RAAD VAN STATE, AFDELING BESTUURSRECHTSPRAAK

XIIe KAMER

A R R E S T

nr. 263.926 van 10 juli 2025
in de zaak A. 242.254/XII-9583

In zake :

1. de VZW ASSOCIATION BELGE DES INFIRMIERS EN HYGIENE HOSPITALIERE (A.B.I.H.H.)
2. de VZW ASSOCIATION FRANCOPHONE DES INFIRMIÈRES EN STOMATHÉRAPIE CICATRISATION ET PLAIES.BE (AFISCEP.BE)
3. de VZW ASSOCIATION FRANCOPHONE DES INFIRMIERS D'URGENCE (AFIU)
4. de VZW GROUPE DES INFIRMIER(E)S FRANCOPHONES DOULEUR (GIFD)
5. de VZW ASSOCIATION DES INFIRMIERS SPÉCIALISÉS EN PÉDIATRIE ET NÉONATALOGIE (AISPN)
6. de VZW ASSOCIATION DE STÉRILISATION FRANCOPHONE (ASTER)
7. de VZW LES TABLIERS BLANCS
8. de VZW ASSOCIATION FRANCOPHONE DES INFIRMIERS DE SALLE D'OPERATION (AFISO)
9. de VZW FÉDÉRATION NATIONALE NEUTRE DES INFIRMIERS(ÈRES) DE BELGIQUE (FNIB)
10. G.M.

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 Patrik 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 20 juni 2024, strekt tot de nietigverklaring van artikel 1 van 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’.

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, 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 gereglementeerd 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’ (hierna: het koninklijk besluit van 18 juni 1990) 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 geviseerd. 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 aanvatten 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 besluit maakt het voorwerp uit van een door de verzoekende partijen ingesteld beroep tot nietigverklaring gekend onder nr. A. 240.878/XII-9699, waarover heden arrest 263.925 wordt gewezen.

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 stabieler.
> 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.'".

Dit is de bestreden bepaling.

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, het rechtszekerheids- en vertrouwensbeginsel en het zorgvuldigheidsbeginsel, 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:

> "In minder complexe situaties handelt de basisverpleegkundige autonoom. 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. Dit blijkt uit artikel 2 van het KB van 20 september 2023.
> Het is volstrekt onduidelijk wat de begrippen 'minder complex"' en "'complexer' inhouden. Dit onderscheid werd echter eerder reeds geïntroduceerd via de Wet van 28 juni 202368, die de WUG wijzigde, en het KB van 20 september 2023 en vormt als zodanig dus niet het voorwerp van deze procedure die artikel 1 van het Koninklijk besluit van 14 april 2024 viseert.
> Opmerkelijk is evenwel het volgende. In het kader van de procedure tegen het KB van 20 september 2023 gaf de Belgische Staat, vertegenwoordigd door de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, in zijn memorie van antwoord aan:
>
> > '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.'
>
> Hiermee wordt dus integraal bevestigd dat de terminologie van het KB van 20 september 2023 op heden gewoonweg onduidelijk is. Het KB zal nog worden aangepast. De Federale Raad voor Verpleegkunde zal richtlijnen opstellen, die de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg en de artsen moeten leiden bij het maken van de inschatting van de complexiteit.
> Momenteel wordt er aan verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg, noch aan artsen enige houvast geboden ter beoordeling van de complexiteit van handelingen. Deze inschattingen kunnen dus alle kanten op gaan, zonder enige grens.
> Intussen, wachtend op eventuele komende wijzigingen aan het KB van 20 september 2023, hebben verzoekende partijen echter helemaal geen zekerheid.
> Het eerste middel kan in essentie als volgt worden samengevat: het bestreden artikel 1 van het KB van 14 april 2024 is onduidelijk.
> Verzoekende partijen lijsten concreet op welke punten uit het bestreden artikel 1 van het KB van 14 april 2024 onder meer onduidelijk zijn:
>
> > - Artikel 1 geeft aan dat de initiële inschatting van de 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.
> > Als er sprake is van een initiële inschatting, is er -evident- later sprake van een daaropvolgende inschatting, een niet-initiële inschatting.
> > Er zou dan door het bestreden artikel 1 van het Koninklijk besluit van 14 april 2024 aangeduid moeten worden wie verantwoordelijk is voor de niet-initiële, of latere, inschatting van de complexiteit.

