



UNIVERSITEIT
GENT

BEVOEGDHEIDSVERDELING EN DE BESTRIJDING VAN PANDEMIEËN

Jürgen Vanpraet

I. AANKNOPINGSPUNTEN FEDERALE BEVOEGDHEID

- Ziektekostenverzekering
- Uitoefening van de geneeskunde - reglementering van de gezondheidszorgberoepen (excl. erkenning en (sub)contingentering)
(bv. uitbreiding activiteiten gezondheidswerkers; opvordering)
- Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen
- Ziekenhuizen (organieke wetgeving, de hieraan gelinkte financiering van de exploitatie en de basisprogrammatie)
- Dringende geneeskundige hulpverlening

I. AANKNOPINGSPUNTEN FEDERALE BEVOEGDHEID

- Nationale maatregelen inzake profylaxis (verplichte vaccinatie, incl. samenstelling en controle op toediening)
- Openbare gezondheid en veiligheid/civiele veiligheid (bv. transversale maatregelen, zie verder)
- Opstellen nood- en interventieplannen / Nationaal Crisiscentrum
- Toegang tot het grondgebied (bv. weigering toegang omwille van dreiging besmettelijke ziekte (adv. RvS 53.018/VR))
- Wetenschappelijk onderzoek (met inachtneming van bepaalde modaliteiten) (bv. Sciensano (adv.RvS 62.047))

II. AANKNOPINGSPUNTEN

GEMEENSCHAPSBEVOEGDHEID

- Activiteiten, diensten en initiatieven inzake preventieve gezondheidszorg omvat o.a. opsporing en de strijd tegen de besmettelijke ziekten, voorkomen besmetting anderen
 - Bv. contactonderzoek,
 - Bv. opleggen van afzonderingsmaatregelen (incl. reizigers)
 - Bv. digitale contactapplicaties specifiek gericht op opsporen Covid-19
 - Bv. aangifteplicht(zie bv. adv. RvS 13 mei 2013, 53.018; 25 mei 2020, 67.412; 26 mei 2020, 67.424/3; 3 juni 2020, 67.482)
- Organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn
 - bv. triage- en schakelzorgcentra,...
- Maatregelen inherent aan de deelstatelijke bevoegdheden
 - Onderwijs
 - Ouderinstellingen, revalidatie-instellingen, ...
 - Sport, culturele instellingen, ...
- Wetenschappelijk onderzoek nodig voor de uitoefening van de eigen bevoegdheden

III. AUTONOMIE EN ASYMMETRIE

- Deelstaten: autonomiebeginsel → verschillend beleid tussen deelstaten is inherent aan federalisme

*“The diversity of domestic laws, which is characteristic of a federal State, can in itself never constitute a discrimination, and there is no necessity to justify diversity of this kind. To claim the contrary would be to disregard totally the very essence of federalism.”
(Franz Matscher)*

- Federale overheid: mogelijkheid tot asymmetrisch federaal beleid afgestemd op noden deelstaten

“Als die preventieve acties de medewerking vragen van zorgverstrekkers door middel van terugbetaalde prestaties (bijvoorbeeld screeningshonoraria of het honorarium voor het toedienen van een vaccin) dan kunnen die prestaties vanuit het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) worden gehonoreerd. Dit kan op asymmetrische wijze met het RIZIV worden overeengekomen.” (Toelichting Bijz. W. Zesde Staatshervorming, Parl.St. Senaat 2012-13, 2232/1, 5 en 43-44)

“Ook al blijft de programmatie een federale bevoegdheid, kunnen er asymmetrische bilaterale overeenkomsten worden gesloten als een gemeenschap daarom verzoekt.” (Parl.St. Senaat 2012-13, 2232/1, 3 en 37)

IV. FEDERALE COÖRDINATIE EN BEHEERSBEVOEGDHEID

- Geen algemene federale pandemiebevoegdheid (Adv. RvS 53.018/VR van 13 mei 2013)

“Het feit dat het gaat om gebeurtenissen die een noodsituatie op het gebied van volksgezondheid van internationaal belang zouden kunnen vormen, laat [niet] toe om te besluiten tot de bevoegdheid van de federale overheid. Het is niet omdat maatregelen betrekking hebben op de bestrijding van een volksgezondheids crisis dat de federale overheid bevoegd kan worden geacht. Integendeel, elke overheid is verantwoordelijk voor de bestrijding van een volksgezondheids crisis binnen de grenzen van haar eigen materiële bevoegdheden, hetgeen echter niet uitsluit dat er ter zake een samenwerkingsakkoord kan worden gesloten.”

