



**PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT**

GEWONE ZITTING 2023-2024

9 NOVEMBER 2023

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE
GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

**ONTWERP VAN GEZAMENLIJK
DECREET EN ORDONNANTIE**

**van de Franse Gemeenschapscommissie
en van de Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie betreffende de
organisatie van de ambulante sector en de
eerste lijn voor welzijn en gezondheid in
het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad**

Memorie van toelichting

Dit gezamenlijk decreet en ordonnantie strekt ertoe een gemeenschappelijke beleidsvisie te bieden aan de GGC en aan de FGC wat betreft de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid alsook een territoriale benadering in te voeren zoals uiteengezet in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan, in het bijzonder wat betreft het aanbod van de ambulante sector en van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid.

Het beoogt bovendien de opdrachten van de huidige ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn van de GGC in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie op te nemen.

Tot slot wordt met de wijziging van de ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid een basis geboden in het gezamenlijk decreet en ordonnantie voor de erkenning en financiering van geïntegreerde welzijns- en gezondheidscentra door de GGC.

De gemeenschappelijke beleidsvisie is geënt op de "Goal-Oriented Care"-benadering (doelgerichte zorg) waarbij de zorgverleners, hulpverleners en begeleiders de prioriteiten, wensen en levensdoelen van de begeleide

SESSION ORDINAIRE 2023-2024

9 NOVEMBRE 2023

**ASSEMBLÉE RÉUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE
COMMUNE**

**PROJET DE DÉCRET
ET ORDONNANCE CONJOINTS**

**de la Commission communautaire
française et de la Commission
communautaire commune relatifs à
l'organisation de l'ambulatoire et de
la première ligne social santé dans la
région bilingue de Bruxelles-Capitale**

Exposé des motifs

Le présent décret et ordonnance conjoints vise à donner une vision politique commune à la Cocom et à la Cocof concernant le secteur ambulatoire et la première ligne social santé ainsi qu'à mettre en œuvre l'approche territorialisée reprise dans le Plan Social Santé Intégré, en particulier en ce qui concerne l'offre social santé ambulatoire et de première ligne.

Il vise par ailleurs à inscrire les missions de l'actuelle structure d'appui à la première ligne de la Cocom au sein du présent décret et ordonnance conjoints.

Enfin, par le biais de la modification de l'ordonnance première ligne, le présent décret et ordonnance conjoints offre un fondement à l'agrément et au financement de centres social santé intégré par la Cocom.

En ce qui concerne la vision politique commune, celle-ci est axée sur l'approche «Goal-oriented-Care» (des soins centrés sur les objectifs de la personne) laquelle conduit les prestataires des soins, de l'aide et de l'accom-

personen centraal plaatsen. Ze proberen de problemen niet enkel op te lossen vanuit de invalshoek van hun eigen discipline of dienstopdracht, maar stemmen hun begeleiding meer globaal af op wat zinvol is voor de persoon, wat hem verbindt met anderen of hem motiveert. Die benadering is in het bijzonder geschikt voor personen die zich in complexe situaties bevinden met een combinatie van sociale en medische problemen, die zowel lichamelijk als geestelijk kunnen zijn. Ze helpt de dienstverleners de prioriteiten in kaart brengen en samen met de persoon en zijn hulpverleners een zorgtraject op te stellen.

Deze benadering wordt vertaald in de definities die zijn opgenomen in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie en in de opdrachten van de actoren van de ambulante sector en van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid.

Voor de integratie van deze visie in de hele ambulante sector is een herziening vereist van het decreet “Ambulante zorg” (op het niveau van de FGC) en de ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid (op het niveau van de GGC).

Wat de GGC betreft, zijn de wijzigingen al opgenomen in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie.

Wat de territoriale benadering betreft, is het de bedoeling om dit aanbod op territoriale basis te structureren, te beginnen met het niveau dat het dichtst bij de Brusselaars staat, dat van de wijken, tot het hele gewest via het tussenliggende niveau van de hulp- en zorgzones.

Elk van die drie niveaus (wijk, zone, gewest) heeft een eigen daadkracht en de hulp en de zorg moeten worden georganiseerd om die daadkracht maximaal te benutten.

De afbakening van die drie niveaus zal op basis van het subsidiariteitsbeginsel worden georganiseerd om de daadkracht van elk niveau te optimaliseren.

Het is een beginsel dat het beleid stuurt. De normen worden nog steeds bepaald door de colleges en de definitie van een functie op functieniveau zal uiteindelijk door hen worden bepaald.

Het gemeentelijke niveau bestaat al (gemeente en OCMW) en de functies ervan zijn elders bepaald. Dit document verandert daar niets aan.

Hoewel die verschillende niveaus op dit moment niet allemaal formeel zijn georganiseerd en afgebakend, moet erop worden gewezen dat al verschillende acties op die niveaus worden georganiseerd.

pagement à mettre au centre de leur attention les priorités, souhaits et objectifs de vie des personnes accompagnées. Ils ne cherchent pas seulement à résoudre les problèmes avec les lunettes de leur propre discipline ou mission de service, mais inscrivent leur accompagnement plus globalement dans ce qui fait sens pour la personne, la relie aux autres ou la motive. Cette approche est particulièrement appropriée pour les personnes se trouvant dans des situations complexes mêlant difficultés sociales et de santé, qu’elles soient physiques ou psychiques. Elle aide les prestataires à identifier les priorités et à co-créer avec la personne et ses aidants un parcours de soins.

Cette approche est traduite dans les définitions qui sont reprises au sein du présent décret et ordonnances conjoints ainsi que dans les missions des acteurs de l’ambulatoire et de la première ligne social santé.

L’intégration de cette vision à l’ensemble de l’ambulatoire nécessite une révision du décret ambulatoire (au niveau Cocof) et de l’ordonnance première ligne (au niveau Cocom).

Au niveau de la Cocom, les modifications sont déjà intégrées dans le présent décret et ordonnance conjoints.

En ce qui concerne l’approche territorialisée, l’intention est de structurer cette offre sur une base territoriale à partir du niveau le plus proche des Bruxellois-es, le quartier, jusqu’à celui de la région toute entière en passant par le niveau intermédiaire qu’est le bassin d’aide et des soins.

Chacun de ces trois niveaux (quartier, bassin et région) ont une force d’action propre et il convient d’organiser l’aide et les soins afin de maximiser cette force d’action.

L’articulation de ces trois niveaux sera organisée sur la base du principe de subsidiarité afin d’optimiser la force d’action de chacun d’entre eux.

Il s’agit bien d’un principe qui guide la politique. Les normes restent définies par les collèges et la définition d’une fonction à un niveau de fonction sera éventuellement définie par eux.

Le niveau communal existe déjà (commune et CPAS) et ses fonctions sont définies par ailleurs. Ce document ne les modifie pas.

Actuellement, si ces différents niveaux ne sont pas tous organisés et délimités formellement, il convient de souligner que différentes actions s’organisent déjà à ces niveaux-là.

Vele actoren handelen nu immers spontaan op een niveau dat overeenkomt met de schaalgrootte van een wijk, een zone of het gewest.

Die verschillende interventieniveaus zijn in de welzijns- en gezondheidssector echter niet formeel georganiseerd en gestructureerd. Het is voor de verschillende actoren dan ook onmogelijk om hun acties in een duidelijk kader te plaatsen, noch om de coherentie en de harmonie met de acties van hun vele partners te waarborgen.

Dit gezamenlijk decreet en ordonnantie strekt ertoe dat probleem te verhelpen en duidelijkheid en gemak te verschaffen aan de verschillende betrokken actoren. Het is met andere woorden de bedoeling om een duidelijk kader te bieden dat is gebaseerd op objectieve elementen die overeenkomen met de sociale realiteit van de verschillende gebieden waarbinnen de betrokken actoren hun acties zullen moeten plaatsen. Dankzij dat kader zal de coherentie van het welzijns- en gezondheidsbeleid in het Brussels Gewest kunnen worden versterkt.

De afbakening van de interventiegebieden is een eerste stap. Om de doeltreffendheid van de organisatie van welzijn en gezondheid op basis van die gebieden te verzekeren, moet de coördinatie tussen de welzijns- en gezondheidsactoren van de betrokken gebieden worden ondersteund.

Wat de wijken betreft, zullen het de OCMW's zijn die via de sociale coördinaties belast zullen zijn met de ondersteuning van de geïntegreerde welzijns- en gezondheidsbenadering op het niveau van de wijken van hun gemeente om de tussen de GGC en de OCMW's ingevoerde lokale welzijns- en gezondheidscontracten (LWGC's) uit te voeren.

Tijdens deze legislatuur werden in samenwerking met verschillende OCMW's al een eerste groep van negen, en binnenkort een tweede groep van negen, lokale welzijns- en gezondheidscontracten uitgevoerd. Ze vormen een voortzetting van drie op ouderen gerichte wijkprojecten die tijdens de vorige legislatuur zijn gelanceerd.

Die ervaringen hebben het nut aangetoond van de versterking van de welzijns- en gezondheidsnetwerken op het niveau van de wijken om de doeltreffendheid en efficiëntie van het lokale beleid te vergroten.

De relevantie van een lokale benadering om een antwoord te bieden op problemen op individueel en gemeenschapsniveau waarmee de inwoners van de wijken worden geconfronteerd, kon worden aangetoond aan de hand van andere proefprojecten op wijkniveau, met name onder leiding van de Vlaamse Gemeenschap of in het kader van duurzame wijkcontracten.

En effet, de nombreux acteurs agissent aujourd'hui de façon spontanée au niveau qui représente une grandeur d'échelle correspondant au quartier, au bassin ou à la région.

Ces différents niveaux d'intervention ne sont cependant pas organisés et structurés de façon formelle dans le secteur social santé. Il est dès lors impossible aux différents acteurs d'inscrire leurs actions au sein d'un cadre clair, pas plus que d'en assurer la cohérence et l'harmonie avec les actions de leurs nombreux partenaires.

Le présent décret et ordonnance conjoints vise à remédier à ce problème et à offrir de la clarté et du confort aux différents acteurs concernés. En d'autres termes, l'intention est d'offrir un cadre clair, basé sur des éléments objectifs correspondant à la réalité sociale des différents territoires, au sein duquel les acteurs concernés devront inscrire leurs actions. Ce cadre permettra de renforcer la cohérence de la politique social santé dans la Région bruxelloise.

La délimitation de territoires d'intervention est un premier pas. Toutefois, afin d'assurer l'effectivité de l'organisation social santé sur la base de ces territoires, il est indispensable de soutenir la coordination entre les acteurs de l'offre social santé sur les territoires concernés.

En ce qui concerne les quartiers, ce seront les CPAS qui par l'intermédiaire des coordinations sociales auront la charge de soutenir l'approche intégrée social santé au niveau des quartiers de leur commune pour exécuter des contrats locaux social santé (CLSS) établis entre la Cocom et les CPAS.

En collaboration avec différents CPAS, un premier groupe de neuf, puis bientôt un second groupe de neuf, contrats locaux social santé, a déjà été mis en œuvre dans le cadre de la présente législature. Ils s'inscrivent dans la suite de trois projets quartier centrés sur les personnes âgées initiés lors de la précédente législature.

Ces expériences ont montré l'utilité de renforcer les réseaux social santé au niveau des quartiers pour augmenter l'efficacité et l'efficience des politiques locales.

D'autres expériences pilotes au niveau des quartiers, notamment portées par la Communauté flamande ou dans le cadre des contrats de quartier durable, ont permis de montrer la pertinence des approches locales pour répondre aux problématiques individuelles ou communautaires rencontrées par les habitants des quartiers.

De financieringen zouden echter aan de intensiteit van de behoeften van elke wijk moeten worden aangepast. De verschillende Brusselse wijken hebben immers allemaal verschillende behoeften. Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn heeft de ongelijkheden in het Brussels Gewest op het vlak van welzijn en gezondheid die met name territoriaal zijn ruimschoots aangetoond.

De financiële middelen die beschikbaar zijn moeten op basis van een prioriteitsstelling worden verdeeld met inachtnaam van het beginsel van proportioneel universalisme: de middelen zullen in de eerste plaats worden gericht op de wijken waar de niet-gedekte behoeften het grootst zijn.

Deze prioriteitsstelling moet worden gebaseerd op indicatoren die de gezondheidstoestand, het gebruik van gezondheidspreventie en de sociale situatie van de inwoners van elke wijk weerspiegelen.

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn schept een wetenschappelijk kader aan de hand waarvan de Colleges de verdeling van de middelen op basis van de behoeften zullen kunnen vastleggen.

De organisatie van het welzijns- en gezondheidsaanbod op territoriale basis houdt voor de gebruikers geen nieuwe verplichting in om gebruik te maken van een dienst die op een bepaald grondgebied is gevestigd. Op dat punt bestaat er geen enkele wens om de rechten van de patiënten te beperken wat hun vrijheid betreft om hun zorgverstrekker te kiezen.

Voor alle zones zal één gewestelijke privaatrechtelijke vzw worden erkend om de opdrachten uit dit gezamenlijk decreet en ordonnantie ten uitvoer te leggen.

Die opdrachten zullen worden uitgevoerd door de in deze vzw opgenomen antennes die zullen instaan voor de operationalisering van de opdrachten in elke zone die op basis van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie zal worden vastgelegd om de behoeften van de betrokken zone te weerspiegelen. Alleen die vzw zal rechtspersoonlijkheid hebben en de op te richten antennes zullen organen van die vzw zijn.

Die vzw zal, op basis van een beheerscontract, worden belast met verschillende acties die gericht zijn op een betere organisatie van de welzijns- en gezondheidsactoren in elke zone. In de eerste plaats tussen de actoren van de ambulante sector, ten tweede met betrekking tot de ziekenhuizen en andere residentiële diensten en ten slotte met betrekking tot de actoren van buiten de welzijns- en gezondheidssector zelf zoals de sector van de tewerkstelling, het onderwijs, de veiligheid, ... die een invloed hebben op de welzijns- en gezondheidsdeterminanten.

Toutefois, il convient d'adapter les financements en fonction de l'intensité des besoins de chaque quartier. En effet, les besoins des différents quartiers bruxellois ne sont pas tous identiques. L'Observatoire de la Santé et du Social a largement démontré les inégalités sociales et de santé notamment territoriales à l'intérieur de la Région bruxelloise.

Les moyens financiers disponibles doivent être modulés en fonction d'une priorisation respectant le principe de l'universalisme proportionné: les moyens seront en première intention orientés vers les quartiers avec les besoins non couverts les plus importants.

Cette priorisation doit être basée sur des indicateurs reflétant l'état de santé, le recours à la prévention santé et la situation sociale des habitants de chaque quartier.

Le cadre scientifique qui permettra aux collèges de définir une distribution des moyens basée sur les besoins est fourni par l'Observatoire de la Santé et du Social.

L'organisation de l'offre social santé sur une base territoriale n'implique pas d'obligation nouvelle pour les usagers de recourir à un service basé sur un territoire défini. Il n'existe sur ce point aucune intention de limiter le droit des patients à leur libre choix de prestataire de soins.

Pour l'ensemble des bassins, une seule ASBL régionale de droit privé sera agréée afin d'exercer les missions visées dans le décret et ordonnance conjoints.

Ces missions seront exécutées par des antennes, intégrées à cette ASBL, qui auront la charge d'assurer l'opérationnalisation des missions dans chacun des bassins définis sur la base du présent décret et ordonnance conjoints afin de refléter les besoins du bassin concerné. Seule cette ASBL disposera de la personnalité juridique et les antennes qui devront être mises en place seront des organes de cette ASBL.

Cette ASBL se verra confier, sur la base d'un contrat de gestion, différentes actions visant à une meilleure organisation des acteurs du social et de la santé dans chaque bassin. Premièrement, entre acteurs de l'ambulatoire, deuxièmement vis-à-vis des hôpitaux et autres services résidentiels et enfin vis-à-vis des acteurs hors du secteur social santé à proprement parler comme le secteur de l'emploi, de l'enseignement, de la sécurité... qui agissent sur les déterminants sociaux et de santé.

Bovendien zouden in het geval van een crisis die min of meer lijkt op de covidcrisis verschillende acties op het niveau van de zones kunnen worden gepland en georganiseerd. We denken daarbij met name aan de oprichting van vaccinatie- en testcentra, de organisatie van vaccinatiecampagnes enz. De covidcrisis heeft immers aangetoond dat er geen enkele structuur bestond die het mogelijk maakte om de verschillende acties op passende schaal te plannen en de bevoegde actoren te coördineren. De antennes zullen de lokale actoren ondersteunen bij het organiseren van de reactie op elke uitzonderlijke gezondheidssituatie die zich op het gebied voordoet.