Het woord “inschatting” geeft ook aan dat het gaat om een eerste waardering van de complexiteit. Hierin ligt een onzekerheid vervat. Is het de bedoeling dat de initiële inschatting later wordt bevestigd door een definitieve beoordeling. Zal dit dan gebeuren aan de hand van een wettelijk kader?
De verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts zorgen, wanneer ze dit nodig achten, voor een herbeoordeling van de complexiteit van de situatie, aldus het bestreden artikel 1 van het KB van 24 april 2024. Hier wordt dus plots van een (her)beoordeling van de complexiteit gesproken, en niet langer van een inschatting. Betekent dit dat de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts finaal het laatste woord hebben en de uiteindelijke beoordeling van de complexiteit van de situatie maken?
Maar die herbeoordeling moet niet steeds gebeuren dan? Niet als ze niet nodig geacht wordt? Hoe weten de betrokken basisverpleegkundigen of die herbeoordeling er zal komen of niet, en wanneer en hoe komt er daarover dan zekerheid?
- Artikel 1 van het Koninklijk besluit van 14 april 2024 bepaalt dat de initiële inschatting van de complexiteit gebeurt door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts. Dit betekent dat de initiële inschatting van de complexiteit op de werkvloer gebeurt. Dit betekent ook dat de initiële inschatting van eenzelfde situatie op werkvloer X kan verschillen van de initiële inschatting van dezelfde of een gelijkaardige situatie op werkvloer Y. Tussen steden, … kan de initiële inschatting van een situatie verschillen.
- Sinds het bestreden artikel 1 van het KB van 14 april 2024 kan de initiële inschatting van de complexiteit van een situatie bovendien door de basisverpleegkundige zelf worden uitgevoerd, in geval van technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige. In het KB van 20 september 2023 kon de basisverpleegkundige de initiële inschatting uitvoeren in geval van technische prestaties die op kortstondige wijze worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige. ‘Kortstondig’ betekent dus blijkbaar ‘minder dan 24 uur’. Met artikel 1 van het KB van 14 april 2024 gaf de Koning dus meteen aan dat ‘op kortstondige wijze’ een volstrekt onduidelijke formulering was, die aanleiding zou geven tot arbitraire beslissingen. Dit getuigt van onzorgvuldigheid.
Nochtans lost deze concrete wijziging via het bestreden artikel 1 van het KB van 14 april 2024 van het KB van 20 september 2023 de onduidelijkheid niet op. De vragen blijven rijzen.
Waarom werd er gekozen voor een termijn van 24 uur?
Wat maakt dat een basisverpleegkundige bij dergelijke prestaties plots wel zelf de complexiteit kan inschatten en vanaf de grens van 24 uur niet meer?
Waarom de keuze voor 24 uur? De verantwoording voor deze cesuur blijkt nergens uit. Ook niet, zoals men zou verwachten uit de adviezen van de Federale Raad voor Verpleegkunde of de, inmiddels afgeschafte, Technische Commissie voor Verpleegkunde.
Dit betekent ook dat de initiële inschatting van de basisverpleegkundige shift-overschrijdend zal zijn. Dit is zo, tenzij de periode van 24 uur bij elke basisverpleegkunde opnieuw start. In dat geval wordt kan de basisverpleegkunde eigenlijk altijd een eigen inschatting van de complexiteit van de situatie maken.
Bij technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur worden uitgevoerd, maar dus in principe tot en met 23 uur en 59 minuten,

kan het dus zijn dat er tot wel drie verschillende basisverpleegkundigen elkaar opvolgen op de werkvloer, die elk een andere inschatting van de complexiteit van de handeling maken.70 Een eerste basisverpleegkundige kan dus menen dat een handeling complexer is en in teamverband in samenspraak met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of met de arts moet worden uitgevoerd. De daaropvolgende basisverpleegkundige kan dan weer de inschatting maken dat zij dezelfde handeling/zorg autonoom mag uitvoeren en de samenwerking achterwege laten. Wie van deze twee basisverpleegkundigen oordeelt juist? Wie trancheert?

De hypothese bestaat dat een basisverpleegkundige een bepaalde zorgsituatie als minder complex inschat, autonoom handelt, en vervolgens een fout maakt die schade veroorzaakt aan de patiënt. Kan deze patiënt de basisverpleegkundige dan terecht aanwrijven dat zij de complexiteit van de situatie fout ingeschat heeft?

Samengevat, het bestreden artikel 1 van het Koninklijk besluit van 14 april 2024 is onduidelijk.

Het KB van 20 september 2023 werd reeds bestreden omwille van zijn onduidelijkheid, die ervoor zorgt dat een basisverpleegkundige niet met zekerheid weet hoe te handelen, wil een burgerrechtelijke/stafrechtelijke aansprakelijkheid worden vermeden.

Het hier bestreden artikel 1 van het KB van 14 april 2024 brengt geen duidelijkheid, wel integendeel. Een basisverpleegkundige kent daardoor de bevoegdheids-/uitoefeningsgrenzen van zijn handelen niet.

Onduidelijke wetsbepalingen zorgen voor juridische conflicten en tasten zo het rechtszekerheids- en vertrouwensbeginsel aan.

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 artikel 1 van het Koninklijk besluit van 14 april 2024 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 hier bestreden 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, het zorgvuldigheidsbeginsel en het rechtszekerheids- en vertrouwensbeginsel, 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 verantwoordelijk voor 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 verantwoordelijk voor 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 artikel 1 van het Koninklijk besluit van 14 april 2024 met een nefaste implicatie op de volksgezondheid.
Om deze redenen gaat het bestreden artikel 1 van het Koninklijk besluit van 14 april 2024 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 vinden de verzoekende partijen het vooreerst bijzonder opmerkelijk dat de verwerende partij meent dat zij (te) weinig vertrouwen zouden hebben in de deskundigheid van de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars. Voor de verzoekende partijen is deze stelling van de verwerende partij onacceptabel en niet juist nu: i) het verzoek tot nietigverklaring hier uitgaat van een reeks zeer diverse subspecialisaties binnen de verpleegkunde; het om de gezondheidszorgbeoefenaars uit de betrokken sectoren zélf gaat het