- Federale restbevoegdheid om transversaal op te treden (algemeen vs. specifiek)

Bv. BVR inzake preventie van de veteranenziekte op publiek toegankelijke plaatsen (adv. RvS 13 december 2006, 41.674/VR)

“4. Het ontworpen besluit bevat grotendeels een reglementering van bepaalde inrichtingen. Dat zulks gebeurt met het oog op de preventie van ziektes en aandoeningen die kunnen ontstaan ten gevolge van activiteiten die in die inrichtingen plaatsvinden, neemt niet weg dat het niet gaat om maatregelen die binnen de sfeer van de gezondheidszorg of de geneeskunde vallen, zodat een dusdanige reglementering niet kan worden geacht onder de bevoegdheden van de gemeenschappen inzake activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg te vallen.

Ook de maatregelen die kunnen worden genomen wanneer bepaalde drempelwaarden betreffende de ontwikkeling van de legionairsbacterie worden overschreden, lijken niet zo zeer, of in ieder geval niet alle, rechtstreeks de personen te betreffen die zouden kunnen besmet raken met die bacterie, maar eerder de inrichtingen waarbinnen die bacterie voorkomt. Om de zo-even aangegeven redenen kunnen ook de bepalingen waarin die maatregelen vervat zijn, zoals ze thans zijn geconcipieerd, geen doorgang vinden.”

IV. FEDERALE COÖRDINATIE EN BEHEERSBEVOEGDHEID

- Parlementaire voorbereiding Bijzondere Wet Zesde Staatshervorming

“(…)

Het voorstel beoogt [...] geenszins de bestaande bevoegdheidsverdeling inzake het crisisbeleid bij een acute pandemie te beïnvloeden.

Zoals de Raad van State terecht aangeeft is « elke overheid [...] verantwoordelijk voor de bestrijding van een volksgezondheidscrisis binnen de grenzen van haar eigen materiële bevoegdheden ».

Het is dus zo dat de federale overheid op grond van haar residuaire bevoegdheid niet exclusief bevoegd is voor het crisisbeleid wanneer een (acute) pandemie dringende maatregelen vereist. De federale overheid is bevoegd binnen de grenzen van haar materiële bevoegdheden, net zoals de Gemeenschappen en Gewesten dit zijn binnen de grenzen van hun materiële bevoegdheden. De federale overheid is op grond hiervan, ook in elk geval bevoegd voor de coördinatie en het beheer van een crisissituatie met betrekking tot een pandemie.

In die zin hebben de federale overheid en de deelstaten, elk binnen de grenzen van hun eigen materiële bevoegdheden, de bevoegdheid om maatregelen aan te nemen inzake de strijd tegen een crisis die raakt aan de volksgezondheid.” (Parl.St. Senaat 2013-14, 2232/5, 248-249)

V. WIE DRUKT OP WELKE KNOP?

- Soms meervoudige kwalificatie mogelijk
 - Bv. Lockdown (algemeen vs. specifiek)

Vlaams BVR 13/03/2020 (art. 2):
“De toegang tot woonzorgcentra (...) wordt beperkt tot de bewoners, het personeel en de vrijwilligers. Bezoekers krijgen geen toegang meer tot de gebouwen van een woonzorgcentrum.”

<> Federaal MB 23/03/2020 (art. 6):
“De lessen en activiteiten in het kleuter-, lager en secundair onderwijs worden geschorst. (...) Hogescholen en universiteiten werken enkel via afstandsonderwijs.”

(idem: openbaar vervoer, schooluitstappen, activiteiten jeugdbewegingen, etc.)
 - Bv. Bevoorrading van beschermingsmateriaal
 - Bv. Mondmaskerplicht
 - Bv. Financiering vanuit ziekteverzekering (bv. triagecentra, schakelzorgnetwerken)

V. WIE DRUKT OP WELKE KNOP?

Gevolg:

Wie mag wat doen?

(vraag naar bevoegdheid)

bv. oprichting centrale gegevensdatabank contactopsporing (adv.RvS 67.412/3, 67.425/3)

bv. digitale contactopsporingsapplicaties (adv.RvS 67.424/3)

≠

Wie doet wat?