Op het niveau van het gewest zijn het de GGC en de FGC die de gewestelijke visie en richtlijnen met betrekking tot het welzijns- en gezondheidsbeleid in de lijn van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan blijven aansturen.

Bovendien dient benadrukt te worden dat het zonestelsel dat in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie is opgenomen met name is gebaseerd op wat de andere entiteiten doen. De zones komen immers in grote lijnen overeen met de “zorgraden” die de Vlaamse Gemeenschap in 2019 heeft ingevoerd.

In het Vlaamse Gewest komt een zone van de zorgraden overeen met ongeveer 100.000 inwoners. In Brussel is er echter maar één zorgraad voor 1,2 miljoen inwoners. Dat kan met name worden verklaard door het beperkte aantal actoren op het Brusselse grondgebied dat valt onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap, waardoor een aanpak die vergelijkbaar is met die die in het Vlaamse Gewest wordt gehanteerd niet mogelijk is. Gezien het proportioneel grotere aantal actoren dat valt onder de GGC of de FGC is het essentieel om meer zones te creëren op het Brusselse grondgebied. Het doel is om een nauwe samenwerking te creëren tussen de zones die in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie worden vastgelegd en de zorgraad BruZEL en de VGC.

De indeling in zones komt ook overeen met de geest van de indeling die op dit moment in het Waalse Gewest wordt voorgesteld in het kader van het traject Proxisanté.

De logica van de geïntegreerde organisatie van de welzijns- en gezondheidssector op basis van territorialisering ontwikkelt zich over het hele Belgische grondgebied. Om een geïntegreerd hulp- en zorgbeleid tussen de verschillende gefedereerde entiteiten te garanderen, zullen samenwerkingsmechanismen worden opgezet.

Er werd via werkgroepen gedurende enkele maanden overleg gepleegd met de bevoegde actoren. Zowel de ambulante actoren die onder de bevoegdheid van de GGC en de FGC vallen als die die onder de federale overheid of

Par ailleurs, dans le cas de l'émergence d'une crise plus ou moins similaire à la crise Covid, c'est au niveau des bassins que de nombreuses actions pourraient être planifiées et organisées. On pense notamment à la mise en place des centres de vaccination et de test, à l'organisation des campagnes de vaccination, etc. La crise Covid a en effet montré qu'il n'existait aucune structure permettant de planifier les différentes actions à l'échelle adéquate et de coordonner les acteurs compétents. Les antennes viendront en appui aux acteurs de terrain pour organiser la réponse à toute situation sanitaire exceptionnelle qui se développerait sur le territoire.

Au niveau de la région, ce sont la Cocom et la Cocof qui restent les pilotes d'une vision régionale et des directives relatives à la politique sociale santé dans la ligne du Plan Social Santé Intégré.

Il doit par ailleurs être souligné que le dispositif bassins repris dans le présent décret et ordonnance conjoints s'inspire notamment de ce qui est fait par d'autres entités. En effet, les bassins correspondent dans les grandes lignes aux «zorgraden» institués en 2019 par la Communauté flamande.

En Région flamande les zones des zorgraden ont été définies par environ 100.000 habitants. Toutefois, il n'existe pour Bruxelles qu'un seul «zorgraad» pour 1.2 million d'habitants. Cela s'explique notamment en raison du nombre limité d'acteurs sur le territoire bruxellois relevant de la compétence de la Communauté flamande, qui ne permet pas une approche semblable à celle appliquée en Région flamande. Au regard du nombre d'acteurs proportionnellement plus important relevant de la Cocom ou de la Cocof, il est indispensable de créer un plus grand nombre de bassins pour le territoire bruxellois. L'objectif est bien de mettre en place une étroite collaboration entre les bassins définis dans le présent décret et ordonnance conjoints et le zorgraad bruZEL et la VGC.

Le découpage en bassins correspond également à l'esprit du découpage actuellement proposé en Région wallonne dans le cadre du traject Proxi-santé.

La logique de l'organisation du secteur social santé intégrée sur la base d'une territorialisation se développe sur l'ensemble du territoire belge. Afin de garantir une politique d'aide et de soins intégrés entre les différentes entités fédérées, des mécanismes de coopération seront mis en place.

Un travail de concertation par le biais de groupes de travail ayant duré plusieurs mois avec les acteurs compétents a été mis en œuvre. Tant les acteurs ambulatoires relevant de la compétence de la Cocom et de la

de Vlaamse Gemeenschap via het Huis voor Gezondheid vallen werden voor dat overlegproces uitgenodigd.

Ook moet er worden gepreciseerd dat er contact werd opgenomen met de Vlaamse Gemeenschap om het in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie ontwikkelde eerste-linjsbeleid op het Brusselse grondgebied te harmoniseren en te coördineren met dat van Vlaanderen. Er lopen op dit moment besprekingen met het oog op het sluiten van een protocolakkoord.

Gezien de vele entiteiten die op het Brusselse grondgebied bevoegd zijn voor gezondheid en welzijn is het van essentieel belang om talrijke samenwerkingen op te zetten. Door de institutionele complexiteit en de complexiteit wat het Belgisch-Brusselse beleid betreft, moeten de samenwerkingsmodaliteiten echter worden aangepast aan de beschikbare mogelijkheden. Met andere woorden, een pragmatische benadering is nodig om samenwerking op Brussels niveau mogelijk te maken.

Bovendien is het vanzelfsprekend dat dit gezamenlijk decreet en ordonnantie het sluiten van andere, al dan niet asymmetrische akkoorden met de in het Brusselse Gewest bevoegde entiteiten niet in de weg staat.

Ten slotte wordt in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie afgebakend wat gezamenlijk en wat afzonderlijk moet worden gedaan.

Het principe is dat alle grote lijnen van de beleidsopties, dat wil zeggen het beginsel van territorialisering, de vaststelling van de programmatie, de afbakening van de gebieden, de bepaling van de opdrachten, de vereisten in termen van bestuur enz. gezamenlijk kunnen worden bepaald. De uitvoering van de in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie omschreven territoriale sturingsinstrumenten, de wijken, de zones en de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector wordt daarentegen aan de GGC toevertrouwd.

Dat kan worden verklaard door de noodzaak om voor de opvolging en controle één enkele instantie aan te duiden. Uit administratief oogpunt zou het immers te omslachtig zijn om twee afzonderlijke instanties te belasten met de operationalisering van de verschillende ingevoerde maatregelen, maar ook bijzonder ingewikkeld omdat elke entiteit haar eigen praktijken en vereisten heeft wat de administratieve opvolging betreft.

Hoewel de GGC zorgt voor de operationalisering, gebeurt dat immers in samenwerking met de FGC. Dat vertaalt zich met name in het kader van het gezamenlijke bestuur dat wordt ingevoerd in het gezamenlijk decreet en ordonnantie met betrekking tot de goedkeuring en de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en

Cocof que ceux relevant de l'autorité fédérale ou de la Communauté flamande à travers la Huis voor Gezondheid ont été invités à la concertation.

Il convient par ailleurs de préciser que des contacts ont été pris avec la Communauté flamande afin d'harmoniser et de coordonner sur le territoire bruxellois la politique de la première ligne développée par le présent décret et ordonnance conjoints avec celle de la Flandre. Des discussions sont actuellement en cours afin d'aboutir à la conclusion d'un protocole d'accord.

En raison du nombre très important d'entités compétentes dans le domaine de la santé et du social pour le territoire bruxellois, il est indispensable de mettre en place de nombreuses collaborations. Toutefois, la complexité institutionnelle et politique belgo-bruxelloise impose d'adapter les modalités de collaboration en fonction des possibilités offertes. En d'autres termes, une approche pragmatique est indispensable afin de rendre possible la collaboration au niveau bruxellois.

Il va également de soi que le présent décret et ordonnance conjoints n'empêche aucunement la conclusion d'autres accords, asymétriques ou non, avec les entités compétentes en Région bruxelloise.

Enfin, ce présent décret et ordonnance conjoints délimite ce qui doit être fait conjointement et ce qui doit l'être séparément.

Le principe est que toutes les grandes lignes des options politiques à savoir, le principe de territorialisation, la fixation de la programmation, la délimitation des territoires, la définition des missions, les exigences en termes de gouvernance etc soient définies conjointement. Par contre, la mise en œuvre des outils de pilotage territoriaux définis dans le présent décret et ordonnance conjoints, les quartiers, les bassins et la structure d'appui à l'ambulatoire, est confiée à la Cocom.

Cela s'explique par la nécessité de désigner une seule instance chargée du suivi et du contrôle. D'un point de vue administratif, il serait en effet trop lourd de charger deux institutions distinctes de l'opérationnalisation des différents dispositifs mis en place, mais également particulièrement compliqué dès lors que chaque entité a ses pratiques et exigences de suivi administratif.

Si l'opérationnalisation est prise en charge par la Cocom, elle se fait en collaboration avec la Cocof. Cela se traduit notamment dans le cadre de la gouvernance commune instaurée par le décret et ordonnance conjoints relatifs à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois. Sur cette base, c'est l'ensemble de

Gezondheidsplan. Op basis daarvan wordt het gehele welzijns- en gezondheidsbeleid opgevolgd door instanties van zowel de GGC als de FGC, dat wil zeggen de administraties, de bevoegde ministers, de adviesorganen, enz.

De keuze om deze operationalisering toe te vertrouwen aan de GGC kan worden verantwoord door het bicommunautaire karakter ervan. De GGC is immers de enige van de twee bevoegde instanties die zorgt voor de tweetaaligheid van de te ontwikkelen betrekkingen.

Ondanks de aan de GGC toevertrouwde operationalisering blijft de FGC vrij om haar beleid uit te voeren en richtsnoeren en middelen in te voeren dankzij welke de actoren die van de FGC afhangen de beginselen kunnen volgen die in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie zijn vastgelegd.

Commentaar bij de artikelen

Artikel 1

Dit artikel behoeft geen commentaar.

Artikel 2

Dit artikel bevat verschillende definities.

Ambulante sector: onder de ambulante sector vallen alle actoren die niet behoren tot de residentiële instellingen zoals ziekenhuizen of rusthuizen. Het gaat dus om het breedste begrip dat betrekking heeft op al de actoren die in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie worden beoogd. Daaronder vallen zowel de actoren van wie de activiteit wordt geregeld in het decreet “Ambulante zorg” van de FGC of de ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid van de GGC als de actoren die niet noodzakelijkerwijs zijn erkend maar onder de bevoegdheid van die twee instellingen vallen, zoals met name de actoren die geconventioneerd met of gefinancierd worden door de GGC of de FGC zonder dat er een erkenningsregeling op hen van toepassing is. Hieronder vallen ook ambulante actoren die onder de bevoegdheid van Iriscare vallen.

De artsen-specialisten die buiten een ziekenhuis werken behoren tot de ambulante sector, maar niet tot de eerste lijn voor welzijn en gezondheid.

De door de Vlaamse en de Franse Gemeenschap erkende actoren vallen niet onder deze definitie. Tussen de betrokken entiteiten kan een protocolakkoord of een samenwerkingsakkoord worden gesloten om de noodzakelijke samenwerkingsmodaliteiten te specificeren.

De eerste lijn voor welzijn en gezondheid: de eerste lijn voor welzijn en gezondheid is een onderdeel van de

la politique social santé qui est suivi tant par les instances relevant de la Cocom que celles relevant de la Cocof, à savoir, les administrations, les ministres compétents, les instances d’avis etc.

Le choix de confier cette opérationnalisation à la Cocom se justifie par son caractère bicommunautaire. La Cocom est en effet la seule des deux institutions compétentes pour assurer le bilinguisme des différentes relations à mettre en œuvre.

Nonobstant l’opérationnalisation confiée à la Cocom, la Cocof reste libre de mettre en œuvre sa politique et d’y insérer les balises et moyens permettant aux acteurs dépendant de la Cocof de s’insérer dans les logiques définies dans le présent décret et ordonnance conjoints.

Commentaire des articles

Article 1^{er}

Cet article ne nécessite pas de commentaire.

Article 2

Cet article reprend diverses définitions.

Ambulatoire: l’ambulatoire est l’ensemble des acteurs qui ne relèvent pas d’institutions résidentielles, telles que les hôpitaux ou les maisons de repos. Il s’agit donc de la notion la plus large qui concerne tous les acteurs visés par le présent décret et ordonnance conjoints. Il recouvre aussi bien les acteurs dont l’activité est réglementée par le décret ambulatoire Cocof ou l’ordonnance première ligne Cocom que les acteurs qui ne sont pas nécessairement agréés mais tombent sous la compétence de ces deux institutions, tels notamment les acteurs conventionnés ou financés par la Cocom ou la Cocof, sans qu’un régime d’agrément leur soit applicable. Sont également visés, les acteurs ambulatoires qui relèvent de la compétence d’Iriscare.

Les médecins spécialistes qui travaillent en dehors d’un hôpital appartiennent à l’ambulatoire, mais pas à la première ligne social santé.

Cette définition n’inclut pas les acteurs agréés par la Communauté flamande et la Communauté française. Un protocole d’accord ou un accord de coopération pourront être conclus entre les entités concernées pour préciser les nécessaires modalités de collaboration.

Première ligne social santé: la première ligne social santé est une sous-partie du secteur ambulatoire dont la

ambulante sector waarvan de opdracht is om globale, geïntegreerde, ononderbroken en toegankelijke zorg te kunnen bieden die toegespitst is op de behoeften van de hulp- en zorgbehoevende persoon en die inwerkt op de welzijns- en gezondheidsdeterminanten. Met andere woorden: ook al behoren alle actoren van de eerste lijn tot de ambulante sector, maken niet alle actoren van de ambulante sector deel uit van de eerste lijn. Enkel de actoren van de ambulante sector met een generalistische aanpak en die voldoen aan de inhoud van de definitie maken deel uit van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid. Diensten die hoofdzakelijk gespecialiseerde zorg aanbieden, zoals poliklinieken of spoeddiensten, moeten dus worden uitgesloten.

Tot de actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid behoren met name de centra voor globale sociale actie, de centra voor algemeen welzijnswerk en wijkgezondheidscentra waarvan de toenadering van hun respectieve activiteiten zal worden bevorderd. Het gaat ook om huisartsen die de huisartsgeneeskunde uitoefenen, ongeacht de vorm van hun ambulante praktijk (individuele praktijk, groepspraktijk enz.) algemeen verpleegkundigen aan huis of in een praktijk, eerstelijnspsychologen, opvangpersoneel, andere zorg- of hulpberoepen waarbij geïntegreerde hulp en zorg worden geboden en met als opdracht de allesomvattende zorg voor de persoon, en de actoren van de gemeenschapsactie.

Het is duidelijk dat de verschillende actoren in de Brusselse welzijns- en gezondheidssector, en in het bijzonder wat de eerste lijn betreft, vandaag niet allemaal in dezelfde mate de geïntegreerde benadering van hulp en zorg toepassen. Dat is een doelstelling die dit gezamenlijk decreet en ordonnantie wil ondersteunen.

Bij de ontwikkeling van het welzijns- en gezondheidsbeleid van de GGC en de FGC zal rekening moeten worden gehouden met die visie, met name bij de ontwikkeling van de verschillende erkenningsstelsels.

De door de GGC en de FGC aangenomen definitie van geïntegreerde hulp en zorg legt de nadruk op het belang om de band tussen welzijns- en gezondheidsactoren te versterken en geen genoegen te nemen met een loutere zorgbenadering. In een context waarin veel Brusselaars in moeilijke sociale omstandigheden leven, kan men niet hopen hun gezondheid te verbeteren zonder rekening te houden met hun prioritaire behoeften, zoals voeding, huisvesting, het vinden van werk, gerespecteerd worden ... De definitie van geïntegreerde hulp en zorg benadrukt een brede visie op hulpverlening met het oog op de verbetering van het welzijn die verder gaat dan het luik gezondheidszorg.