vernieuwde kader met betrekking tot de verpleegkundige zorgladder precies op hén van toepassing is; de stelling van de verwerende partij impliceert dat deze gezondheidszorgbeoefenaars geen vertrouwen in hun eigen deskundigheid of elkaar bekwaamheid zouden hebben, *quod non*, zodat de argumentatie van de verzoekende partijen op een wantrouwen gebaseerd zou zijn, dus niet klopt en ii) het al te makkelijk is om bij wetgeving inzake gezondheidszorgbeoefenaars te schermen met de idee dat "zij het zelf wel het beste zullen weten" en er daarom op wetgevend niveau een leegte gelaten kan worden. De verzoekende partijen benadrukken dat hun verzoekschrift tot nietigverklaring helemaal niet is gebaseerd op een wantrouwen in de sector – zoals de verwerende partij meent – maar daarentegen de manier waarop het verpleegkundig beroep recent werd hervormd in de regelgeving problematiseert. Het is daarom dat de sector zich genoodzaakt zag om zowel het initiële koninklijk besluit van 20 september 2023, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden, alsook (artikel 1 van) dit koninklijk besluit van 14 april 2024, alsmede hun uitoefeningsvoorwaarden te betwisten voor de Raad van State. Het gegeven dat de verwerende partij het nieuwe kader lanceert, om dit vervolgens *quasi* onmiddellijk te moeten verduidelijken in wijzigingswetgeving, toont alvast volgens de verzoekende partijen aan dat de verwerende partij minstens in eerste instantie te snel en ondoordacht te werk is gegaan. De verzoekende partijen twijfelen niet aan de goede en nobele wil van de wetgever om de verpleegkundige sector te versterken en attractiever te maken. Zij hekelen echter wel de manier waarop deze doelstelling momenteel werd veruitwendigd, namelijk door een onvoldoende duidelijk kader te creëren. Het onderscheid dat men heeft willen voorzien tussen de bachelor-verpleegkundige en de HBO5-verpleegkundige, of nog: de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg en de basisverpleegkundige, werd volgens de verzoekende partijen onvoldoende doordacht. Binnen het veld zelf bestaat hier bijgevolg heel veel concrete ongerustheid over. De verzoekende partijen menen dat de praktische toepassing van het theoretisch regelgevend kader onvoldoende zorgvuldig voorbereid is. Zij geloven wel degelijk in de deskundigheid van de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars en zijn zich eveneens – gelet op hun eigen praktische ervaring – bewust van de concrete werkomstandigheden op een werkvloer, die het huidige kader volstrekt onwerkbaar maken. De verzoekende partijen benadrukken

dat zij een *quasi* oneindige lijst van bedenkingen kunnen maken, die de verwerende partij zich niet heeft gemaakt bij de voorbereiding van het nieuw wetgevend kader. In het verzoekschrift tot nietigverklaring van 20 juni 2024 hebben de verzoekende partijen reeds verschillende van deze punten aangevoerd.

6. Ten overvloede halen verzoekende partijen nog de volgende aanvullende punten aan: i) het is niet uitgesloten dat er verpleegteams bestaan die louter zijn samengesteld uit basisverpleegkundigen, zodat deze teams bijgevolg automatisch geen complexere situaties kunnen behandelen (tenzij het toevallig gaat om technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur worden uitgevoerd en die, ten onrechte, als minder complex worden ingeschat); ii) er werd geen rekening gehouden met het gegeven dat artsen, die een inschatting maken van de mate van complexiteit bij gebreke aan een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, plots belast worden met de taak om evaluaties uit te voeren met betrekking tot verpleegkunde, hetgeen evident niet hun vakgebied is. Artsen gaan nu reeds gebukt onder een zware werkdruk en een nijpend tijdstekort om al hun taken naar behoren te volbrengen. De verwerende partij voegt nu opnieuw extra belastende verantwoordelijkheden toe aan het takenpakket van de arts, zijnde: oordelen of een basisverpleegkundige al dan niet autonoom mag handelen. Bovendien zijn de artsen hoe dan ook minder betrokken bij de dagelijkse verzorging van patiënten, staan zij minder frequent aan het bed van de patiënt, … en wordt wel plots van hen verwacht dat zij kunnen bepalen wanneer een basisverpleegkundige al dan niet autonoom kan handelen. Dit is niet realistisch; en iii) de beoordeling van de mate van complexiteit kan tot slot door de basisverpleegkundige zelf worden uitgevoerd in geval van technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige. De verwerende partij biedt in haar antwoordnota geen antwoord op de vragen die de verzoekende partijen in hun verzoekschrift tot nietigverklaring hieromtrent hebben opgeworpen. De verwerende partij verwijst hier louter naar de parlementaire voorbereiding bij de wet van 18 mei 2024 tot wijziging van de wet van 10 mei 2015:

> "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."

Deze passage uit de parlementaire voorbereiding, verklaart op geen enkele manier waarom basisverpleegkundigen plots de kunde zouden hebben om de complexiteit van een situatie zelf in te schatten, louter omdat het om technische prestaties gaat, die gedurende een periode van minder dan 24 uur moeten worden uitgevoerd. De voorbeelden die de wetgever in de parlementaire voorbereiding aanhaalt zijn plaatsgebonden, maar niet tijdsgebonden. Dit verklaart dus nog steeds geenszins waarom een periode van 24 uur werd vooropgesteld. Volgens de verzoekende partijen wordt het gegeven dat het kader chaotisch en ondoordacht is, duidelijk geïllustreerd door een document van maar liefst 79 pagina's vanwege Zorgnet-Icuro vzw, bestaande uit FAQ's (*frequently asked questions*) over de concrete interpretatie van de hervorming. Deze vragenlijst van Zorgnet-Icuro vzw legt volgens de verzoekende partijen opnieuw de vinger op de wonde en kaart dezelfde bekommernissen aan als zijzelf reeds hebben opgeworpen, met name: de onduidelijkheid en onwerkbaarheid van de hervorming van het verpleegkundig beroep. De verwerende partij heeft met het bestreden artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 april 2024 nog geprobeerd om het kader te verduidelijken door de formulering "technische prestaties die op kortstondige wijze worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige" te wijzigen naar "technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige". Hiermee is de onduidelijkheid volgens de verzoekende partijen echter niet verholpen. De vraag blijft: waarom kan een basisverpleegkundige in deze gevallen plots wél zelf de complexiteit van een handeling beoordelen? En waarom werd de grens op 24 uur bepaald? Het is volgens de verzoekende partijen evident niet de verantwoordelijkheid van een organisatie zoals Zorgnet-Icuro vzw om interpretatie te geven aan onduidelijke wetgeving. Temeer, nu deze interpretatie totaal niet gestaafd wordt of op sommige punten zelfs foutief is. Gezondheidszorgbeoefenaars kunnen en mogen zich dus niet baseren op deze informatie. Toch is het volgens de verzoekende partijen allerminst uitgesloten dat zij hun toevlucht zoeken tot verklarende document als dat van Zorgnet-Icuro vzw, aangezien de wetgeving zelf hen geen concrete antwoorden biedt. Vervolgens

wijzen de verzoekende partijen op artikel 45, § 1/2, vijfde lid van de wet van 10 mei 2015 dat luidt:

> "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."