(wederzijdse afspraken)

V. WIE DRUKT OP WELKE KNOP?

- Inhakende/verweven bevoegdheden
 - Bv. manuele en digitale contactopsporing:
 - gemeenschapsbevoegdheid preventieve gezondheidszorg
 - federale bevoegdheid wetenschappelijk onderzoek (centrale gegevensbank en app's – met oog op epidemiologisch onderzoek)
 - nood aan samenwerkingsakkoord (adv. RvS 26 mei 2020, 67.424/3 en 67.424/3)

V. WIE DRUKT OP WELKE KNOP?

- “Joint decision trap”/”Politikverflechtungsfalle”

“Wanneer vertegenwoordigers van verschillende niveaus een gezamenlijk beleid moeten voeren, dreigen de kosten en de tijd die hiermee gepaard gaan, te escaleren, zodat een efficiënt beleid belemmerd wordt.” (vrij naar F. Scharpf, 1988)

- Systeem verhoogt risico op:

- Moeizame besluitvorming
- Rondje “zwartepieten”

VI. KADER WEDERZIJDSE AFSPRAKEN

1) Protocolakkoord van 5 november 2018 afgesloten tussen de federale overheid en de deelstaten

- Doel: “generische structuren voor het sectoraal gezondheidsbeheer van crisissen organiseren voor België”
- Crisisorganen
 - Risk Assessment Group (RAG)
 - Risk Management Group (RMG) – samengesteld uit vertegenwoordigers van de federale overheid en de deelstaten
 - Voorziet mogelijkheid tot aanstelling crisismanager

VI. KADER WEDERZIJDSE AFSPRAKEN

1) Protocolakkoord van 5 november 2018 afgesloten tussen de federale overheid en de deelstaten

➤ Cruciale rol van de RMG

“Art. 5, §1 De RMG is het Belgisch beslissings- en meldingsforum voor noodsituaties op het gebied van de volksgezondheid zoals gedefinieerd in art. 2.

De groep is indien nodig het uitgangspunt voor het opstarten van gecoördineerd (inter)nationaal risicobeheer.

§2. De rol van de RMG omvat:

(...)

- het beheer van een noodsituatie op het gebied van de volksgezondheid, de beslissing, en de implementatie van de gezondheidsmaatregelen die de impact van die crisis op de bevolking moeten temperen, op eigen initiatief of in toepassing van de gezondheidsmaatregelen waartoe werd beslist door het Algemeen Coördinatiecomité van de ADCC.

(...)”

VI. KADER WEDERZIJDSE AFSPRAKEN

2) Belgisch Noodplan voor een Grieppandemie (Interministerieel Commissariaat Influenza, juli 2006)

- praktisch werkinstrument voor het beheer van pandemie
- bv. maskers (pg. 32-33 Noodplan)

“- 5.4.2.1. Aankoop

De Belgische staat heeft een hoeveelheid maskers FFP2 en chirurgische maskers gekocht die nodig is voor de samenstelling van een strategische voorraad op nationaal niveau. De overheid heeft beslist om deze strategische reserve aan te leggen voor de individuele bescherming van personen die in België in contact komen met het pandemievirus en om de verspreiding van het virus zoveel mogelijk af te remmen.

Het aankoopcontract van deze maskers heeft betrekking op de aankoop van maskers FFP2 en chirurgische maskers.”

3) Andere: OC, IMC, samenwerkings-, protocolakkoorden, ...

VII. KRITISCHE SUCCESFACTOREN

TOEKOMST

- 1) Vermijd waar mogelijk de “joint decision trap”
- 2) Verwacht niet dat de maatregelen gelijklopend zijn in de deelstaten en streef ook niet naar uniformiteit wanneer het niet absoluut nodig is. (= respect autonomie deelstaten)
 - bv. teststrategie, bv. toegang scholen, oudereninstellingen, etc., bv. schakelzorgcentra
- 3) Vermijd dat via de uitoefening van federale bevoegdheden de deelstaten feitelijk “gedwongen” worden uniform beleid te voeren
 - bv. bezoekenregeling WZC, opening scholing, werking GEES
 - mogelijkheid tot differentiatie in de uitoefening van federale bevoegdheden naargelang de deelstaat (bv. terugbetalingen)

VII. KRITISCHE SUCCESFACTOREN

TOEKOMST

- 4) Afspraken tussen federale overheid en deelstaten in de gevallen waar meerdere overheden bevoegd zijn (cf. *“wie mag wat doen?”* ≠ *“wie doet wat?”*)
- 5) Aflijnen federale coördinatie en beheer
 - Coördinatie federale overheid via één cockpit per deelstaat met sterke betrokkenheid deelstaten?
 - Deelstaatoverschrijdende coördinatie beperken tot wat echt nodig is
 - Duidelijke interfederale beslissingsstructuren (cf. suggestie adv.RvS voor een samenwerkingsakkoord met een algemeen kader voor integrale aanpak crisissituaties (suggestie adv.RvS 13 mei 2013, 53.018/VR)
- 6) Langere termijn: wijziging bevoegdheidsverdeling

Jürgen Vanpraet

E jurgen.vanpraet@ugent.be