De gemeenschapsactie is een benadering, een soort praktijk die perfect aansluit bij de uitvoering van de opdrachten van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid.

mission est d'offrir un service global, intégré continu accessible, centré sur les besoins de la personne en besoin d'aide et de soins et qui agit sur les déterminants sociaux et de santé. En d'autres termes, si tous les acteurs de la première ligne social santé relèvent de l'ambulatoire, tous les acteurs de l'ambulatoire ne font pas partie de la première ligne social santé. Seuls les acteurs de l'ambulatoire ayant une approche généraliste et répondant au contenu de la définition font partie de la première ligne social santé. Dès lors, celle-ci doit s'entendre à l'exclusion des services dont l'offre est principalement composée de soins spécialisés, tels que les polycliniques ou les services d'urgence.

Les acteurs de la première ligne social santé sont notamment les centres d'action sociale globale, les centres d'aide aux personnes et les maisons médicales, dont le rapprochement de leurs activités respectives sera favorisé. Il s'agit également des médecins généralistes exerçant la médecine générale, quelle que soit la forme de leur pratique ambulatoire (pratique individuelle, de groupe etc), des infirmiers généralistes à domicile ou en cabinet, des psychologues de première ligne, des accueillant.e.s, d'autres métiers du soin ou de l'aide offrant de l'aide et des soins intégrés et dont la mission permet une prise en charge de la personne dans sa globalité, ainsi que des acteurs de l'action communautaire.

Il est évident qu'aujourd'hui, les différents acteurs du social santé bruxellois, et en particulier de la première ligne, n'ont pas tous le même niveau de mise en œuvre de l'approche intégrée de l'aide et des soins. Il s'agit d'un objectif à atteindre que le présent décret et ordonnance conjoints vise à soutenir.

Le développement de la politique social santé de la Cocom et de la Cocof devra prendre en considération cette vision, notamment dans le cadre du développement des différents régimes d'agrément.

La définition d'aide et de soins intégrés, retenue par la Cocom et la Cocof, met l'accent sur l'importance de renforcer le lien entre acteurs du social et de la santé et de ne pas se contenter d'une approche du soin. Dans un contexte où de nombreux Bruxellois et Bruxelloises vivent dans une situation sociale difficile, on ne peut espérer améliorer leur santé sans prendre en compte leurs besoins prioritaires, de se nourrir, se loger, trouver un travail, être respectés... La définition d'aide et de soins intégrés met l'accent sur une vision large de l'aide en vue d'améliorer le bien-être au-delà du volet soins de santé.

L'action communautaire est une approche, un type de pratique qui s'intègre parfaitement dans la mise en œuvre des missions de la première ligne social santé.

De bevolkingsverantwoordelijkheid is een concept waarvan het doel is om een globale aanpak op een bepaald gebied te versterken. Alle welzijns- en gezondheidsactoren, in de ruime zin, die op het lokale grondgebied aanwezig zijn, moeten zich betrokken voelen bij de doelstelling om dat welzijn te verbeteren, gezien de verbintenis en de middelen die de overheid hun ter beschikking stelt. In dat opzicht delen zij een collectieve verantwoordelijkheid. Het doel is dus om de dienstverlening uit te denken en om hulp en zorg te organiseren op geïntegreerde wijze in functie van de behoeften van de gebieden en hun bevolkingen, en niet alleen naargelang van het bestaande aanbod en de geformuleerde vraag. Dit impliceert het gebruik van opsporings- en diagnosetools, de ontwikkeling van praktijken voor gezondheidsbevordering en preventie (op welzijns- en gezondheidsgebied) en het inschakelen van gemeenschapsactie.

Proportioneel universalisme: de behoeften op het gebied van welzijn en gezondheid van de bewoners van het Brussels Gewest variëren enorm in functie van hun sociaal statuut en hun gezondheidstoestand. Die behoeften verschillen sterk van gebied tot gebied, zoals het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn al heeft aangetoond. Dat in aanmerking genomen, is het noodzakelijk om meer middelen toe te kennen aan de personen en de gebieden die grotere behoeften hebben, zonder de wijken met minder onvervulde behoeften te negeren. Het proportioneel universalisme is een beginsel waarin die intentie wordt vertaald.

Inclusieve functie: de grootste concentratie van personen in België die geen toegang hebben tot het welzijns- en gezondheidssysteem bevindt zich in Brussel. De actoren van de ambulante sector hebben tot doel de inclusieve functie te implementeren om de toegang tot rechten van die personen en hun integratie in het traditionele welzijns- en gezondheidssysteem zoveel mogelijk te garanderen.

Artikel 3

In deze bepaling wordt het toepassingsgebied van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie verduidelijkt. Namelijk alle bevoegdheden op het gebied van gezondheid en Bijstand aan Personen, met uitzondering van het onthaal- en integratiebeleid voor immigranten, personen met een handicap en kinderdagverblijven. Aangezien de FGC echter niet bevoegd is voor de aangelegenheden bedoeld in artikel 3, 6° en 7°, van de bijzondere decreten van 3 en 4 april 2014, spreekt het voor zich dat die aangelegenheden, wat de FGC betreft, niet onder dit gezamenlijk decreet en ordonnantie vallen.

Met andere woorden, dit gezamenlijk decreet en ordonnantie omvat wat de GGC betreft al het beleid op het gebied van gezondheid en Bijstand aan Personen, met uitzondering van de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 (onthaal- en integratiebeleid voor immigranten, personen

La responsabilité populationnelle est un concept qui a pour vocation de renforcer une approche globale sur un territoire déterminé. L'ensemble des opérateurs socio-sanitaires, au sens large, présents sur le territoire local doivent se sentir concernés par l'objectif d'amélioration de ce bien-être, compte tenu de l'engagement et des moyens mis à leur disposition par les pouvoirs publics. À cet égard, ils partagent une responsabilité collective. L'objectif étant dès lors de penser l'action et d'organiser l'aide et les soins de façon intégrée en fonction des besoins des territoires et de leurs populations plutôt que selon la seule offre existante et la seule demande exprimée. Cela suppose l'usage d'outils de repérage et de diagnostic, le développement de pratiques de promotion de la santé et de prévention (social et santé), le recours à l'action communautaire.

Universalisme proportionné: les besoins dans le domaine du social et de la santé des personnes habitant la Région bruxelloise varient énormément en fonction du statut social, de l'état de santé des personnes. Ces besoins sont fortement territorialisés comme le montre le travail de l'Observatoire de la Santé et du Social. En prenant en considération cette donnée, il est nécessaire d'allouer plus de ressources aux personnes et aux territoires qui ont des besoins plus importants, sans pour autant ignorer les besoins des quartiers où les besoins non rencontrés sont plus réduits. L'universalisme proportionné est un principe qui traduit cette intention.

Fonction inclusive: Bruxelles connaît la concentration la plus grande en Belgique de personnes en manque d'accès au système socio-sanitaire. Les acteurs de l'ambulatoire ont pour vocation de mettre en œuvre la fonction inclusive afin de garantir autant que possible l'accès aux droits de ces personnes et leur intégration dans le système socio-sanitaire classique.

Article 3

Cette disposition précise le champ d'application du présent décret et ordonnance conjoints. À savoir, l'ensemble des compétences en matière de santé et d'aide aux personnes, à l'exception des politiques d'accueil et d'intégration des immigrés, des handicapés et des crèches. Toutefois, dès lors que la Cocof n'est pas compétente pour les matières visées à l'article 3, 6° et 7°, des décrets spéciaux des 3 et 4 avril 2014, il va de soi que, pour ce qui concerne la Cocof, ces matières ne sont pas visées par le présent décret et ordonnance conjoints.

En d'autres termes, le présent décret et ordonnance conjoints vise, pour ce qui concerne la Cocom, l'ensemble de la politique de la santé et de l'aide aux personnes, à l'exception des matières visées à l'article 5, § 1^{er}, II, 3° et 4° de la loi spéciale du 8 août 1980 (politiques d'accueil et d'intégration des immigrés, des handicapés et des crèches),

met een handicap en kinderdagverblijven), en wat de FGC betreft, al het beleid op het gebied van gezondheid en Bijstand aan Personen, met uitzondering van de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 (onthaal- en integratiebeleid voor immigranten, personen met een handicap en kinderdagverblijven) en met uitzondering van de aangelegenheden die van haar bevoegdheid zijn uitgesloten door artikel 3, 6° en 7°, van de bijzondere decreten van 3 en 4 april 2014.

Artikelen 4 en 5

De opdrachten van de actoren van de ambulante sector en van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid komen in grote lijnen overeen met de opdrachten die eerder waren vastgelegd in de ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid.

De opdrachten van de actoren van de ambulante sector zijn de opdrachten die van toepassing zijn op alle actoren die in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie worden bedoeld, waaronder de actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid. Het doel is dat die opdrachten een kwaliteitsvolle praktijkvoering en een efficiënte samenwerking tussen die verschillende actoren waarborgen.

Een van de opdrachten van de ambulante actoren is om samen te werken met de territoriale instanties van de betrokken niveaus om de doelstellingen van het GWGP te helpen bereiken.

De opdrachten van de actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid zijn specifiek. Die opdrachten stemmen overeen met de begrippen primaire hulp en zorg zoals opnieuw bevestigd in de Astana-verklaring in 2018 en zijn uitgebreid tot de sociale dimensies zoals in de aanpak die is gebaseerd op de levensdoelen wordt aanbevolen⁽¹⁾.

Artikel 6

Zoals eerder al is gezegd, is het welzijns- en gezondheidsaanbod op dit moment slechts deels op territoriale basis georganiseerd. Deze organisatie hangt echter af van verschillende initiatieven en de structurering en globale samenhang ontbreken.

Vanaf de aanneming van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie zullen de GGC en de FGC systematisch rekening moeten houden met de gebieden die zijn bepaald bij de uitoefening van hun bevoegdheden.

(1) Zie <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61> en <https://kbs-frb.be/nl/goal-oriented-care-shared-language-and-co-creative-practice-health-and-social-care>

et pour ce qui concerne la Ccof, l'ensemble de la politique de la santé et de l'aide aux personnes, à l'exception des matières visées à l'article 5, § 1^{er}, II, 3° et 4° de la loi spéciale du 8 août 1980 (politiques d'accueil et d'intégration des immigrants, des handicapés et des crèches) ainsi qu'à l'exception des matières exclues de sa compétence par l'article 3, 6° et 7°, des décrets spéciaux des 3 et 4 avril 2014.

Articles 4 et 5

Les missions des acteurs de l'ambulatoire et celles des acteurs de la première ligne social santé correspondent dans les grandes lignes aux missions précédemment définies dans l'ordonnance relative à la politique de première ligne de soins.

Les missions des acteurs de l'ambulatoire sont celles qui s'appliquent à tous les acteurs visés par le présent décret et ordonnance conjoints, y compris aux acteurs de la première ligne social santé. Ces missions ont pour vocation d'assurer une pratique de qualité et une collaboration efficace entre ces différents acteurs.

Les acteurs de l'ambulatoire ont notamment pour missions de collaborer avec les instances territoriales des niveaux concernés afin de contribuer à la réalisation des objectifs du PSSI.

Les missions des acteurs de la première ligne social santé sont plus spécifiques. Ces missions correspondent aux notions d'aide et de soins primaires comme réaffirmé dans la déclaration d'Astana en 2018 et élargies aux dimensions sociales tel que l'approche basée sur les objectifs de vie le recommande⁽¹⁾.

Article 6

Comme déjà dit précédemment, l'offre social santé n'est actuellement que partiellement organisée sur une base territoriale. Cette organisation dépend toutefois des initiatives des uns et des autres et ne connaît pas de structuration et de cohérence globale.

À partir de l'adoption du présent décret et ordonnance conjoints, la Ccom et la Ccof seront tenues de prendre systématiquement en considération les territoires définis dans le cadre de la mise en œuvre de leurs compétences.

(1) Voir <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61> et <https://kbs-frb.be/fr/goal-oriented-care-shared-language-and-co-creative-practice-health-and-social-care>

Er moet echter worden benadrukt dat de veralgemeening van de territorialisering in het welzijns- en gezondheidsbeleid in Brussel een nieuw element is. Het is niet de bedoeling om de uitvoering van dat beginsel eenzijdig en van de ene dag op de andere op te leggen. Er zal overleg plaatsvinden tussen de actoren en de bevoegde autoriteiten om samen, zoveel mogelijk rekening houdend met de bijzonderheden van elke actor, te bepalen hoe de actoren dit beleid moeten integreren. In dat verband wordt in artikel 45 voorzien in een overgangperiode van maximaal vijf jaar. Tijdens die periode zal het overleg plaatsvinden.

Met andere woorden, het overleg dat plaatsvond bij het opstellen van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie zal moeten worden herhaald wanneer het wordt uitgevoerd, om een kwalitatief hoogwaardig systeem te krijgen dat is afgestemd op de behoeften op het terrein. Het overleg zal dus een essentiële stap zijn in de goede werking van het systeem. Dit overleg kan wel niet beschouwd worden als een formeel vereiste.

Artikelen 7 en 8

De verschillende niveaus zijn de wijk, de zone en het gewest.

Zoals al vermeld, moet het subsidiariteitsbeginsel in acht worden genomen om het optreden van deze verschillende niveaus zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Op basis van dat beginsel mogen de opdrachten die overeenkomen met de verschillende niveaus alleen worden toegewezen aan het niveau dat het meest geschikt is om ze uit te voeren. Bij het organiseren van het hulp- en zorgaanbod per niveau, zoals het bepalen van de interventieniveaus van de verschillende actoren, moet het subsidiariteitsbeginsel dus een leidraad zijn om ervoor te zorgen dat elke actor op het relevante niveau optreedt om de doeltreffendheid van de organisatie van hulp en zorg te vergroten. Met andere woorden, de bepaling van het interventieniveau moet kunnen worden gerechtvaardigd op basis van het subsidiariteitsbeginsel.

Er moet ook worden benadrukt dat de individuele vrijheid behouden zal blijven in het kader van de modaliteiten van de operationalisering van de territorialiteit.

Artikel 9

De betrokken actoren moeten hun acties kaderen in een gebied en zich ervan bewust zijn dat ze op een bepaald niveau optreden. Zoals al vermeld, is er een overgangperiode voorzien om het juiste niveau te bepalen. Als gevolg van dat besef moeten zij in voorkomend geval de reikwijdte en de modaliteiten van hun optreden aanpassen om het beginsel van de bevolkingsverantwoordelijkheid toe te passen.

Il doit toutefois être souligné que la mise en œuvre, de façon globale, de la territorialisation dans la politique social santé à Bruxelles est un élément nouveau. L'intention n'est aucunement d'imposer de façon unilatérale et du jour au lendemain la mise en œuvre de ce principe. Des concertations auront lieu entre les acteurs et les autorités compétentes afin de définir ensemble, tout en prenant en compte autant que possible les particularités de chaque acteur, la manière dont les acteurs devront intégrer cette politique. À cet égard, une période transitoire de maximum cinq ans est prévue à l'article 45. C'est durant cette période que les concertations auront lieu.

En d'autres termes, le travail de concertation qui a eu lieu dans le cadre de l'élaboration du présent décret et ordonnance conjoints devra être réitéré lors de sa mise en œuvre, et ce afin d'obtenir un dispositif qualitatif et pertinent au regard des besoins du terrain. La concertation consistera dès lors en une étape essentielle du bon fonctionnement du dispositif. Cette concertation ne peut toutefois pas être considérée d'exigence formelle.

Articles 7 et 8

Les différents niveaux sont le quartier, le bassin et la région.

Comme déjà mentionné, afin d'assurer l'articulation aussi optimale que possible entre l'action de ces différents niveaux, il est impératif de prendre en considération le principe de subsidiarité. Sur la base de ce principe, les missions correspondant aux différents niveaux ne doivent être confiées qu'au niveau le plus adéquat pour les exercer. Ainsi, dans le cadre de l'organisation de l'offre d'aide et de soins par niveau, tel que la définition des niveaux d'intervention des différents acteurs, le principe de subsidiarité devra être un guide qui assure que chaque acteur agisse au niveau pertinent, et ce afin d'augmenter l'efficacité de l'organisation de l'aide et des soins. En d'autres termes, la détermination du niveau d'intervention devra pouvoir être justifiée sur la base du principe de subsidiarité.

Il doit également être souligné que la liberté individuelle restera préservée dans le cadre de la mise en place des modalités d'opérationnalisation de la territorialité.