Deze overgangsbepaling maakt volgens de verzoekende partijen van een HBO5-verpleegkundige onder het oude systeem niet plots een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg onder het nieuwe systeem. De overgangsmaatregel zorgt er louter voor dat deze verpleegkundige de verpleegkundige handelingen zoals bepaald in artikel 46 van de wet van 10 mei 2015 mag uitoefenen onder dezelfde voorwaarden als verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg. Maar deze overgangsmaatregel zorgt er volgens hen niet voor dat oude HBO5-verpleegkundigen plots ook verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg worden. De overgangsmaatregel zorgt er louter voor dat deze oude HBO5-verpleegkundigen qua toegelaten akten worden gelijkgesteld aan verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg. Dit betekent niet dat een oude HBO5-verpleegkundige plots de bevoegdheid krijgt om een inschatting van de mate van complexiteit van een situatie te beoordelen. Dit mag volgens de letter van de wet immers enkel gebeuren door iemand met de titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (of arts). Wanneer de verwerende partij dus meent dat dit verzoek tot nietigverklaring is gebaseerd op een onwil van de verzoekende partijen om het wetgevend kader te begrijpen, ziet de verwerende partij dit fout, nu evenmin gespecialiseerde organisaties zoals Zorgnet-Icuro vzw er in slagen om het regelgevend kader te begrijpen. Tot slot, benadrukken de verzoekende partijen dat de verwerende partij in haar memorie van antwoord duidelijk aangeeft dat aan de Federale Raad voor Verpleegkunde werd gevraagd om tegen 15 november 2024 een voorstel van richtlijnen uit te werken, die kunnen worden gebruikt door verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg en artsen bij de beoordeling van de complexiteit van een zorgsituatie. Dit gegeven toont volgens hen wederom aan dat op basis van de wet van 10 mei 2015, het koninklijk besluit

van 20 september 2023, noch het koninklijk besluit van 14 april 2024 duidelijk is wat nu al dan niet als complex(ere) zorg dient te worden beschouwd. In zoverre de verwerende partij meent dat er geen sprake kan zijn van een schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, aangezien er geen discriminerend verschil in behandeling tussen vergelijkbare categorieën zou worden aangetoond, verliest de verwerende partij volgens de verzoekende partijen hierbij de duidelijke rechtspraak van het Grondwettelijk Hof uit het oog. Ten overvloede verwijzen de verzoekende partijen naar het arrest van 19 januari 2005, waarin het Grondwettelijk Hof bepaalt dat de vaststelling van de schending van het legaliteitsbeginsel in strafzaken tevens de vaststelling inhoudt van een schending van het gelijkheids- en non-discriminatiebeginsel, neergelegd in de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. Minstens gelet op de schending van het legaliteitsbeginsel, is er dus volgens de verzoekende partijen sprake van een schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. Tot slot, wat de schending van artikel 23 van de Grondwet betreft, dient volgens de verzoekende partij erop te worden gewezen dat het voor patiënten ook duidelijk moet zijn wie er aan hun bed staat, dus welke gezondheidszorgbeoefenaar met welke kwalificaties en bevoegdheden. Door Nederlandstalige patiënten wordt systematisch verwezen naar "verpleegkundige" of "verpleegster". Door in het Nederlands voor de titel "*basisverpleegkundige*" te kiezen, zorgt de verwerende partij in feite voor verwarring, meer nog, wordt het zelfs onmogelijk voor patiënten om te weten welke beroepsbeoefenaar echt voor hen zorgt. Een bewijs van deze zorg voor verwarring is dat in het Frans de gekozen term "*assistant en soins infirmiers*" (assistent in de verpleegkunde) is. Hiermee wordt benadrukt dat het niet (langer) om een verpleegkundige gaat, maar wel iemand die de verpleegkundige bijstaat. Volgens de verzoekende partijen wordt, door twee inhoudelijk verschillende termen te gebruiken, duidelijk dat er een verschil in benadering van de titel basisverpleegkundige / *assistant en soins infirmiers* bestaat. Voor patiënten is dit extra verwarrend, temeer voor bijvoorbeeld tweetalige patiënten. Tussen Franstalig België enerzijds en Nederlandstalig België anderzijds, bestaat er volgens de verzoekende partijen dus duidelijk een verschil in benadering van de hervorming van het verpleegkundig beroep. In Brussel en Wallonië opteerde men er wél voor om de opleidingen euroconform te maken, eerder dan verschillende titels te creëren.

