen. Hij vermocht eveneens van oordeel te zijn dat de personen die vóór de inwerkingtreding van de bestreden bepalingen een opleiding van niveau 5 tot verpleegkundige hadden aangevat, rechtmatig ervan mochten uitgaan dat hun opleiding toegang zou verlenen tot de uitoefening van de verpleegkunde onder dezelfde voorwaarden als die welke gelden voor de personen die een opleiding van niveau 6 hebben gevolgd.

B.40.4. Daar de wet van 28 juni 2023 in werking is getreden in de loop van het school- en academiejaar 2022-2023 en vóór de aanvang van het school- en academiejaar 2023-2024, meer bepaald op de tiende dag na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad van 14 juli 2023, is het criterium betreffende de aanvang van de opleiding vóór dan wel vanaf het school- of academiejaar 2023-2024 pertinent ten aanzien van de door de wetgever nagestreefde doelstellingen. In tegenstelling tot wat de verzoekende partijen ter zake aanvoeren, wijzigen de bevoegdheden van de verpleegkundigen aldus niet in de loop van het school- of academiejaar waarin ze de opleiding aanvaatten en doet de bestreden bepaling op dat punt geen afbreuk aan het rechtszekerheidsbeginsel.

B.40.5. De in de bestreden bepaling vervatte overgangsregeling wordt redelijk verantwoord door de door de wetgever nagestreefde doelstellingen betreffende het vrijwaren van de « verworven rechten » en de rechtmatige verwachtingen van de betrokken personen en schendt aldus niet de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met het rechtszekerheidsbeginsel.

B.41. De verzoekende partijen leiden uit de artikelen 20 en 21 van het Handvest geen andere argumenten af dan die welke zij afleiden uit de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. Een toetsing aan die internationale bepalingen, in samenhang gelezen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, leidt bijgevolg niet tot een ander besluit.

B.42. In zoverre het is afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in samenhang gelezen met de artikelen 20 en 21 van het Handvest en met het rechtszekerheidsbeginsel, is het derde middel niet gegrond.

B.43. De verzoekende partijen voeren ook aan dat de in de bestreden bepaling vervatte overgangsregeling in strijd is met artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met de artikelen 10 en 11 ervan, doordat het met die bepaling in het leven geroepen verschil

in behandeling ertoe leidt dat het stellen van verpleegkundige handelingen door personen die een opleiding van niveau 5 tot verpleegkundige hebben gevolgd, in tegenstelling tot voorheen, aan beperkingen is onderworpen, waardoor het zorgaanbod voor de patiënt verkleint en het beschermingsniveau van het recht op bescherming van de gezondheid en op geneeskundige bijstand vermindert.

B.44. Het feit dat het stellen van verpleegkundige handelingen door personen die een opleiding van niveau 5 tot basisverpleegkundige hebben gevolgd, aan beperkingen is onderworpen, vloeit niet voort uit de in artikel 45, § 1/2, vierde en vijfde lid, van de wet van 10 mei 2015 vervatte overgangsregeling, maar uit de in artikel 45, § 1/2, eerste, tweede en derde lid, van die wet vervatte regeling van de taken en de bevoegdheden van de basisverpleegkundigen. De verzoekende partijen tonen overigens op geen enkele wijze aan dat in artikel 45, § 1/2, eerste, tweede en derde lid, van de wet van 10 mei 2015 geregelde taken en bevoegdheden van de basisverpleegkundigen zullen leiden tot een algemene daling van de kwaliteit van de verpleegkunde en tot een aanzienlijk vermindering van het beschermingsniveau van het door artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet gewaarborgde recht op bescherming van de gezondheid en op geneeskundige bijstand. Zoals reeds is vastgesteld in B.32.2, is de wetgever met de wet van 28 juni 2023 integendeel tegemoet willen komen aan de bezorgdheden betreffende het tekort aan verpleegkundigen op de arbeidsmarkt en heeft hij aldus willen voorkomen dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënten zou dalen.

B.45. In zoverre het is afgeleid uit de schending van artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet, al dan niet in samenhang gelezen met de artikelen 10 en 11 ervan, is het derde middel niet gegrond.

B.46. Het derde middel is niet gegrond.’

48. Om dezelfde redenen als aangehaald is het vijfde middel niet gegrond.”

32. De verzoekende partijen beperken zich in hun laatste memorie tot het louter poneren van hun standpunt dat volgens hen in het auditoraatsverslag niet wordt geantwoord op de uiteenzetting in hun memorie van wederantwoord, zonder *in concreto* deze kritiek te onderbouwen laat staan inhoudelijk nog een andere visie te geven op de beoordeling door het auditoraat.

33. In die omstandigheden en na een eigen onderzoek, ziet de Raad van State geen reden om het anders te zien dan het auditoraat en bevindt aldus, de redenering van het auditoraatsverslag bijvallend, dat het vijfde middel ongegrond is.

BESLISSING

1. De Raad van State verwerpt het beroep.

2. De verzoekende partijen worden, elk voor een veertiende, verwezen in de kosten van het beroep tot nietigverklaring, begroot op een rolrecht van 2800 euro, een bijdrage van 24 euro en een rechtsplegingsvergoeding van 770 euro, die verschuldigd is aan de verwerende partij.

Dit arrest is uitgesproken te Brussel, op tien juli tweeduizend vijftientig, door de Raad van State, XIIe kamer, samengesteld uit:

Chantal Bamps,	kamervoorzitter,
Ann Coolsaet,	staatsraad,
Frédéric Vanneste,	staatsraad,
bijgestaan door	
Silja Doms,	griffier.

De griffier

De voorzitter

Silja Doms

Chantal Bamps