Article 9

Les acteurs concernés doivent inscrire leurs actions au sein d'un territoire et avoir conscience que leur action s'inscrit au sein d'un niveau déterminé. Comme déjà dit, une période transitoire est prévue afin de déterminer le niveau adéquat. Cette prise de conscience a pour conséquence de devoir, le cas échéant, adapter la portée et les modalités de son action afin de mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle.

Wat betreft de noodzaak om alle zorgverleners te verplichten om in een bepaald gebied actief te zijn, moet worden benadrukt dat als het doel is om te werken aan de versterking van de synergieën tussen de verschillende betrokken actoren in een bepaald gebied, aangezien de kwaliteit en de doeltreffendheid van de verstrekte zorg afhangen van de kwaliteit van die synergie, het van essentieel belang is dat die verplichting voor alle actoren geldt. Als het territorialiteitsbeginsel namelijk alleen voor bepaalde actoren geldt, zou dat de synergie en samenhang die we nastreven aanzienlijk verzwakken. Bovendien zou het niet eerlijk zijn om sommige actoren toe te staan niet actief te zijn in een bepaald gebied, en andere niet.

Bij het bepalen van het gebied zal echter rekening worden gehouden met het subsidiariteitsbeginsel, zodat het betrokken gebied zo relevant mogelijk is en er geen onnodige beperkingen worden opgelegd.

Artikel 10

Een wijk is een ononderbroken geografische eenheid die ervoor zorgt dat het welzijns- en gezondheidsbeleid zo dicht mogelijk bij de burgers kan worden georganiseerd.

De colleges zullen de precieze afbakeningen van de wijken bepalen door zich te baseren op de sociologische kenmerken van elk gebied, rekening houdend met de gemeentelijke afbakeningen. Het Brusselse grondgebied wordt al in wijken verdeeld bij de wijkmonitoring. Hoewel dit instrument relevant blijft, houdt het onvoldoende rekening met de factoren die nodig zijn voor een betere organisatie van het welzijns- en gezondheidsbeleid, met name de gemeentelijke grenzen. Om de coherentie van de afbakening van de wijken te waarborgen, is een nieuwe afbakening nodig.

Alle welzijns- en gezondheidsactoren die in de wijk actief zijn – inclusief deze erkend en/ of gesubsidieerd door de Vlaamse Gemeenschap door de VGC of de Franse Gemeenschap – worden samengebracht om het welzijn van de bewoners te verbeteren. Om de samenhang van het aanbod te versterken, moet de wijk namelijk rekening houden met alle actoren, ook met de actoren van de VG, de VGC en de FG. Het zou immers niet relevant zijn om enerzijds te streven naar een versterking van de samenwerking tussen alle welzijns- en gezondheidsactoren en anderzijds een aanzienlijk deel van de actoren van die samenwerking uit te sluiten enkel en alleen omdat ze onder de bevoegdheid van andere entiteiten vallen, in het bijzonder wanneer die actoren graag aan dit soort samenwerking deelnemen. Vanuit het oogpunt van de verbetering van het volksgezondheidsbeleid kan een dergelijke redenering niet worden ondersteund. Aangezien de bevoegdheid van de FGC en de GGC beperkt is, kan de betrokkenheid van actoren die niet onder onze bevoegdheden vallen, echter alleen op vrijwillige basis plaatsvinden. Bijgevolg is het enkel de

En ce qui concerne la nécessité d'imposer à l'ensemble des prestataires de soins d'intervenir sur un territoire donné, il convient de souligner qu'à partir du moment où l'objectif est de travailler à un renforcement des synergies entre les différents acteurs concernés sur un territoire donné en considérant que la qualité et l'efficacité des soins prestés dépendent de la qualité de cette synergie, il est alors essentiel que cette obligation s'applique à l'ensemble des acteurs. En effet, si le principe de territorialité ne s'applique seulement qu'à certains acteurs, cela revient à affaiblir significativement la synergie et la cohérence recherchées. Par ailleurs, il ne serait pas équitable qu'il soit permis à certains acteurs de ne pas inscrire leur action sur un territoire donné alors qu'à d'autres non.

Toutefois, la détermination du territoire se fera en prenant en considération le principe de subsidiarité, de façon à ce que le territoire concerné soit le plus pertinent possible et qu'aucune restriction inutile ne soit imposée.

Article 10

Un quartier est une unité géographiquement continue qui permet d'organiser la politique social santé au plus proche des citoyens.

Les délimitations exactes des quartiers seront définies par les collèges en se basant sur les caractéristiques sociologiques de chaque territoire et en respectant les délimitations communales. La division du territoire bruxellois en quartiers a déjà été opérée par le monitoring des quartiers. Si cet outil reste pertinent, il ne prend pas suffisamment en considération les facteurs nécessaires à une meilleure organisation de la politique social santé et notamment les limites communales. Afin d'assurer la cohérence de la délimitation des quartiers, une nouvelle délimitation est nécessaire.

Tous les acteurs du social et de la santé actifs dans le quartier – y compris ceux agréés et/ou subventionnés par la Communauté flamande, par la VGC ou la Communauté française – sont réunis pour améliorer le bien-être des habitants. En effet, afin de renforcer la cohérence de l'offre, le quartier doit prendre en compte tous les acteurs, ainsi que les acteurs VG, VGC et CF. Il ne serait en effet pas pertinent d'une part, de viser à un renforcement des collaborations entre tous les acteurs social santé et d'autre part, d'exclure de ces collaborations une partie significative des acteurs uniquement par ce qu'ils relèvent de la compétence d'autres entités, en particulier dans les cas où ces acteurs sont demandeurs de participer à ce type de collaboration. Un tel raisonnement ne pourrait en effet pas être soutenu du point de vue de l'amélioration des politiques de santé publique. Toutefois, la compétence de la Cocof et de la Cocom étant limitée, l'association des acteurs ne relevant pas de nos compétences ne peut se faire que sur une base volontaire. Dès lors, l'intention est uniquement d'imposer aux quartiers social santé financés d'associer tous les

bedoeling om de gefinancierde welzijns- en gezondheidswijken te verplichten om alle actoren te betrekken, en dus om actoren uit te nodigen die door andere instanties zijn erkend en/of gefinancierd.

Artikel 11

De aan de OCMW's toevertrouwde opdrachten werden vastgelegd in het kader van de werkgroepen die plaats hebben gevonden met het oog op de voorbereiding van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie.

Ze komen ook overeen met wat werd uitgetest met de eerste projecten van lokale welzijns- en gezondheidscontracten die tijdens deze legislatuur zijn uitgevoerd en die voortbouwen op de ervaringen van de wijkprojecten voor ouderen.

Voor de uitvoering van deze opdrachten zal worden verzekerd op het niveau van de sociale coördinaties van de OCMW's.

Bij de geografische afbakening van de wijken zal zoveel mogelijk rekening worden gehouden met de sociale en gezondheidskenmerken om coherente zones af te bakenen op het grondgebied van een gemeente. Het valt echter niet uit te sluiten dat het wegens verschillende factoren noodzakelijk of onvermijdelijk zal zijn om samenwerkingsverbanden tot stand te brengen tussen de sociale coördinaties van twee of meer betrokken gemeenten in bepaalde zones, zoals het Zuidstation, het Noordstation of de Campus Pleinlaan.

Artikel 12

De lokale welzijns- en gezondheidscontracten zullen voornamelijk tot doel hebben om de operationalisering van de in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie en in de uitvoeringsbesluiten ervan vastgelegde opdrachten aan te passen aan de noden van de betrokken wijk. Er zijn immers grote verschillen wat de kenmerken van de verschillende Brusselse wijken betreft en een afstemming met de noden van de betrokken wijk zal noodzakelijk zijn.

Bij de opstelling van het contract zal rekening worden gehouden met de gewestelijke doelstellingen die door de GGC en de FGC zijn vastgesteld via de instrumenten van het GWGP. Het contract zal worden opgesteld op basis van een diagnose en een actieplan die in het begin zullen worden uitgevoerd en regelmatig zullen worden bijgewerkt.

Artikel 13

Het beleid van de verschillende lokale welzijns- en gezondheidscontracten van eenzelfde OCMW moet een zekere samenhang vertonen. Het is aan het comité voor sociale coördinatie om hiervoor te zorgen.

acteurs, et donc d'inviter les acteurs agréés et/ou financés par d'autres entités.

Article 11

Les missions confiées aux CPAS ont été définies dans le cadre des groupes de travail qui ont eu lieu afin de préparer le présent décret et ordonnance conjoints.

Elles correspondent également à ce qui a déjà été expérimenté avec les premiers projets de contrats locaux social santé mis en place dans le cadre de la présente législature et qui suivent les expériences de projets de quartier personnes âgées.

La mise en œuvre de ces missions sera assurée au niveau des coordinations sociales des CPAS.

La délimitation géographique des quartiers prendra en compte autant que possible les caractéristiques socio-sanitaires afin de délimiter des zones cohérentes à l'intérieur du territoire d'une commune. Il ne peut cependant pas être exclu qu'en raison de différents facteurs, il soit nécessaire ou indispensable de mettre en place des collaborations entre les coordinations sociales de deux ou plusieurs communes concernées par certaines zones telles que la gare du Midi, la gare du Nord ou le campus de la Plaine.

Article 12

Les contrats locaux social santé auront principalement pour vocation d'adapter l'opérationnalisation des missions définies dans le présent décret et ordonnance conjoints et dans ses arrêtés d'exécution aux besoins du quartier concerné. En effet, les caractéristiques des différents quartiers bruxellois diffèrent grandement et il sera nécessaire de s'adapter aux besoins de chaque quartier concerné.

Le contrat sera élaboré en prenant en compte d'une part les objectifs régionaux fixés par la Cocom et la Cocof à travers les outils du PSSI et d'autre part à partir d'un diagnostic et d'un plan d'action qui seront réalisés initialement et mis à jour périodiquement.

Article 13

La politique des différents contrats locaux social santé d'un même CPAS devra refléter une certaine cohérence. Il revient au comité de coordination sociale de s'en assurer.

Artikel 14

De colleges zullen de specifieke bestuursregels voor de uitvoering van lokale welzijns- en gezondheidscontracten bepalen. Het is aan het Verenigd College om het bedrag van de subsidie, evenals andere subsidievoorwaarden, de modaliteiten voor de controle ervan en voor de aanleg van een reserve vast te leggen.

Een reserve is het bedrag van een subsidie dat wordt berekend door de aanvaarde uitgaven af te trekken van het totale bedrag van de toegekende subsidie voor het jaar waarop de aanvaarde uitgaven betrekking hebben. Die reserve kan later door het betrokken OCMW worden gebruikt overeenkomstig de voorwaarden die door het Verenigd College zullen worden vastgelegd.

Artikel 15

Op basis van een voorstel van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn stellen de colleges een rangschikking op van de verschillende wijken. Met inachtnaam van het beginsel van proportioneel universalisme is het op basis van die rangschikking dat de prioriteitsvolgorde van het sluiten van de lokale welzijns- en gezondheidscontracten zal worden bepaald.

Die rangschikking zal worden opgesteld op basis van objectieve indicatoren die de gezondheidstoestand, het gebruik van gezondheidspreventie en de sociale situatie van elke wijk weerspiegelen.

Artikel 16

Hoewel het de bedoeling is om uiteindelijk een lokaal contract af te sluiten voor elke Brusselse wijk, zal het niet mogelijk zijn om met de huidige overheidsfinanciën de lokale welzijns- en gezondheidscontracten voor alle wijken te financieren. In eerste instantie zal slechts een deel van de welzijns- en gezondheidswijken worden gefinancierd. De wijken met de grootste welzijnsachterstand en de grootste gezondheidsbehoeften zullen met voorrang worden gefinancierd. In artikel 16, § 1, wordt dan ook expliciet in die mogelijkheid voorzien.

Het doel is echter om zoveel mogelijk lokale welzijns- en gezondheidscontracten te financieren. In voorkomend geval kan worden overwogen om de omvang van de opdrachten die bij dit gezamenlijk decreet en ordonnantie en de uitvoeringsbesluiten ervan aan de OCMW's worden toevertrouwd, te beperken om de financiering te verminderen en dus het aantal lokale welzijns- en gezondheidscontracten te verhogen, waarvan de opdrachten zullen worden aangepast in functie van de middelen die tot hun beschikking worden gesteld. Deze aanpak is volledig in overeenstemming met het beginsel van proportioneel universalisme, volgens hetwelk de omvang van de financieringen moet worden aangepast om ze te concentreren waar de

Article 14

Les collèges définiront les modalités de gouvernance propres à la mise en œuvre des contrats locaux social santé. Il reviendra au Collège réuni de fixer le montant de la subvention ainsi que d'autres conditions de subventions, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

Une réserve est le montant d'une subvention calculée en soustrayant les dépenses acceptées du montant total du subside alloué pour l'année à laquelle les dépenses acceptées se rapportent. Cette réserve peut être utilisée ultérieurement par le CPAS concerné dans le respect des conditions qui seront fixées par le Collège réuni.

Article 15

Sur la base d'une proposition de l'Observatoire de la Santé et du Social, les collèges établissent un classement entre les différents quartiers. En prenant en considération le principe d'universalisme proportionné, c'est sur la base de ce classement que sera déterminé l'ordre de priorité de conclusion des contrats locaux social santé.

Ce classement sera établi sur la base d'indicateurs objectifs reflétant l'état de santé, le recours à la prévention santé et la situation sociale de chaque quartier.

Article 16

Si l'objectif est d'aboutir à terme à la conclusion d'un contrat local pour chaque quartier bruxellois, les finances publiques actuelles ne permettront pas de financer des contrats locaux social santé pour tous les quartiers. Dans un premier temps, seule une partie des quartiers social santé seront financés. Les quartiers faisant état d'un niveau de défaveur sociale et de besoins sanitaires plus importants seront prioritairement financés. Dès lors, l'article 16, § 1^{er}, prévoit explicitement cette possibilité.

L'objectif est toutefois de parvenir au financement du plus grand nombre possible de contrats locaux social santé. Le cas échéant, il pourra être envisagé de diminuer l'étendue des missions confiées aux CPAS par le présent décret et ordonnance conjoints et ses arrêtés d'exécution afin de diminuer le financement et ainsi agrandir le nombre de contrats locaux social santé dont les missions sont dès lors adaptées aux moyens mis à disposition. Cette façon de procéder est tout à fait en adéquation avec le principe d'universalisme proportionné, selon lequel il y a lieu d'adapter l'ampleur des financements afin de les concentrer là où les besoins sont les plus forts, tout en tâchant, autant que possible, d'assurer un minimum de financement efficace là

behoefden het grootst zijn, waarbij zoveel mogelijk moet worden getracht een minimale effectieve financiering te garanderen waar de behoeften minder groot zijn.

Het proportioneel universalisme beperkt zich niet tot de LWGC's, maar houdt rekening met alle in een wijk beschikbare middelen. Op termijn zullen de LWGC's ook worden aangepast aan het bestaande aanbod. Dat vereist echter een beter inzicht in het aanbod op een territoriale basis. Deze opdracht hangt af van de vastlegging van de actoren op territoriaal niveau en de analyse die door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn zal worden uitgevoerd. Het gaat dus om een doelstelling op middellange termijn.

Samengevat zijn de verschillende financieringsscenario's de volgende:

- op basis van artikel 11 kan het Verenigd College alle welzijns- en gezondheidswijken financieren. Zoals al vermeld, laten de beschikbare budgetten momenteel echter niet toe dat dit scenario wordt uitgevoerd;
- op basis van artikel 16, § 1, kan slechts een deel van de welzijns- en gezondheidswijken worden gefinancierd, rekening houdend met de in artikel 15 bedoelde volgorde van prioriteit. Dat betekent dat indien het budget slechts de financiering van bijvoorbeeld 10 welzijns- en gezondheidswijken toelaat, alleen de 10 welzijns- en gezondheidswijken die bovenaan in de volgorde van prioriteit staan, mogen worden gefinancierd.

Ten slotte wordt in artikel 16, § 2, een modaliteit toegevoegd aan de in paragraaf 1 van hetzelfde artikel bedoelde mogelijkheid door het mogelijk te maken slechts een deel van de in artikel 11 bedoelde opdrachten te financieren. Dat mechanisme maakt het mogelijk om de ontwikkeling van de welzijns- en gezondheidswijken iets verder uit te breiden, in functie van de beschikbare kredieten. In paragraaf 1 wordt, zoals hierboven beschreven, namelijk voorzien in een eerste aanpassing van de ontwikkeling van de welzijns- en gezondheidswijken aan de beschikbare middelen. In paragraaf 2 wordt voorzien in het geval dat de budgetten geen aanzienlijke toename van het aantal volledig gefinancierde welzijns- en gezondheidswijken toelaten, maar dat een budget kan worden vrijgemaakt om een deel van de opdrachten voor een bepaald aantal wijken te financieren. Het kan namelijk interessanter zijn om, zelfs gedeeltelijk, 5 of 6 extra wijken te financieren in plaats van één nieuwe wijk. Dat is dan ook de bedoeling van paragraaf 2.