7. Ter herinnering, wijzen de verzoekende partijen erop dat: i) op Europees niveau een richtlijn bestaat die opleidingsvoorwaarden bepaalt voor verpleegkundigen, om automatische erkenning en vrij verkeer van diploma's en diensten mogelijk te maken binnen Europa; ii) België in gebreke werd gesteld door Europa specifiek omtrent de HBO5-opleiding in Vlaanderen, die niet voldoet aan de gestelde voorwaarden; iii) in Wallonië en Brussel er twee opleidingstrajecten naast elkaar bestaan die wel voldoen aan de Europese criteria van vereiste competenties en opleidingsduur; iv) de opleiding van de 4de secundaire cyclus, het zogenaamde "brevet", in 2017 werd hervormd om te voldoen aan de criteria van euromobiliteit; v) men in Franstalig België de meerwaarde van het organiseren van een opleiding tot basisverpleegkundige niet inziet en blijft vasthouden aan de volgende twee opleidingen: *brevet d'infirmier(/ère) hospitalier(/ère)* in het beroepsonderwijs (3,5 jaar) en *bachelier d'infirmier(/ère) responsable en soins généraux* aan de hogeschool (4 jaar) en vi) men in Nederlandstalig België ervoor heeft gekozen om de oude HBO5-opleiding beperkt te houden tot 3 jaar, waardoor deze opleiding niet doorgedreven genoeg is om te voldoen aan het vereiste voor de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg uit artikel 45, § 1, van de wet van 10 mei 2015, zijnde: ten minste 4.600 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. De verzoekende partijen benadrukken dat artikel 45, § 1/2, lid 5, van de wet van 10 mei 2015 voorziet in een overgangsmaatregel voor 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. Deze afgestudeerden mogen van rechtswege de verpleegkundige handelingen zoals bepaald in artikel 46 van de wet van 10 mei 2015 uitoefenen onder dezelfde voorwaarden als verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg. Deze overgangsmaatregel lijkt dus het verschil in benadering tussen Franstalig België en Nederlandstalige België tijdens de voorbije jaren te proberen reguleren. Tot slot laten zij nog gelden dat het document van Zorgnet-Icuro vzw dat FAQ's bevat over de hervorming, evenmin een antwoord kan bieden op dit verschil in benadering van de verpleegkunde tussen Franstalig België

enerzijds en Nederlandstalig België anderzijds. Dit toont volgens hen wederom aan dat de oorzaak van dit verzoekschrift tot nietigverklaring niet moet worden gezocht in een vermeende onwil van de verzoekende partijen om de wetgeving te begrijpen. Ook andere partijen, die los van de verzoekende partijen staan, begrijpen niet hoe het nieuwe kader, inclusief het bestreden artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 april 2024, moet worden toegepast.

8. 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, petities, 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 spreekster 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 spreekster 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 spreekster 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 spreekster 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? Werd 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 oplijsten 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.21

> 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 professionnelle 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.23
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: aanwezige 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 zogezegd 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
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 initieel bestreden KB, gekend onder het rolnummer G/A 240.878, onvolledig was. Tegelijk blijkt echter dat ook deze wijzigingen niet tot een duidelijk, werkbaar wetgevend kader hebben geleid.
Dat het wetgevend kader ook na invoering van het hier bestreden KB nog steeds niet duidelijk is, blijkt uit het gegeven dat de auditeur slechts selectief antwoord op hetgeen verzoekende partijen in hun verzoekschrift en memorie van wederantwoord hebben opgeworpen. Er wordt louter verwezen naar de gangbare betekenis van de terminologie uit het bestreden KB, om zo (veel te) eenvoudig te besluiten dat deze begrippen zichzelf uitwijzen.
Verzoekende partijen kunnen een quasi oneindige lijst maken van bedenkingen, die verwerende partij zich niet heeft gemaakt bij de voorbereiding van het nieuw wetgevend kader. In het verzoekschrift tot nietigverklaring d.d. 20 juni 2024 hebben verzoekende partijen reeds verschillende van deze punten aangevoerd.24 Later, in hun memorie van wederantwoord d.d. 7 november 2024 is deze lijst nog verder aangevuld.
Verzoekende partijen verwezen ook naar de bedenkingen die Zorgnet Icuro vzw heeft gemaakt bij het nieuwe kader, zoals:

- wat verstaat men onder autonomie? Wat is het verschil met zelfstandig werken?;
- complexiteit beoordelen: wat is complex en niet complex?;
- kan of mag een basisverpleegkundige nog alleen de nacht doen?;
- mag een HBO5 (oud systeem) toezicht houden op een HBO5 (nieuw systeem)?;
- wat doe je met een gemengd team: HBO5 en basisverpleegkundigen onder leiding van VVAZ? Blijft de uitvoering van de taken niet hetzelfde?;
- is het dan zo dat, als je in Vlaanderen hebt gestudeerd en in Wallonië gaat werken als basisverpleegkundige, je meer taken zal mogen uitvoeren?;
- wat met een HBO5 die op vandaag hoofdverpleegkundige/teamcoach is? Kan dit in de toekomst nog? Of moet een hoofdverpleegkundige per definitie een VVAZ zijn?;
- …

De auditeur kent de antwoorden op deze vragen duidelijk evenmin, want op deze vragen wordt niet ingegaan.
Louter bij wijze van voorbeeld kan nog worden verwezen naar de volgende bedenkingen, opgeworpen in deze procedure door verzoekende partijen:

- waarom werd er gekozen voor een termijn van 24 uur?
- wat maakt dat een basisverpleegkundige bij dergelijke prestaties plots wel zelf de complexiteit kan inschatten en vanaf de grens van 24 uur niet meer?
- waarom de keuze voor 24 uur? De verantwoording voor deze cesuur blijkt nergens uit. Ook niet, zoals men zou verwachten uit de adviezen van

de Federale Raad voor Verpleegkunde of de, inmiddels afgeschafte, Technische Commissie voor Verpleegkunde.

De auditeur verwijst hiervoor naar het advies nr. 75.348/2 van de Afdeling Wetgeving van de Raad van State bij het ontwerp van de Wet van 18 mei 2024:

> '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.'