Artikelen 17 en 18

Net als de wijken zijn de zones ononderbroken geografische gebieden. De colleges zullen hun aantal en hun afbakening bepalen met op dit moment als doel om vijf zones te bepalen voor het Brusselse grondgebied.

où le besoin est moins fort.

Il est entendu que l'universalisme proportionné ne se limite pas aux CLSS mais prend en compte l'ensemble des moyens à disposition d'un quartier. À terme, les CLSS seront également modulés en fonction de l'offre existante. Ceci requiert cependant une meilleure connaissance de l'offre sur une base territoriale. Cette mission dépend de la définition des acteurs à un niveau territorial et de l'analyse qui en sera faite par l'Observatoire de la Santé et du Social. Il s'agit donc d'un objectif à moyen terme.

En résumé, les différents scénarios de financement sont les suivants:

- sur la base de l'article 11, le Collège réuni peut financer l'ensemble des quartiers social santé. Toutefois, comme déjà précisé, les budgets disponibles ne permettent actuellement pas de mettre en œuvre ce scénario;
- sur la base de l'article 16, § 1^{er}, uniquement une partie des quartiers social santé pourront être financés en prenant en considération l'ordre de priorisation visé à l'article 15. Cela revient à dire que si le budget ne permet de financer, par exemple, que 10 quartiers social santé, seuls les 10 quartiers social santé classés en haut de l'ordre de priorisation pourront être financés.

Enfin, l'article 16, § 2, ajoute une modalité à la possibilité visée au paragraphe 1^{er} du même article en rendant possible le financement uniquement d'une partie des missions visées à l'article 11. Ce mécanisme permet d'augmenter un peu plus le développement des quartiers social santé en fonction des crédits disponibles. En effet, un premier ajustement du développement des quartiers social santé aux moyens disponibles est prévu au paragraphe 1^{er}, comme décrit ci-dessus. Le paragraphe 2 prévoit lui le cas où les budgets ne permettent pas d'augmenter significativement le nombre de quartiers social santé financés pleinement, mais où un budget pourrait être libéré pour financer une partie des missions pour un certain nombre de quartiers. Il peut en effet être plus intéressant de financer, même partiellement, 5 ou 6 quartiers supplémentaires plutôt qu'un seul nouveau quartier. Telle est dès lors l'intention du paragraphe 2.

Articles 17 et 18

Tout comme les quartiers, les bassins sont des zones géographiquement continues. Leur nombre et leur délimitation seront déterminés par les collèges, l'objectif étant actuellement d'identifier 5 bassins pour le territoire bruxellois.

De geografische grenzen van de zones zullen de grenzen van de wijken volgen. Een wijk kan slechts tot één enkele zone behoren. Binnen de perken van de operationele realiteit van de welzijns- en gezondheidsactoren worden ook de grenzen van de gemeenten in acht genomen om de zones af te bakenen, zonder dat dat een verplichting is. Er zal rekening worden gehouden met de bestaande samenwerkingsdynamieken tussen actoren.

De zone is het niveau waarop de grote beleidslijnen worden uitgevoerd die op gewestelijk niveau zijn ontworpen wat betreft de organisatie van welzijn en gezondheid om geïntegreerde hulp en zorg te bieden. Het is de plaats waar het beginsel van bevolkingsverantwoordelijkheid in praktijk wordt gebracht.

De zone is ook het niveau van coördinatie en overleg tussen alle actoren die actief zijn in het Brussels Gewest, ongeacht de autoriteit waaronder ze ressorteren. Zoals al vermeld, met name wat de oprichting van de welzijns- en gezondheidswijken betreft, is het namelijk de bedoeling rekening te houden met alle actoren die actief zijn in het Brussels Gewest, in de wetenschap dat door middel van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie geen enkele verplichting kan worden opgelegd aan actoren die niet onder de bevoegdheid van de GGC of de FGC vallen. Bijgevolg zal de coördinatie en het overleg met de actoren die niet onder onze bevoegdheid vallen, enkel op vrijwillige basis plaatsvinden. Het is evenwel de bedoeling om van de actoren die onder onze bevoegdheid vallen te eisen dat ze de nodige stappen ondernemen om alle actoren bij het overleg en de coördinatie te betrekken.

Artikel 19

De ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector zal verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van het welzijns- en gezondheidsbeleid op het niveau van de zones. Om ervoor te zorgen dat de operationalisering van die opdrachten de behoeften van de zones in kwestie goed weerspiegelt, moet deze operationalisering echter plaatsvinden op het niveau van verschillende antennes, die in de ondersteuningsstructuur zijn geïntegreerd. Die antennes moeten de welzijns- en gezondheidsraad van de betrokken zone organiseren en rekening houden met zijn advies bij het opstellen en uitvoeren van het actieplan van elke antenne van de zone.

Wanneer wordt verwezen naar het gewest, in het bijzonder voor de doelstellingen (5), wordt verwezen naar het geografische grondgebied en niet naar de politieke verantwoordelijkheid die wordt gedragen door de gewestelijke instelling. Andere entiteiten zouden doelstellingen voor het gewest kunnen vaststellen waarmee de zones rekening zouden moeten houden.

Les limites géographiques des bassins suivent les limites des quartiers. Un quartier ne peut appartenir qu'à un seul bassin. Dans la limite des réalités opérationnelles des acteurs du social et de la santé, les limites communales sont également respectées pour délimiter les bassins sans que ce soit une obligation. Il sera tenu compte des dynamiques existantes de collaborations entre acteurs.

Le bassin est le niveau d'exécution des grandes lignes politiques dessinées au niveau régional concernant l'organisation du social et de la santé en vue d'offrir de l'aide et des soins intégrés. Il est le lieu de concrétisation et de mise en œuvre du principe de responsabilité populationnelle.

Le bassin est également le niveau de coordination et de concertation entre tous les acteurs actifs sur le territoire bruxellois, indépendamment de l'autorité dont ils dépendent. Comme déjà précisé, notamment en ce qui concerne la mise en place des quartiers social santé, l'intention est en effet de prendre en considération tous les acteurs actifs sur le territoire bruxellois, tout en sachant qu'aucune obligation ne peut être imposée aux acteurs ne relevant pas de la compétence de la Cocom ou de la Cocof par le biais du présent décret et ordonnance conjoints. Dès lors, la coordination et la concertation avec les acteurs ne relevant pas de notre compétence ne se fera que sur une base volontaire. L'intention est toutefois d'imposer aux acteurs relevant de notre compétence de faire les démarches nécessaires afin d'associer l'ensemble des acteurs à la concertation et à la coordination.

Article 19

La structure d'appui à l'ambulatoire sera chargée de mettre en œuvre la politique social santé au niveau des bassins. Cependant, afin que l'opérationnalisation de ces missions reflète bien les besoins des bassins en question, cette opérationnalisation devra se faire au niveau d'antennes distinctes, intégrées à la structure d'appui. Ces antennes devront organiser le conseil social santé du bassin concerné et prendre en compte son avis dans la rédaction et la mise en œuvre du plan d'action de chaque antenne bassin.

Lorsqu'il est fait référence à la région, en particulier pour les objectifs (5), il est fait référence au territoire géographique et pas à la responsabilité politique portée par l'institution régionale. D'autres entités pourraient fixer des objectifs pour la région qui seront pris en compte par les bassins.

Artikel 20

Binnen elk zone wordt een hulp- en zorgraad opgericht. Om zijn werking te garanderen wordt de raad ondersteund door de antenne van de betrokken zone, die onder meer tot taak heeft om de raad op te richten en te ondersteunen.

De hulp- en zorgraad is een instantie zonder rechtspersoonlijkheid die de strategische en operationele doelstellingen moet vastleggen. In de zorgraden moeten alle actoren van de zone vertegenwoordigd worden. Het zijn *in fine* de actoren die de strategische en operationele doelstellingen van de zone moeten vastleggen.

De raad is het strategisch bestuursorgaan. Zijn opdracht bestaat erin de operationele doelstellingen en het actieplan van de betrokken zone vast te stellen. Dat actieplan en die doelstellingen moeten vervolgens echter door de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector worden gevalideerd overeenkomstig haar interne regels, en er moet over worden onderhandeld in het kader van het sluiten van de in artikel 28 bedoelde overeenkomst. De ontwikkeling van het actieplan en de doelstellingen zal dus gebeuren in nauwe samenwerking met de betrokken antenne en de bevoegde instanties van de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector.

Hij heeft ook tot taak om de bevolkingsverantwoordelijkheid van de actoren van de zone te ontwikkelen en mee te werken aan de uitvoering van acties die zullen toelaten om deze doelstelling te bereiken.

Onder “actoren van de zone” verstaan we elke actor wiens opdracht bijdraagt aan de opdracht van de zone: publieke actoren zoals de gemeenten en OCMW, de verenigingssector, ongeacht de entiteit die deze erkent, en de vrije beroepen of paramedische actoren, zelfstandig of in loondienst.

Artikel 21

Net zoals voor de lokale welzijns- en gezondheidscontracten zijn de opdrachten van de antennes van de zones bepaald tijdens de werkgroepen waaraan de vertegenwoordigers van de sectoren hebben deelgenomen.

Aangezien de welzijns- en zorgzone alle welzijns- en gezondheidsactoren van de zone omvat, en zij het zijn die hun praktijken moeten aanpassen, bestaat de rol van de antenne erin hen ten dienste te staan, hen te begeleiden, om de doelstellingen van geïntegreerde hulp en zorg te verwezenlijken.

De antennes zijn onderdelen van de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector die geen rechtspersoonlijkheid hebben maar met bepaalde opdrachten worden

Article 20

Au sein de chaque bassin, un conseil d'aide et de soins est institué. Afin d'en assurer le fonctionnement, le conseil bénéficie de l'appui de l'antenne du bassin concerné qui a notamment pour mission de mettre en place et soutenir le conseil.

Le conseil d'aide et de soins est une instance sans personnalité juridique qui doit fixer des objectifs stratégiques et opérationnels. Dans les conseils de soins, tous les acteurs du bassin doivent être représentés. *In fine*, ce sont les acteurs qui doivent fixer les objectifs stratégiques et opérationnels du bassin.

Le conseil est l'instance de gouvernance stratégique. Sa mission est de définir les objectifs opérationnels et le plan d'action du bassin concerné. Toutefois, ce plan d'action et ces objectifs devront par la suite être validés par la structure d'appui à l'ambulatoire conformément aux règles internes qui lui seront applicables, pour ensuite faire l'objet de négociations dans le cadre de la conclusion de la convention visée à l'article 28. Leur élaboration se fera dès lors en étroite collaboration avec l'antenne concernée et les organes compétents de la structure d'appui à l'ambulatoire.

Il a aussi pour mission de développer la responsabilité populationnelle portée par les acteurs du bassin et d'accompagner la mise en œuvre des actions qui permettent de rencontrer cet objectif.

Par « acteurs du bassin », il est entendu tout acteur dont la mission contribue à la mission du bassin: les acteurs publics que sont les communes et CPAS; le secteur associatif, indépendamment de l'entité qui l'agrée, et les professions libérales ou acteurs paramédicaux indépendants ou salariés.

Article 21

Tout comme pour les contrats locaux social santé, les missions des antennes de bassin ont été définies dans le cadre des groupes de travail auxquels des représentants des secteurs ont participé.

Étant donné que le bassin social santé inclut l'ensemble des acteurs social santé du bassin, et que ce sont eux qui doivent transformer leurs pratiques, le rôle de l'antenne est de se mettre au service de ceux-ci, de les accompagner, pour réaliser les objectifs de l'aide et des soins intégrés.

Les antennes font partie de la structure d'appui à l'ambulatoire et n'ont pas de personnalité juridique, mais sont chargées de certaines missions. La structure d'appui à l'am-

belast. De ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector moet antennes oprichten, wat betekent dat voor elke zone een team moet worden samengesteld dat zich uitsluitend bezighoudt met het uitvoeren van de opdrachten voor de betrokken zone en dat het aanspreekpunt wordt voor de betrokken zone.

De antenne is het team van de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector dat aan de zorggraden de nodige ondersteuning biedt om de strategische en operationele doelstellingen vast te leggen (wat is realistisch, wat is de diagnostiek, ...) en uit te voeren. De antennes zullen ook praktische ondersteuning bieden (organisatie van vergaderingen, notulen opstellen, enz.).

Via de zorgraad is het dus aan de actoren om de strategische doelstellingen te bedenken en vast te leggen, maar daarvoor hebben ze ondersteuning nodig, op operationeel en intellectueel vlak. Dat is wat de antennes moeten aanbieden.

Artikelen 22 en 23

In deze artikelen wordt de manier waarop de gewestelijke actoren door de colleges zullen worden aangestuurd, bepaald.

Alle actoren van de Brusselse welzijns- en gezondheidssector dragen bij tot de geïntegreerde zorg, ook de actoren die op gewestelijk niveau actief zijn. De verschillende bestaande ondersteuningsstructuren en federaties fungeren als schakel tussen de overheden en de actoren om de doelstellingen van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie te verwezenlijken.

Artikel 24

Een van de belangrijkste gevolgen van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie is de integratie van het concept van optreden in een bepaald gebied.

De actoren zullen hun optreden moeten kaderen binnen een gebied. In de eventueel toegekende erkenningen aan die actoren zal daarom het gebied waarvoor een actor erkend is, moeten worden vermeld.

Eenzijds voeren echter niet alle actoren momenteel hun activiteiten uit in een bepaald gebied en anderzijds voeren sommige actoren hun acties uit in een bepaald gebied zonder dat dat gebied overeenkomt met de gebieden die door de colleges zullen worden bepaald.

Een zekere aanpassingsperiode is ongetwijfeld noodzakelijk.

bulatoire doit mettre en place des antennes, c'est-à-dire constituer pour chaque bassin une équipe qui se consacre uniquement à l'exécution des missions du bassin concerné et qui devient le point de contact du bassin concerné.

L'antenne est l'équipe de la structure d'appui à l'ambulatoire qui fournit le soutien nécessaire aux conseils de soins pour fixer les objectifs stratégiques et opérationnels (ce qui est réaliste, quels sont les diagnostics, etc.) et les mettre en œuvre. Les antennes apporteront également un soutien pratique (organisation des réunions, rédaction des procès-verbaux, etc.).

Ainsi, par le biais du conseil de soins, il revient aux acteurs d'imaginer et de fixer les objectifs stratégiques, mais pour cela ils ont besoin d'un soutien opérationnel et intellectuel. C'est ce que les antennes ont à offrir.

Articles 22 et 23

Ces articles définissent la façon dont les acteurs régionaux seront pilotés par les collèges.

Tous les acteurs du social santé bruxellois contribuent aux soins intégrés, y compris ceux qui agissent au niveau régional. Les différentes structures d'appui et fédérations existantes sont les relais entre les autorités et les acteurs en vue de réaliser les objectifs du présent décret et ordonnance conjoints.

Article 24

Un des impacts majeurs du présent décret et ordonnance conjoints est l'intégration de la notion d'action sur un territoire déterminé.

Les acteurs devront intégrer leurs actions au sein d'un territoire. Les éventuels agréments octroyés à ces acteurs devront dès lors mentionner le territoire pour lequel un acteur est agréé.

Toutefois, d'une part, tous les acteurs n'exercent actuellement pas leurs activités sur un territoire déterminé et d'autre part, certains acteurs inscrivent leurs actions sur un territoire déterminé sans que ce territoire corresponde aux territoires qui seront déterminées par les collèges.

Une certaine période d'adaptation est indéniablement nécessaire.

Daarom wordt in geen geval in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie een bepaald gebied opgelegd aan de actoren.

De bepaling van het interventiegebied van een actor van de ambulante sector zal in overleg met de bevoegde overheden, de FGC en de GGC en de actoren zelf moeten gebeuren. De adviezen van de administraties, de studien en ondersteuningsdiensten en de instanties van de zones zullen in aanmerking worden genomen.