Hierna besluit de auditeur dat de periode bij wet afgebakend is in uren en is niet shiftgebonden.

Dat de Afdeling Wetgeving bij uw Raad van State heeft geadviseerd om dit begrip duidelijker af te bakenen zegt vervolgens nog niets over de keuze die verwerende partij vervolgens heeft gemaakt.

Een loutere verwijzing naar bovenstaande passage uit het advies biedt dus geenszins een antwoord op de door verzoekende partijen opgeworpen vragen.

Tot slot laat de auditeur ook het document van maar liefst 79 pagina's vanwege Zorgnet-Icuro vzw, bestaande uit FAQ's (frequently asked questions) over de concrete interpretatie van de hervorming28 volledig onbeantwoord. Blijkbaar verwacht verwerende partij van zorgbeoefenaars dat zij zelf op zoek gaan naar antwoorden of hoe zij de wet moeten interpreteren en toepassen.

Dit kan toch niet? De regelgeving dient op zichzelf duidelijk te zijn.

Verzoekende partijen vragen zich echt af hoeveel elementen zij moeten aandragen, vooraleer men wil vatten dat er wel degelijk een probleem is met het huidig wetgevend kader. Verzoekende partijen zoeken geen spijkers op laag water, zoals men nochtans doet uitschijnen.

Huidig regelgevend kader zal voor problemen in de praktijk zorgen. Wanneer het zover komt, zal verwerende partij er rekening mee moeten houden dat deze problemen reeds van in het begin zijn gesignaleerd door de betrokken zorgverleners uit het veld zelf.

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. Individu 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 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.' […]

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, patiënteneigenschappen, 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 experten. 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. 7 november 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

9. 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 onder meer 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 strafvervolging 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 bekritiseren 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 wetskrachtige 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.

15. In zoverre de verzoekende partijen in de zaak 242.254 bijkomende concepten bekritiseren die niet onderworpen zouden zijn geweest aan het oordeel van het Grondwettelijk Hof, worden zij daarin niet bijgevallen om de volgende redenen.

16. Bij gebrek aan aanwijzing in andersluidende zin, dient het begrip 'inschatting"' te worden begrepen in zijn gewone spraakgebruikelijke betekenis. Overeenkomstig het Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse taal betekent het woord 'inschatting', 'beoordeling'.

De initiële beoordeling van de mate van complexiteit door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts is de regel. De mogelijkheid van initiële beoordeling door de basisverpleegkundige in geval van technische prestaties die binnen een periode van minder dan 24 uur worden uitgevoerd, is de afwijking.

De verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts is de eindverantwoordelijke. Hij beslist of het nodig is de toestand van de patiënt te herevalueren. De frequentie van herbeoordeling is onbepaald.

17. De vervanging van het begrip 'op kortstondige wijze' door 'gedurende een periode van minder dan 24 uur' is ingegeven door het advies nr. 75.348/2 van de afdeling wetgeving van de Raad van State bij het ontwerp dat de wet van 18 mei 2024 is geworden en dat luidt:

'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 periode is bij wet afgebakend in uren en is niet shiftgebonden.
Rekening houdend met de gezondheidstoestand van de patiënt en de zorgcontext kan de basisverpleegkundige tijdens de eerste 24u 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 basisverpleegkundige die per hypothese tijdens een volgende shift maar nog steeds binnen de eerste 24uur bij de zorgverlening meent te kunnen vaststellen dat de situatie toch complex is, 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. Ofwel acht de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts dan een herbeoordeling niet nodig en wordt verder gewerkt aan de hand van het standaardverpleegplan. Ofwel vindt de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts de herbeoordeling wel nodig en zal de basisverpleegkundige de zorgen verder uitvoeren zoals aangegeven in het verpleegplan opgesteld door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts. Het is in ieder geval niet zo dat binnen de tijdspanne van de eerste 24 uur opeenvolgende basisverpleegkundigen tot verschillende "initiële" inschattingen kunnen komen.
18. Verzoekende partijen maken bijgevolg niet aannemelijk dat de concepten 'inschatting', '(her)beoordeling', '24 uur' niet voldoende duidelijk en nauwkeurig zijn om de basisverpleegkundige toe te laten uit te maken welke handelingen hij wettig mag stellen.
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."

10. 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 onwerkbare 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 ontkrachten. Dit klemt 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.

In zoverre de verzoekende partijen onder het kopje "3. Andere onduidelijkheden blijven", naast het bekritiseren van de redenering in het auditoraatsverslag door op een parafraserende wijze hun standpunt zoals

aangevoerd in het verzoekschrift en de memorie van wederantwoord te herhalen zonder inhoudelijk een andere visie te geven over de voornoemde redenering, tevens voor het eerst in hun laatste memorie nog eigen bijkomende bedenkingen toevoegen 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 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 in 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.

11. 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

12. 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 1 van het KB van 14 april 2024 wijzigt artikel 2, § 3 van het KB van 20 september 2023. Dit artikel bepaalt nu dat de initiële inschatting van de complexiteit van een situatie gebeurt door de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg of door de arts, wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemeen 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.
> Dit betekent dat de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg of de artsen bepalen of de basisverpleegkundige al dan niet bevoegd is en autonoom mag handelen. Soms bepaalt de basisverpleegkundige dit dan weer zelf.
> Gelet op het complete gebrek aan omkadering van deze begrippen, zullen er tussen verschillende instellingen, thuissituaties, ziekenhuizen (en afdelingen, gangen, … binnen een zelfde ziekenhuis), centra, steden, … verschillen bestaan inzake de bevoegdheidsgrenzen van de basisverpleegkundige. Dit wordt veroorzaakt door het gegeven dat artikel 1 van het KB van 25 april 2024 toelaat dat de beoordeling van de complexiteit van de situatie beoordeeld wordt door private actoren, zijnde de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, dan wel de arts, dan wel de basisverpleegkundige zelf. Dit wordt eveneens veroorzaakt door de onverklaarbare grens van 24 uur, die bepaalt of de basisverpleegkundige zelf oordeelt, dan wel de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, dan wel de arts, dan wel een andere basisverpleegkundige die de volgende shift waarneemt.
> 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 verantwoordelijk voor 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. Hetzelfde geldt voor de basisverpleegkundige die in ziekenhuis A kan beslissen dat zij autonoom een minder complexe prestatie gedurende minder dan 24 uur zal uitvoeren, terwijl een basisverpleegkundige in ziekenhuis B dezelfde prestatie niet autonoom zal uitvoeren omdat zij die complexer acht.

Los van de verschillen die er zullen bestaan in de beoordeling van wat complex is, zal ook de in het bestreden artikel opgenomen tijdsperiode van 24 uur anders benaderd worden in de ene de wel de andere zorgcontext respectievelijk zorgsituatie. De ene basisverpleegkundige zal ervan uitgaan dat de tijdsperiode van 24 uur beginnen te lopen op het moment dat hij de zorg aanvat voor een bepaalde patiënt. De andere basisverpleegkundige zal oordelen dat de 24 ingaat op het moment dat de zorg voor een patiënt start eventueel door een andere basisverpleegkundige van de voorafgaande shift. Een nog andere basisverpleegkundige zal oordelen dat die 24 u aanvat op het moment dat die welbepaalde verpleegkundige prestatie die eventueel voortduurt in de tijd, aangevat is geweest, door wie dat ook gebeurd is.

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 krijtlijnen biedt voor de begrenzing van de beroepsuitoefening van elke verpleegkundige? Werden alternatieven overwogen en slecht(er) bevonden in relatie tot het bestreden artikel 1 van het Koninklijk besluit van 14 april 2024?

De verwerende partij heeft dan ook niet de nodige zorgvuldigheid aan de dag gelegd door bij het uitwerken deze bepaling 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 artikel 1, had men kunnen vaststellen dat willekeur werd ingebouwd in de ingevoerde bepaling tot reglementering van het beroep van basisverpleegkundige.

Dat gebeurde niet en daardoor schendt het bestreden artikel 1 van het Koninklijk besluit van 14 april 2024 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."

13. In de memorie van wederantwoord benadrukken de verzoekende partijen dat de verwerende partij zichzelf tegenspreekt, nu zij enerzijds aangeeft dat de betrokken private actoren een bepaalde beoordelingsvrijheid hebben die noodzakelijkerwijze volgt uit de vaststelling dat er geen limitatieve lijsten kunnen worden voorzien met alle minder complexe of complexere situaties en anderzijds aangeeft dat er aan de Federale Raad voor Verpleegkunde werd gevraagd om tegen 15 november 2024 een voorstel van richtlijnen uit te werken, die kunnen worden gebruikt door de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg en de artsen, bij de beoordeling van de complexiteit van de zorgsituatie. Volgens de verzoekende partijen erkent de verwerende partij dat het noodzakelijk is om duiding te geven aan de begrippen "minder complexe situaties" en "complexere situaties". Tegelijk erkent volgens hen, de verwerende partij dat deze begrippen momenteel – en dus *a fortiori* op het moment van inleiden van deze vernietigingsprocedure – nog niet verduidelijkt zijn: niet de in de regelgeving zelf, noch in aanvullende richtlijnen. Volgens de verzoekende partijen geeft de verwerende partij aan dat deze richtlijnen er zullen komen voor de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg en de artsen, en dus niet voor de basisverpleegkundigen. De beoordeling van de complexiteit van situaties wordt nochtans aan de basisverpleegkundigen zelf overgelaten in geval van technische prestaties die gedurende een periode van minder dan 24 uur worden uitgevoerd door de basisverpleegkundige. Op die manier wordt het principe van de beoordeling van de complexiteit door de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of de arts opzijgezet. Een basisverpleegkundige kan gedurende 24 uur lang (onterecht) autonoom verpleegkundige handelingen stellen, indien zij de handelingen zelf minder complex acht. Een foute inschatting van de complexiteit kan, volgens de verzoekende partijen, de basisverpleegkundige echter niet worden verweten, bij gebrek aan enige houvast of richtlijn over hoe deze beoordeling dient

te gebeuren. Een basisverpleegkundige wordt dus blijkbaar meer ruimte gegeven om tot een beoordeling van de complexiteit van de situatie over te gaan, dan een verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg of een arts. Volgens de verzoekende partijen slaagt de verwerende partij er niet in om te verklaren dat het bestreden artikel 1 uit het koninklijk besluit van 14 april 2024 zorgvuldig werd voorbereid en overwogen en evenmin dat de evenredigheidsbeoordeling adequaat werd uitgevoerd.

14. 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; iii) het gegeven dat de FRV aangeeft dit niet te zullen/kunnen doen, maar de opdracht doorschuift aan het KCE of een interuniversitair consortium en v) tot slot, zoals reeds opgeworpen in de memorie van wederantwoord geeft de verwerende partij aan dat deze richtlijnen er zullen komen voor de verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg en de artsen, en dus niet voor de basisverpleegkundigen, waarbij de verzoekende partijen zich afvragen of de verwerende partij de situatie zo inschat dat een basisverpleegkundige wél plots weet wanneer een situatie al dan niet complex is.

Beoordeling

15. 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.”

16. 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.

17. 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

17. In een derde middel in het verzoekschrift voeren de verzoekende partijen de schending aan van "artikel 159 van de Grondwet, schending van artikel 45, § ½, en van artikel 46 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, samen gelezen met het legaliteitsbeginsel".