Met andere woorden is de bedoeling van het eerste lid van dit artikel om de keuze van een gebied in het kader van de toekenning van een erkenning op te leggen, maar de “keuze” van dat gebied zal moeten gebeuren op basis van overleg met de verschillende bevoegde actoren.

In artikel 45 wordt voorzien in een door de colleges vast te leggen termijn voor de uitvoering van deze bepaling.

Pas wanneer het territorialiteitsstelsel voor een bepaalde groep actoren een zekere stabiliteit zal bereiken, zullen de colleges in voorkomend geval bij besluit het interventieniveau voor een of meer bepaalde sectoren kunnen bepalen.

Het concrete juridische gevolg van dit systeem is dat de actoren zullen worden erkend en/of gefinancierd om hun activiteiten in een bepaald gebied uit te voeren. De naleving van het bepaalde gebied zal dan ook een voorwaarde voor erkenning en/of subsidie zijn. Als niet aan die voorwaarde wordt voldaan, moeten passende consequenties worden getrokken, in overeenstemming met de betrokken mechanismen voor erkenning en subsidiëring. De territoriale verankering zal echter geen invloed hebben op de keuzevrijheid van patiënten.

Artikel 25

In dit artikel wordt een deel van de opdrachten van de huidige ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn opgenomen, maar aangepast aan de bestaande behoeften.

Dat vloeit voort uit de wens om het aantal op gewestelijk niveau optredende structuren te beperken en de coherentie van het optreden van die structuren te vergroten. Het zou immers geen enkele zin hebben om op het Brusselse grondgebied per bevoegde entiteit een ondersteuningsstructuur te hebben, aangezien die structuur als opdracht heeft de organisatie en de coherentie van de sector van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid te versterken. Het rechtstreekse gevolg van de vermeerdering van het aantal ondersteuningsstructuren zou immers de vermindering van de nagestreefde coherentie zijn.

Het is echter geenszins de bedoeling om de rol van ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector enkel te

C'est pourquoi le présent décret et ordonnance conjoints n'impose aucunement aux acteurs un territoire déterminé.

La détermination du territoire d'intervention d'un acteur de l'ambulatoire devra se faire en concertation entre les autorités compétentes, la Cocof et la Cocom et les acteurs eux-mêmes. L'avis des administrations, des services d'étude et de soutien, les instances des bassins seront pris en compte.

En d'autres termes, l'intention de l'alinéa premier du présent article est bien d'imposer le choix d'un territoire dans le cadre de l'octroi d'un agrément, mais le «choix» de ce territoire devra se faire sur la base d'une concertation avec les différents acteurs compétents.

L'article 45 prévoit un délai à fixer par les collèges pour la mise en œuvre de cette disposition.

C'est uniquement une fois que le dispositif de territorialité connaîtra une certaine stabilité pour un groupe d'acteurs déterminé que les collèges pourront le cas échéant déterminer par arrêté le niveau d'intervention d'un ou de plusieurs secteurs déterminés.

La conséquence juridique concrète du présent dispositif est que les acteurs seront agréés et/ou financés afin d'exercer leurs activités sur un territoire donné. Le respect du territoire donné constituera dès lors une condition d'agrément et/ou de subventionnement. Dans le cas où cette condition viendrait à ne pas être respectée, les conséquences propres à ce non-respect devront être tirées et ce, en fonction de ce que prévoient les mécanismes d'agrément et de subventionnement concernés. Toutefois, l'ancrage territorial n'aura pas d'impact sur la liberté de choix des patients.

Article 25

Cet article reprend en partie les missions de l'actuelle structure d'appui à la première ligne, mais adaptée en fonction des besoins existants.

Cela résulte d'une volonté de limiter le nombre de structures agissant au niveau régional et ainsi d'augmenter la cohérence de l'action de ces structures. Il ne ferait en effet aucun sens d'avoir une structure d'appui par entité compétente sur le territoire bruxellois, dès lors que cette structure a pour mission de renforcer l'organisation et la cohérence du secteur de la première ligne social santé. En effet, multiplier le nombre de structures d'appui aurait directement pour effet de diminuer la cohérence recherchée.

Toutefois, l'intention n'est aucunement de limiter le rôle de la structure d'appui à l'ambulatoire aux seuls acteurs

beperkten tot de GGC- en FGC-actoren. Zoals hierboven al is gepreciseerd, lopen er ook besprekingen met de Vlaamse Gemeenschap om het eerstelijnsbeleid te harmoniseren en te coördineren. De huidige ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn heeft op dit moment regelmatig contact met verschillende actoren van de Franse en de Vlaamse Gemeenschap. Het gaat in het bijzonder om de eerstelijnsstructuur die door de Vlaamse Gemeenschap is aangeduid.

Die ondersteuning gebeurt op vrijwillige basis en voor zover de opdrachten van de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector erop gericht zijn de coherentie van alle welzijns- en gezondheidsactoren in het Brusselse Gewest te verbeteren, ongeacht de toezichtsbevoegdheid van elk van die actoren.

De opdrachten van de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector worden uitgevoerd binnen de grenzen van de beschikbare middelen.

De opdracht om de toegang tot diensten te vergemakkelijken wordt uitgevoerd door actoren met een inclusieve functie en eerstelijnsactoren te begeleiden bij het identificeren van belemmeringen voor toegang en het zoeken naar oplossingen om burgers in staat te stellen gebruik te maken van hun rechten.

Artikel 26

In dit artikel wordt voorzien in de erkenning van een ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector voor de uitvoering van opdrachten ter ondersteuning van de eerste lijn en opdrachten op het niveau van de zones, met name via de antennes.

Artikelen 27 en 28

Het algemene kader wordt gezamenlijk vastgelegd door de colleges en de operationalisering valt onder de verantwoordelijkheid van de GGC. In de overeenkomst met de ondersteuningsstructuur moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen de opdrachten op het niveau van de zones en de opdrachten op gewestelijk niveau, zoals bedoeld in artikel 25.

De middelen die ter beschikking worden gesteld van de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector voor de begeleiding van de zones moeten worden aangewend op basis van het proportioneel universalisme. De criteria voor het proportioneel universalisme zullen in het besluit worden gespecificeerd. De naleving van dat beginsel zal worden uiteengezet in de overeenkomst die met de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector wordt gesloten en in het jaarverslag en zal worden beoordeeld door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn als onderdeel van zijn bredere opdracht om de afstemming tussen aanbod en behoeften te beoordelen.

Cocom et Cocof. Comme déjà précisé plus haut, il existe également des discussions avec la Communauté flamande afin d'harmoniser et de coordonner la politique de la première ligne. L'actuelle structure d'appui à la première ligne est actuellement régulièrement en contact avec divers acteurs relevant tant de la Communauté française que de la Communauté flamande. Il s'agit en particulier de la structure de première ligne désignée par la Communauté flamande.

Cet appui se fait sur base volontaire et dans la mesure où les missions de la structure d'appui à l'ambulatoire visent à améliorer la cohérence de l'ensemble des acteurs du social santé en Région bruxelloise, indépendamment du pouvoir de tutelle de chacun de ces acteurs.

Les missions de la structure d'appui à l'ambulatoire sont exercées dans la limite des moyens disponibles.

La mission de faciliter l'accès aux services s'exerce par l'accompagnement des acteurs de la fonction inclusive et de la première ligne pour identifier les barrières à l'accès et chercher des solutions permettant aux citoyens le recours aux droits.

Article 26

Cet article prévoit l'agrément d'une structure d'appui à l'ambulatoire pour exercer les missions d'appui à la première ligne et les missions exercées au niveau des bassins, notamment par le biais des antennes.

Articles 27 et 28

Le cadre général est fixé par les collèges conjointement et l'opérationnalisation est prise en charge par la Cocom. La convention conclue avec la structure d'appui devra bien faire la distinction entre les missions exercées au niveau des bassins et celles exercées au niveau régional visées à l'article 25.

Les moyens mis à disposition de la structure d'appui à l'ambulatoire pour l'accompagnement des bassins devront être utilisés sur la base de l'universalisme proportionné. Les critères régissant l'universalisme proportionné seront précisés dans l'arrêté. Le respect de ce principe sera précisé dans la convention passée avec la structure d'appui à l'ambulatoire et dans le rapport annuel, et sera évalué par l'Observatoire de la Santé et du Social dans le cadre plus large de ses missions d'évaluation de l'adéquation entre l'offre et les besoins.

Artikel 29

De colleges kunnen de gezamenlijke programmatie bepalen. Die programmatie zal de verschillende programmaties op het niveau van de FGC en de GGC vervangen.

Ze zal gebaseerd zijn op het beginsel van proportioneel universalisme.

Ze zal gebaseerd zijn op de in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie vastgelegde gebieden, het actieniveau van de actoren en de diagnose van het aanbod en de behoeften.

Voor actoren die niet onder dit gezamenlijk decreet en ordonnantie vallen, moeten overeenkomsten worden gesloten met de bevoegde overheden wanneer de programmatie wordt ingevoerd, om rekening te houden met alle actoren die actief zijn in het Brussels Gewest. Vanuit het oogpunt van volksgezondheid is het zeer wenselijk en raadzaam om rekening te houden met alle actoren in een bepaald gebied.

Artikelen 30 tot en met 34

Met deze bepalingen wordt de wijziging beoogd van de ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid op basis van de inhoud van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie.

Deze wijzigingen kunnen in twee delen worden opgedeeld.

Het eerste deel bestaat uit de verplaatsing van de definities en opdrachten met betrekking tot de eerste lijn in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie.

Een van de voornaamste doelstellingen van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie is immers om de algemene definities en de opdrachten waarin de beleidsvisie op het gebied van welzijn en gezondheid wordt weerspiegeld, gemeenschappelijk te maken voor de FGC en de GGC.

Om die keuze ten uitvoer te leggen, moesten de definities en opdrachten die specifiek betrekking hadden op de GGC worden geschrapt.

Wat de FGC betreft, zal het decreet “Ambulante zorg” worden gewijzigd door een afzonderlijk decreet.

Het tweede deel heeft betrekking op de uitbreiding van het toepassingsgebied van de ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid tot het beleid inzake Bijstand aan Personen. De bepalingen die het toepassingsgebied van die ordonnantie beperken, worden dus opgeheven.

Article 29

Une programmation conjointe pourra être déterminée par les collèges. Cette programmation remplacera les programmations distinctes au niveau de la Cocof et de la Cocom.

Elle s’appuiera sur le principe d’universalisme proportionné.

Elle s’appuiera sur les territoires définis dans le présent décret et ordonnance conjoints, le niveau d’action des acteurs et les diagnostics d’offres et de besoins.

En ce qui concerne les acteurs qui ne sont pas visés par le présent décret et ordonnance conjoints, des accords devront être conclus avec les autorités compétentes lors de la mise en place de la programmation, et ce afin de prendre en compte l’ensemble des acteurs actifs en Région bruxelloise. Du point de vue de la santé publique, la prise en considération de l’ensemble des acteurs sur un territoire donné est très fortement souhaitable et recommandée.

Articles 30 à 34

Ces dispositions visent à adapter l’ordonnance relative à la politique de la première ligne en fonction du contenu du présent décret et ordonnance conjoints.

Ces adaptations peuvent être déclinées en deux parties.

La première partie est le déplacement des définitions et missions relatives à la première ligne au sein du présent décret et ordonnance conjoints.

En effet, l’un des objectifs principaux du présent décret et ordonnance conjoints est de rendre communes à la Cocof et à la Cocom les définitions générales et les missions traduisant la vision politique social santé.

Afin de mettre en œuvre ce choix, il convenait dès lors de supprimer les définitions et missions spécifiques à la Cocom.

En ce qui concerne la Cocof, le décret ambulatoire sera modifié par un décret distinct.

Le second élément est l’élargissement du champ d’application de l’ordonnance relative à la politique de la première ligne de soins à la politique de l’aide aux personnes. Les dispositions limitant le champ d’application de cette ordonnance sont dès lors abrogées.

Artikelen 35 tot 37

In deze artikelen worden de rol en de opdrachten van de geïntegreerde welzijns- en gezondheidscentra bepaald.

Die centra maken deel uit van de beleidsvisie zoals die bepaald is in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie, dat wil zeggen een geïntegreerde en ontschotte benadering van welzijn en gezondheid, die multidisciplinair en persoonsgericht is.

Artikel 38

De opdrachten bedoeld in artikel 37 zijn de basisopdrachten van de GWGC.

Indien de GWGC het willen, kunnen ze een bijkomende opdracht tot stand brengen. In dat geval kunnen zij een bijkomende financiering toegekend krijgen.

Artikel 39

Net zoals dat het geval is voor de bijkomende inclusieve functie die in artikel 38 wordt beoogd, kunnen de GWGC ook samenwerkingsverbanden ontwikkelen met bepaalde instanties. In voorkomend geval kan de invoering van die partnerschappen het voorwerp uitmaken van een financiering.

Artikel 40

De huidige politieke wil is om de oprichting van GWGC te vergemakkelijken om de ontwikkeling ervan te waarborgen. De oprichting van dat soort structuren is echter niet altijd eenvoudig. Daarom kan begeleiding nodig zijn bij de oprichting van een GWGC waarvan de modaliteiten door het Verenigd College zullen worden georganiseerd.

Artikel 41

Een GWGC kan kiezen tussen drie juridische constructies.

Een GWGC kan ofwel een entiteit zijn waarvan het enige doel is om de opdrachten van een GWGC uit te voeren.

Ofwel kan een GWGC een entiteit zijn die een partnerschap ontwikkelt tussen verschillende structuren die samen voldoen aan de erkenningsvoorwaarden. Tot die structuren behoren bijvoorbeeld een wijkgezondheidscentrum en een centrum voor bijstand aan personen.

Ofwel kan een GWGC een entiteit zijn die is erkend voor verschillende soorten diensten waarvan minstens een deel ervan voldoet aan de erkenningsvoorwaarden. In dat geval zou de betrokken entiteit haar bestaande erkenningen

Articles 35 à 37

Ces articles fixent le rôle et les missions des centres social santé intégrés.

Ces centres s'inscrivent dans la vision politique telle que définie dans le présent décret et ordonnance conjoints, à savoir, une approche intégrée et décloisonnée social santé, multidisciplinaire et centrée sur les personnes.

Article 38

Les missions visées à l'article 37 sont les missions de base des CSSI.

Dans le cas où ils le souhaitent, les CSSI pourront développer une mission complémentaire. Dans ce cas, un financement complémentaire pourra leur être octroyé.

Article 39

Tout comme pour la fonction inclusive complémentaire visée à l'article 38, les CSSI pourront également développer des partenariats avec certaines institutions. Le cas échéant, la mise en place de ces partenariats pourra faire l'objet d'un financement.

Article 40

La volonté politique actuelle est de faciliter l'installation des CSSI afin d'en assurer le développement. La mise en place de ce type de structure n'est toutefois pas toujours aisée. Dès lors, la mise en place d'un CSSI peut nécessiter un accompagnement dont les modalités seront organisées par le Collège réuni.

Article 41

Un CSSI pourra choisir entre trois constructions juridiques.

Soit le CSSI est une entité qui a pour seul objet d'exercer les missions d'un CSSI.

Soit le CSSI est une entité qui établit un partenariat entre différentes structures qui ensemble répondent aux conditions d'agrément. Ces structures pourraient par exemple être une maison médicale et un centre d'aide aux personnes.

Soit le CSSI est une entité qui est agréée pour différents types de services dont au moins une partie répond aux conditions d'agrément. Dans un tel cas, l'entité concernée conserverait ses agréments existants. Il convient de

behouden. Er moet worden benadrukt dat een entiteit die voldoet aan die eisen de keuze zou hebben tussen deze optie en de eerste optie. Ofwel wenst ze de bestaande erkenningen te behouden en kiest ze voor de derde optie, ofwel ziet ze af van de bestaande erkenningen en kiest ze ervoor enkel erkend te zijn voor de activiteit van GWGC.

Artikel 42

Het GWGC zal moeten beschikken over een multidisciplinair team waarmee het zal kunnen voldoen aan de erkenningsvoorwaarden.

Artikel 45

Zoals hierboven al vermeld, bestaat de eerste fase van de uitvoering van de territoriale organisatie van de welzijns- en gezondheidssector in het bepalen van het actiegebied van de verschillende door de GGC of FGC gefinancierde en/of erkende ambulante actoren. Om rekening te houden met de bijzonderheden van alle betrokken actoren en om het nodige overleg tot stand te brengen, zullen de betrokken actoren hiervoor over een door de colleges te bepalen termijn beschikken.

De Leden van het Verenigd College bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

Elke VAN den BRANDT
Alain MARON

souligner qu'une entité qui répond à ces exigences aurait le choix entre la présente option et la première. En effet, soit elle souhaite conserver les agréments existants et opte pour la troisième option, soit elle renonce aux agréments existants et choisit d'être agréée pour la seule activité de CSSI.

Article 42

Le CSSI devra disposer d'une équipe pluridisciplinaire qui lui permettra de répondre aux conditions d'agrément.

Article 45

Comme déjà dit ci-dessus, la première étape relative à la mise en œuvre de l'organisation territoriale du secteur social santé consiste à inscrire le territoire d'action des différents acteurs de l'ambulatoire financés et ou agréés par la Cocom ou la Cocof. Afin de prendre en compte les particularités de tous les acteurs concernés et de mettre en place les concertations nécessaires à cette fin, les acteurs concernés bénéficieront d'un délai, à déterminer par les collèges pour y procéder.

Les Membres du Collège réuni en charge de l'Action sociale et de la Santé,

Elke VAN den BRANDT
Alain MARON

**VOORONTWERP VAN ORDONNANTIE
ONDERWORPEN AAN HET ADVIES
VAN DE RAAD VAN STATE**

**VOORONTWERP VAN GEZAMENLIJK
DECREET EN ORDONNANTIE**

**van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
en van de Franse Gemeenschapscommissie
betreffende de organisatie van de ambulante
sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid
in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad**

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en het College van de Franse Gemeenschapscommissie,

Op voordracht van de leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de leden van het College van de Franse Gemeenschapscommissie, bevoegd voor het beleid inzake Gezondheid en Bijstand aan Personen,

Na beraadslaging,

BESLUIT:

De Leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de leden van het college van de Franse Gemeenschapscommissie bevoegd voor het beleid inzake Gezondheid en Bijstand aan Personen zijn gelast, in naam van het Verenigd College, bij de Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en, in naam van het College, bij de Vergadering van de Franse Gemeenschapscommissie het ontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie in te dienen waarvan de tekst volgt:

**HOOFDSTUK 1
Algemene bepalingen**

Artikel 1

Dit gezamenlijk decreet en ordonnantie regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 128, 135 en 138 van de Grondwet.

Artikel 2

Voor de toepassing van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie wordt verstaan onder:

- 1° colleges: het college van de Franse Gemeenschapscommissie en het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie;
- 2° comité voor sociale coördinatie: het comité bedoeld in artikel 62 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;
- 3° ambulante sector: alle actoren die actief zijn op het gebied van welzijn en gezondheid, met uitzondering van de residentiële en ziekenhuissector;
- 4° eerste lijn voor welzijn en gezondheid: alle actoren die het dichtst mogelijk bij de leefomgeving van personen sociale diensten,

**AVANT-PROJET D'ORDONNANCE
SOU MIS À L'AVIS
DU CONSEIL D'ÉTAT**

**AVANT-PROJET DE DÉCRET
ET ORDONNANCE CONJOINTS**

**de la Commission communautaire commune
et de la Commission communautaire française
relatif à l'organisation de l'ambulatorie
et de la première ligne social santé dans la
région bilingue de Bruxelles-Capitale**

Le Collège réuni de la Commission communautaire commune et le Collège de la Commission communautaire française,

Sur la proposition des Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune et des Membres du Collège de la Commission communautaire française, compétents pour la politique de la santé et de l'aide aux personnes,

Après délibération,

ARRÊTE :

Les Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune et les Membres du Collège de la Commission communautaire française, compétents pour la politique de la santé et de l'aide aux personnes, sont chargés de présenter, au nom du Collège réuni, à l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune et, au nom du Collège, à l'Assemblée de la Commission communautaire française le projet de décret et ordonnance conjoints dont la teneur suit:

**CHAPITRE 1^{ER}
Dispositions générales**

Article 1^{er}

Le présent décret et ordonnance conjoints règle une matière visée à l'article 128, 135 et 138 de la Constitution.

Article 2

Pour l'application du présent décret et ordonnance conjoints, il faut entendre par:

- 1° collèges: le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune;
- 2° Comité de coordination sociale: le comité visé à l'article 62 de la loi organique du 8 juillet 1976 des centres publics d'action sociale;
- 3° ambulatorie: ensemble des acteurs actifs dans le domaine du social et de la santé, à l'exception du secteur résidentiel et hospitalier;
- 4° première ligne social santé: ensemble des acteurs qui au plus proche des milieux de vie des personnes offrent, favorisent ou soutiennent

geïntegreerde hulp en zorg bieden, bevorderen of ondersteunen die op een holistische manier een antwoord bieden op het merendeel van de problemen die personen ondervinden op het gebied van gezondheid en welzijn of ze voorkomen. Ze zorgt voor de continuïteit en coördinatie van de verzorging van personen in hun leefomgeving, ook in complexe situaties waarbij zorgverleners intensief moeten samenwerken. De eerste lijn op het gebied van welzijn en gezondheid omvat de Bijstand aan Personen, sociale diensten, preventie, diagnose, zorg, revalidatie, palliatieve en continue zorg. Ze maakt gebruik van geïntegreerde en op personen gerichte werkwijzen. Ze zorgt ervoor dat haar diensten voor iedere doelgroep toegankelijk zijn. Ze is een integraal onderdeel van de ambulante sector;

- 5° geïntegreerde hulp en zorg: aanpak die ervoor zorgt dat iedereen toegang heeft tot kwaliteitsvolle diensten voor hulpverlening en zorg, die in samenwerking tot stand komen op een manier die het hele leven lang aan ieders behoeften beantwoordt en met ieders voorkeuren rekening houdt;
- 6° gemeenschapsactie: uitgaande van de actiekraft van de bevolking is de gemeenschapsactie een aanpak die erop gericht is met en voor de betrokken personen collectieve antwoorden op collectieve problemen uit te werken en te ontwikkelen in een perspectief van sociale verandering, verbetering van gezondheidsdeterminanten, bestrijding van isolement en mechanismen van sociale en culturele uitsluiting;

Dit uit te voeren progressieve analyse- en actieproces is gebaseerd op de effectieve deelname van de betrokken personen en hun synergie met de welzijns- en gezondheidsprofessionals, de lokale actoren en de hulpbronnen van het grondgebied;

- 7° bevolkingsverantwoordelijkheid: collectieve verantwoordelijkheid, hetgeen inhoudt dat de actoren van de ambulante sector moeten samenwerken en streven naar de verbetering van het welzijn van de bewoners van een bepaald gebied, met inbegrip van het welzijn van de personen die de rechten waarop ze aanspraak kunnen maken niet gebruiken, rekening houdend met de middelen die ter beschikking worden gesteld door de overheden;
- 8° proportioneel universalisme: het beginsel op grond waarvan toegang tot dezelfde diensten wordt verleend aan de gehele bevolking, maar met een omvang en intensiteit die in verhouding staan tot de mate van de welzijns- of gezondheidsachterstand;
- 9° inclusieve functie: functie die door de actoren van de ambulante sector wordt vervuld om de integratie van kwetsbare doelgroepen in het welzijns- en gezondheidssysteem mogelijk te maken door te zorgen voor en toe te stappen naar de personen die geen toegang hebben tot de zorg, hun behoeften op te vangen en hen te helpen toegang te krijgen tot het traditionele zorgsysteem, ongeacht de reden(en) waarom ze geen toegang hebben.

Artikel 3

Dit gezamenlijk decreet en ordonnantie is van toepassing op de actoren die vallen onder het beleid inzake Gezondheid en Bijstand aan Personen bedoeld in artikel 5, § 1, I en II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, met uitzondering van de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4°, van dezelfde bijzondere wet en aangelegenheden met betrekking tot crèches.

HOOFDSTUK 2 Ondrachten

Artikel 4

In het kader van een geïntegreerde welzijns- en gezondheidsbenadering, hebben de actoren van de ambulante sector als opdracht:

- 1° professionele begeleiding op welzijns- en gezondheidsgebied te bieden die toegespitst is op het individu en zijn/haar prioriteiten;

de l'action sociale, de l'aide et des soins intégrés qui préviennent ou répondent de manière holistique à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du social. Elle assure la continuité et la coordination de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie, en ce compris les situations complexes où une collaboration intense entre les prestataires est nécessaire. La première ligne sociale et de santé joue un rôle dans l'aide aux personnes, l'action sociale, la prévention, le diagnostic, le soin, la revalidation et les soins palliatifs et continués. Elle adopte des méthodes de travail intégrées et centrées sur les personnes. Elle s'assure de rendre ses services accessibles à tous les publics. Elle est partie intégrante de l'ambulatoire;

- 5° aide et soins intégrés: approche qui permet à toutes les personnes d'accéder à des services de l'aide et des soins de qualité, qui sont coproduits d'une façon qui répond à leurs besoins tout au long de leur vie et qui respecte leurs préférences;
- 6° action communautaire: En se basant sur le pouvoir d'agir des populations, l'action communautaire est une approche qui vise à élaborer et développer, avec et pour les personnes concernées, des réponses collectives à des problématiques collectives dans une perspective de changement social, d'amélioration des déterminants de la santé, de lutte contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle;

Ce processus progressif d'analyse et d'action à mettre en œuvre repose sur la participation effective des personnes concernées et leur mise en synergie avec des professionnels du social et de la santé, des acteurs locaux et des ressources du territoire;

- 7° responsabilité populationnelle: responsabilité collective qui implique chez les acteurs de l'ambulatoire la nécessité de collaborer et de viser à l'amélioration du bien-être des résidents sur un territoire donné, y compris celui des personnes en situation de non recours aux droits auxquels ces personnes peuvent prétendre, compte tenu des moyens mis à leur disposition par les pouvoirs publics;
- 8° universalisme proportionné: principe en vertu duquel, un accès aux mêmes services est offert à l'ensemble de la population, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale ou sanitaire;
- 9° fonction inclusive: fonction mise en œuvre par les acteurs de l'ambulatoire afin de rendre possible l'intégration des publics fragiles dans le système socio-sanitaire en prenant en charge, y compris en allant à leur rencontre, les personnes qui n'ont pas accès aux soins, leurs besoins, et en les aidant à accéder au système de soins classique quelle(s) que soi(en)t la ou les raisons de leur manque d'accès.

Article 3

Le présent décret et ordonnance conjoint s'applique aux acteurs relevant de la politique de la santé et de l'aide aux personnes visées à l'article 5, § 1^{er}, I et II, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles à l'exception des matières visées à l'article 5 § 1^{er}, II, 3° et 4°, de la même loi spéciale et des matières relatives aux crèches.

CHAPITRE 2 Missions

Article 4

Dans le cadre d'une approche social santé intégrée, les acteurs de l'ambulatoire ont pour mission de:

- 1° offrir un accompagnement professionnel social santé centré sur la personne et ses priorités;

- 2° samen te werken met de territoriale instanties die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de geïntegreerde welzijns- en gezondheidsbenadering die overeenkomt met hun niveau(s) van tussenkomst (de wijk, de zone en het gewest) met het oog op de verwezenlijking van de doelstellingen van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan;
- 3° samen te werken met elkaar en met de residentiële instellingen om de verzorging en de continuïteit van de hulp en zorg van de begunstigen te verbeteren;
- 4° kwaliteitsvolle, veilige, toegankelijke en ononderbroken hulp en zorg te bieden;
- 5° bij te dragen tot de registratie en uitwisseling van gegevens om de continuïteit en kwaliteit voor hulp- en zorgverlening te waarborgen;
- 6° te werken aan de toegang tot de rechten van personen om het niet-gebruik van de rechten waarop die personen aanspraak kunnen maken te bestrijden en de inclusieve functie te waarborgen.

Artikel 5

Daarnaast hebben actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid als opdracht:

- 1° de diensten zodanig te organiseren dat ze toegankelijk zijn;
- 2° personen te begeleiden, door te verwijzen, te verzorgen en op te volgen doorheen het volledige hulp- en zorgsysteem;
- 3° bij te dragen tot de verbetering, het behoud of het herstel van het welzijn van de bevolking dat zich in hun referentiegebied bevindt op het gebied van welzijn en gezondheid, onder meer door gemeenschapsacties;
- 4° personen die hulp- en zorgbehoevend zijn te ondersteunen in hun zelfredzaamheid, alsook hun familie en mantelzorgers te ondersteunen;
- 5° een lokale samenwerking uit te bouwen tussen hen, zodat men geïntegreerde, op de persoon toegespitste verzorging kan bieden vanuit een buurtwerkbenadering;
- 6° rekening te houden met alle noden van de inwoners van het gebied op het vlak van welzijn en gezondheid.

HOOFDSTUK 3 Territorialisering

Afdeling I – Algemene bepalingen

Artikel 6

Het aanbod van de ambulante sector is op territoriale basis georganiseerd.

Artikel 7

Het grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wordt in het kader van de uitvoering van het hulp- en zorgbeleid in drie niveaus opgedeeld:

- 1° de welzijns- en gezondheidswijken;
- 2° de hulp- en zorgzones;
- 3° het gewest.

Artikel 8

Het subsidiariteitsbeginsel wordt in de acties van elk niveau nageleefd.

- 2° collaborer avec les «instances territoriales en charge de la mise en œuvre de l'approche intégrée social santé qui correspond à leur(s) niveau(x) d'intervention, le quartier, le bassin et la région en vue de réaliser les objectifs du plan social santé intégré;
- 3° collaborer entre eux et avec les institutions résidentielles afin d'améliorer la prise en charge et la continuité de l'aide et des soins des bénéficiaires;
- 4° offrir de l'aide et des soins de qualité, sûrs, accessibles et continus;
- 5° contribuer à l'enregistrement des données et à l'échange des données en utilisant de préférence les outils numériques afin d'assurer la continuité et la qualité de l'aide et des soins;
- 6° œuvrer à l'accès aux droits des personnes afin de lutter contre le non-recours aux droits auxquels ces personnes peuvent prétendre et assurer une fonction inclusive.

Article 5

Les acteurs de la première ligne social santé ont, en outre, pour mission de:

- 1° organiser les services pour qu'ils soient accessibles;
- 2° accompagner, orienter, soigner et suivre les personnes à travers l'ensemble du système de l'aide et des soins;
- 3° contribuer à améliorer, maintenir ou rétablir le bien-être de la population se trouvant sur leur territoire de référence sur le plan social et sanitaire, y compris à travers des actions communautaires;
- 4° soutenir les personnes en besoin d'aide et de soins, leur famille, leurs aidants-proches, dans leur autonomie;
- 5° développer une collaboration locale entre eux afin d'offrir une prise en charge intégrée, centrée sur la personne et de proximité;
- 6° prendre en compte l'ensemble des besoins des habitants du territoire qui les concerne dans les domaines du bien-être et de la santé.

CHAPITRE 3 Territorialisation

Section I^{re} – Dispositions générales

Article 6

L'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale.

Article 7

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'aide et des soins, le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale est divisé en 3 niveaux:

- 1° les quartiers social-santé;
- 2° les bassins d'aide et des soins;
- 3° la région.

Article 8

L'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité.

Artikel 9

De actoren van de ambulante sector treden op en voeren de in artikel 4 en 5 beoogde opdrachten uit in een bepaald gebied om het beginsel van de bevolkingsverantwoordelijkheid toe te passen.

*Afdeling II – Welzijns- en gezondheidswijken**Onderafdeling I – Algemene bepalingen**Artikel 10*

§ 1 De welzijns- en gezondheidswijken zijn ononderbroken geografische zones die elkaar niet overlappen en die het hele grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken.

Elke welzijns- en gezondheidswijk bestaat uit maximaal 30.000 inwoners. Afhankelijk van de demografische evolutie van wijken kunnen de Colleges afwijken van het aangegeven aantal inwoners.

De Colleges bepalen de geografische afbakening van die eenheden door zich te baseren op de sociologische kenmerken van elk gebied en door de gemeentegrenzen te respecteren.