Dienaangaande voeren de verzoekende partijen onder het kopje "toepassing" aan:

> "De aanhef van het KB van 14 april 2024 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, derde lid;
>
> […]'
>
> Artikel 45, § 1/2, derde lid van de Wet van 10 mei 2015 bepaalt als volgt:
>
> '§ 1/2. […] 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.' […]
>
> Voor de volledigheid, de Technische Commissie voor verpleegkunde werd intussen afgeschaft en vervangen door de Federale Raad voor Verpleegkunde.
>
> Artikel 45, § 1/2, derde lid van de Wet van 10 mei 2015 bepaalt als nu, sinds de Wet van 18 mei 202484, volgt:
>
> '§ 1/2. […] 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 wijziging trad echter pas in werking op 9 juni 2024, waardoor deze voor het KB van 24 april 2024 eigenlijk niet relevant is.
>
> Welnu, in de aanhef van het KB van 14 april 2024 wordt als volgt aangegeven:
>
> 'Gelet op adviezen van de Technische Commissie voor Verpleegkunde, gegeven op 9 november 2023;'
>
> Op 9 november 2023 heeft de Technische Commissie voor Verpleegkunde inderdaad een advies verstrekt […]. Het gaat dus om één advies, en niet om meerdere adviezen zoals de aanhef van het koninklijk besluit doet uitschijnen.

Dit advies behandelt de twee volgende punten, aldus de inleiding van het advies:

> ‘Het eerste betreft de actualisering en uitbreiding van de lijst van technische verpleegkundige handelingen en de door een arts of tandarts toevertrouwde handelingen.
>
> Bovendien heeft de Minister bij de brief van 6 september een conceptnota gevoegd over het gestructureerde team. In deze conceptnota wordt verwezen naar een lijst van verpleegkundige handelingen die kunnen worden gedelegeerd binnen een gestructureerd zorgteam. Deze notie van delegeerbare en niet-delegeerbare technische verpleegkundige verstrekkingen is overgenomen in de definitie van de verpleegkunde voorgesteld door de FRV en de TCV in hun geconsolideerd advies van 19/10/2023 met betrekking tot de aanpassing van artikel 46 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.’ […]

Het advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde van 9 november 2023 handelt dus over de wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990, en niet over de wijziging van het KB van 20 september 2023.
Het advies vloeit dus voort uit artikel 46, §1, 2° van de Wet van 10 mei 2015, met name de bepaling:

> ‘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;’ […]

Artikel 1 van het KB van 14 april 2024 is dus niet gebaseerd op een advies, dat voortvloeit uit artikel 45, § 1/2, derde lid van de Wet van 10 mei 2015, zoals het zelf nochtans in de aanhef aangeeft. De Technische Commissie voor Verpleegkunde heeft helemaal geen advies uitgebracht over de wijzigingen aan het KB van 20 september 2023. Het KB van 20 september 2023 is eenvoudigweg niet tot stand gekomen op basis van een advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde. Verwerende partij heeft dus geheel op eigen initiatief en in strijd met de adviesvereiste uit artikel 45, §1/2 van de Wet van 10 mei 2015 het KB van 20 september 2023 aangepast.
Bovendien, zelfs indien men zou aanvaarden dat het advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde een juiste basis was voor artikel 1 van het KB van 14 april 2024, dan nog blijft artikel 1 van dit koninklijk besluit zonder grondslag.
Immers, op geen enkel punt in het advies van 9 november 2023 laat de Technische Commissie voor Verpleegkunde zich uit over de beoordeling van de complexiteit van zorgsituaties, laat staan dat zij geadviseerd zou hebben om de basisverpleegkundige deze inschatting zelf te laten maken bij technische prestaties die gedurende minder dan 24 uur worden uitgevoerd. Dit deed verwerende partij dus geheel op eigen initiatief, in strijd met artikel 45, §1/2 van de Wet van 10 mei 2015.
Om alle bovenstaande redenen moet worden vastgesteld dat het bestreden artikel 1 van het Koninklijk besluit van 14 april 2024 op grond van artikel 159 van de Grondwet buiten toepassing moet worden gelaten, omdat het strijdig is met artikel 45, §1/2 en artikel 46 van de Wet van 10 mei 2015 en dus met het legaliteitsbeginsel.
Het derde middel is dus ontvankelijk en gegrond.”

19. In de memorie van wederantwoord benadrukken de verzoekende partijen dat: i) zij in hun verzoekschrift tot nietigverklaring zeer concreet hebben geanalyseerd en beargumenteerd waarom het advies – waarop het bestreden koninklijk besluit gestoeld is –, in strijd is met de artikelen 45, §1/2 en 46 van de wet van 10 mei 2015 en ii) de verwerende partij erkent dat het onderliggende advies geen betrekking heeft op de complexiteit van zorgsituaties, noch dat de Technische Commissie voor Verpleegkunde zich heeft uitgesproken over de capaciteit van een basisverpleegkundige om zelf een inschatting te maken van de complexiteit van zorgsituaties, laat staan dat er geadviseerd zou zijn om een basisverpleegkundige deze bevoegdheid te verlenen. De verzoekende partijen volharden in de argumentatie, zoals uiteengezet in het verzoekschrift tot nietigverklaring en herhalen en hernemen deze hier integraal.

20. 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 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

21. 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 bijgevallen 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."

22. 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.

23. 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.

BESLISSING

1. De Raad van State verwerpt het beroep.

2. De verzoekende partijen worden, elk voor een tiende, verwezen in de kosten van het beroep tot nietigverklaring, begroot op een rolrecht van 2000 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 vijfentwintig, 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**