§ 2. Alle welzijns- en gezondheidsactoren die op het niveau van de wijk actief zijn, dragen collectief bij tot de verbetering van het welzijn van de bewoners door:

- 1° non-take-up te bestrijden;
- 2° het welzijns- en gezondheidsaanbod in de wijk zo te organiseren dat de levensdoelen van personen die hulp en zorg nodig hebben, centraal staan in de aangeboden diensten;
- 3° invloed uit te oefenen op de gezondheidsdeterminanten.

*Onderafdeling II – Opdrachten en bestuur**Artikel 11*

§ 1. Het Verenigd College subsidieert de OCMW's binnen de perken van de beschikbare kredieten om hen de uitvoering van de volgende opdrachten op het grondgebied van elke welzijns- en gezondheidswijk van hun gemeente toe te vertrouwen:

- 1° de afstemming tussen de actoren die actief zijn op het niveau van de wijk bevorderen;
- 2° de maatregelen ter ondersteuning van de toegankelijkheid van de actoren van de ambulante sector versterken;
- 3° de aanpak waarbij de hulp en zorg zijn toegespitst op de persoon vergemakkelijken;
- 4° de intersectorale werkmethode ondersteunen op schaal van de wijk;
- 5° de actiekraft van de inwoners van de wijk versterken door gemeenschapsactie.

De Colleges kunnen de opdrachten van de welzijns- en gezondheidswijken nader bepalen.

§ 2. De operationalisering van die opdrachten wordt uitgevoerd door het comité voor sociale coördinatie dat afhankelijk van de noodzaak werkgroepen of comités voor de coördinatie van de wijk organiseert.

Article 9

Les acteurs de l'ambulatoire inscrivent leurs actions et mettent en œuvre les missions visées aux articles 4 et 5 sur un territoire donné afin d'y mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle.

*Section II – Les quartiers social santé**Sous-section Ire – Dispositions générales**Article 10*

§ 1^{er} Les quartiers social santé sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Chaque quartier social santé regroupe maximum 30.000 habitants. En fonction de l'évolution démographique des quartiers, les collèges peuvent déroger au nombre d'habitants indiqué.

Les collèges fixent les délimitations géographiques de ces unités en se basant sur les caractéristiques sociologiques de chaque territoire et en respectant les frontières communales.

§ 2. L'ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier contribuent collectivement à améliorer le bien-être des habitants en:

- 1° luttant contre le non-recours;
- 2° organisant l'offre social santé du quartier de manière à mettre au mieux les objectifs de vie des personnes en besoin d'aide et de soins au cœur de l'offre;
- 3° agissant sur les déterminants de la santé.

*Sous-section II – Missions et gouvernance**Article 11*

§ 1^{er} Dans les limites des crédits disponibles, le Collège réuni subventionne les CPAS afin de leurs confier l'exécution des missions suivantes sur le territoire de chacun des quartiers social santé de leur commune:

- 1° favoriser l'articulation entre les acteurs actifs à l'échelle du quartier;
- 2° renforcer les mesures soutenant l'accessibilité des acteurs de l'ambulatoire;
- 3° faciliter l'approche de l'aide et des soins centrée sur la personne;
- 4° soutenir à l'échelle du quartier le travail intersectoriel;
- 5° renforcer le pouvoir d'agir des habitants du quartier par l'action communautaire.

Les collèges peuvent préciser les missions des quartiers social santé.

§ 2. L'opérationnalisation de ces missions est mise en œuvre par le comité de coordination sociale qui selon la nécessité organise des groupes de travail ou comités de coordination de quartier.

§ 3. Wanneer voor een coherente uitvoering van die opdrachten, tussen aangrenzende wijken die tot verschillende OCMW's behoren, een nauwe samenwerking tussen de betrokken comités voor sociale coördinatie noodzakelijk is, richten zij een gezamenlijke werkgroep of werkgroepen op.

Artikel 12

Om de doelstellingen en concrete uitvoeringsmodaliteiten van de in artikel 11 beoogde opdrachten vast te leggen, sluit het Verenigd College een lokaal welzijns- en gezondheidscontract met het OCMW dat bevoegd is voor die wijk. In dat contract worden de werkwijze voor de diagnose, het actieplan, de uitvoering van het contract, de evaluatie en de verlenging vastgelegd.

Het Verenigd College bepaalt de modaliteiten voor het sluiten van lokale welzijns- en gezondheidscontracten en hun draagwijdte.

Artikel 13

Wanneer meerdere wijken onder een lokaal welzijns- en gezondheidscontract vallen binnen één en dezelfde gemeente, zorgt het comité voor sociale coördinatie voor de afstemming en samenhang van de acties tussen de verschillende betrokken wijken.

Artikel 14

De Colleges bepalen de bestuursmodaliteiten die nodig zijn om de lokale welzijns- en gezondheidscontracten uit te voeren.

Het Verenigd College bepaalt de subsidie en de modaliteiten voor de controle ervan en voor de aanleg van een reserve.

Onderafdeling II – Prioritering van de welzijns- en gezondheidswijken

Artikel 15

Op basis van de door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn voorgestelde indicatoren die de gezondheidstoestand, het gebruik van gezondheidspreventie en de sociale situatie in elke wijk weerspiegelen, bepalen de Colleges de prioritaire wijken.

De prioritaire wijken zijn die met de grootste kwetsbaarheid op het gebied van welzijn en gezondheid en waarvan het aanbod van ambulante diensten niet volstaat om aan die behoeften te voldoen.

Artikel 16

§ 1. Indien met de beschikbare kredieten de uitvoering van de in artikel 11 beoogde opdrachten niet voor alle welzijns- en gezondheidswijken kan worden gefinancierd, subsidieert het Verenigd College, overeenkomstig het beginsel van proportioneel universalisme, de OCMW's op basis van de volgorde van de prioritaire wijken.

§ 2. Indien met de beschikbare kredieten de uitvoering van de in artikel 11 beoogde opdrachten niet voor een voldoende aantal welzijns- en gezondheidswijken kan worden gefinancierd overeenkomstig het beginsel van proportioneel universalisme en om het aantal welzijns- en gezondheidswijken waarvoor die opdrachten minstens gedeeltelijk worden uitgevoerd te vergroten, kan het Verenigd College, in functie van de volgorde van de prioritaire wijken, enkele OCMW's subsidiëren, zodat ze enkel een deel van de opdrachten uitvoeren die aan hen zijn toevertrouwd op basis van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie en de uitvoeringsbesluiten ervan.

§ 3. Dans le cas où une mise en œuvre cohérente de ces missions, entre des quartiers contigus mais relevant de CPAS différents, nécessite une collaboration rapprochée entre les comités de coordinations sociales concernés, celles-ci mettent en place un ou des groupes de travail communs.

Article 12

Afin de fixer les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions visées à l'article 11, le Collège réuni conclut un contrat local social santé avec le CPAS qui est compétent pour ce quartier. Ce contrat précise la méthode de travail relative au diagnostic, au plan d'action, à la mise en œuvre du contrat, à son évaluation et à son renouvellement.

Le Collège réuni fixe les modalités de conclusions des contrats local social santé ainsi que leur portée.

Article 13

Dans le cas où plusieurs quartiers bénéficient d'un contrat local social santé au sein d'une même commune, le comité de coordination sociale assure l'articulation et la cohérence des actions entre les différents quartiers concernés.

Article 14

Les collèges fixent les modalités de gouvernance requises pour la mise en œuvre des contrats locaux social santé.

Le Collège réuni fixe la subvention, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

Sous-section II – Priorisation des quartiers social santé

Article 14

Sur la base d'indicateurs proposés par l'Observatoire de la Santé et du Social reflétant l'état de santé, le recours à la prévention en santé et la situation sociale dans chaque quartier, les collèges fixent la priorisation des quartiers.

Les quartiers classés en priorité sont ceux faisant état du niveau de vulnérabilité sociale et sanitaire le plus élevé et dont l'offre de services ambulatoires ne permet pas de répondre à ces besoins.

Article 16

§ 1^{er}. Dans le cas où les crédits disponibles ne permettent pas de financer l'exécution des missions visées à l'article 11 pour tous les quartiers social santé, le Collège réuni, conformément au principe d'universalisme proportionné, subventionne les CPAS en fonction de l'ordre de priorisation des quartiers.

§ 2. Dans le cas où les crédits disponibles ne permettent pas de financer l'exécution des missions visées à l'article 11 pour un nombre suffisant de quartiers social santé, conformément au principe d'universalisme proportionné et afin de permettre d'augmenter le nombre de quartiers social santé pour lesquels ces missions sont au minimum partiellement exécutées, le Collège réuni peut subventionner, en fonction de l'ordre de priorisation des quartiers, certains CPAS uniquement afin qu'ils exécutent une partie des missions qui leurs sont confiées sur la base du présent décret et ordonnance conjoints et de ses arrêtés d'exécution.

De Colleges bepalen de modaliteiten dankzij welke slechts een deel van de opdrachten van de OCMW's overeenkomstig het eerste lid wordt gesubsidieerd.

Afdeling III – De hulp- en zorgzones

Artikel 17

De hulp- en zorgzones zijn ononderbroken geografische zones die elkaar niet overlappen en die hele gemeenten en/of delen ervan omvatten en het hele grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken.

Elke hulp- en zorgzone bestaat uit minstens vijf welzijns- en gezondheidswijken en telt niet meer dan 350.000 inwoners.

De Colleges bepalen de geografische afbakening van die eenheden en baseren zich daarvoor op de bestaande samenwerkingsverbanden tussen de actoren van de ambulante sector, het gebruik van diensten van de hulp- en zorgactoren door de inwoners van de betrokken gebieden en de afbakening van de welzijns- en gezondheidswijken.

Artikel 18

De hulp- en zorgzone is een intermediaire territoriale eenheid tussen het gewest en de welzijns- en gezondheidswijken. Ze vormt het coördinatie- en overlegniveau tussen enerzijds de actoren van de ambulante sector die actief zijn op het grondgebied van de zone en anderzijds tussen die actoren en de residentiële diensten en de actoren van het gewestelijke of nationale niveau.

De opgerichte samenwerkingen op het niveau van de zone dragen bij tot een geïntegreerde organisatie tussen de welzijns- en gezondheidsactoren met het oog op een verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid, efficiëntie en ervaring van de gebruikers en van de arbeidsvoorwaarden van de actoren.

Artikel 19

§ 1 De ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns hulp en -zorg voert de volgende opdrachten uit op het niveau van de hulp- en zorgzones:

- 1° een antenne opzetten per hulp- en zorgzone die verantwoordelijk is voor de operationele uitvoering van de in artikel 21 beoogde opdrachten;
- 2° de antennes en de beschikbare middelen en hulpbronnen voor de werking ervan beheren;
- 3° de representativiteit en de functionaliteit van de hulp- en zorggraden in elke antenne waarborgen;
- 4° de antennes onderling en met de actoren op gewestelijk of bovengewestelijk niveau coördineren;
- 5° op initiatief of op aanvraag advies uitbrengen aan de Colleges over de doelstellingen en operationele prioriteiten voor de - en zorgzones en het gewest;
- 6° voor monitoring en evaluatie zorgen van de operationalisering van de welzijns- en gezondheidsdoelstellingen die voor de hulp- en zorgzones zijn vastgelegd.

§ 3 De ondersteuningsstructuur wijst middelen toe aan de zones die haar ter beschikking worden gesteld op basis van de beginselen van proportioneel universalisme en binnen de grenzen van de beschikbare kredieten.

Les collèges précisent les modalités permettant de subventionner uniquement une partie des missions des CPAS conformément à l'alinéa premier.

Section III – Les bassins d'aide et des soins

Article 17

Les bassins d'aide et des soins sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, incluant des communes entières et/ou des parties de ces dernières et couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Chaque bassin d'aide et des soins regroupe au minimum 5 quartiers social santé et ne comprend pas plus de 350.000 habitants.

Les collèges fixent les délimitations géographiques de ces unités en se basant sur les coopérations existantes entre les acteurs de l'ambulatoire, le recours aux services des acteurs de l'aide et des soins des résidents sur les territoires concernés et les délimitations des quartiers social santé.

Article 18

Le bassin d'aide et de soins est une unité territoriale intermédiaire entre la région et les quartiers social santé. Il est le niveau de coordination et de concertation d'une part entre les acteurs de l'ambulatoire actifs sur le territoire du bassin et d'autre part entre ces derniers et les services résidentiels et les acteurs du niveau régional ou national.

Les collaborations mises en place au niveau du bassin contribuent à une organisation intégrée entre les acteurs du social et de la santé en vue de renforcer la qualité, l'accessibilité, l'efficacité, l'expérience des usagers et les conditions de travail des acteurs.

Article 19

§ 1^{er} La structure d'appui à la première ligne de l'aide et des soins exerce les missions suivantes au niveau des bassins de l'aide et des soins:

- 1° mettre en place en son sein une antenne par bassin d'aide et des soins chargée d'assurer la mise en œuvre opérationnelle des missions visées à l'article 21;
- 2° gérer les antennes et les moyens et ressources disponibles à leur fonctionnement;
- 3° s'assurer de la représentativité et de la fonctionnalité des conseils d'aide et de soins dans chaque antenne;
- 4° coordonner les antennes entre elles et avec les acteurs du niveau régional ou supra régional;
- 5° d'initiative ou sur demande, remettre un avis aux collèges sur les objectifs et priorités opérationnelles pour les bassins d'aide et de soins et la région;
- 6° Assurer un monitoring et une évaluation de l'opérationnalisation des objectifs sociaux et de santé définis pour les bassins d'aide et de soins.

§ 3. La structure d'appui répartit les moyens à destination des bassins mis à sa disposition sur la base des principes de l'universalisme proportionné et dans la limite des crédits disponibles.

Artikel 20

§ 1 De hulp- en zorgraad van de zone is het strategisch bestuursorgaan op het niveau van een zone waarbinnen alle welzijns- en gezondheidsactoren die actief zijn in de zone vertegenwoordigd zijn.

§ 2. Het is de opdracht van de hulp- en zorgraad van de zone om de operationele doelstellingen vast te stellen en bij te dragen aan de uitvoering van het actieplan van de hulp- en zorgzone.

Artikel 21

De opdracht van de antennes van de ondersteuningsstructuur is het bieden van ondersteuning aan de ambulante actoren binnen de zone en, als onderdeel daarvan:

1. het centraliseren, organiseren en beschikbaar stellen van kennis over de behoeften, het aanbod en de toegankelijkheid ervan, alsook over het gebruik van diensten in verband met de opdrachten ervan;
2. het ontwikkelen van onderlinge kennis tussen de actoren en de organisaties;
3. het ondersteunen van de coördinatie tussen welzijnsactoren (onderling) en gezondheidsactoren (onderling) en tussen gezondheids- en welzijnsactoren;
4. het ondersteunen en ontwikkelen van acties voor preventie en gezondheidsbevordering binnen de hulp- en zorgzone;
5. het opzetten en ondersteunen van de werking van de hulp- en zorgraad van de zone.

§ 2. De Colleges preciseren de opdrachten, de samenstelling en de werkingsmodaliteiten van de hulp- en zorgraden en de antennes.

Afdeling IV – Het gewest*Artikel 22*

Het gewest is het hoogste niveau waarop vorm wordt gegeven aan het welzijns- en gezondheidsbeleid op het grondgebied van het gewest.

Artikel 23

De gespecialiseerde ambulante actoren waarvan de werking niet strookt met de territoriale benadering in hulp- en zorgzones of wijken worden op het niveau van het gewest geprogrammeerd.

Afdeling V – Territoriaal interventieniveau*Artikel 24*

§ 1. Bij de erkenningen en financieringen die worden toegekend aan de actoren van de ambulante sector wordt het territoriaal interventieniveau van de beoogde activiteit gepreciseerd.

§ 2. De Colleges kunnen de territoriale interventieniveaus van de actoren van de ambulante sector bepalen.

Article 20

§ 1^{er} Le conseil d'aide et de soins du bassin est l'instance au niveau d'un bassin au sein de laquelle l'ensemble des acteurs du social et de la santé actifs dans le bassin sont représentés.

§ 2. Le conseil d'aide et des soins du bassin a pour mission de définir les objectifs opérationnels et de contribuer à la réalisation du plan d'actions du bassin d'aide et de soins.

Article 21

Les antennes de la structure d'appui ont pour missions de venir en appui aux acteurs de l'ambulatorio au sein du bassin et dans ce cadre de:

1. centraliser, organiser et mettre à disposition la connaissance sur les besoins, l'offre et l'accessibilité de celle-ci ainsi que sur l'utilisation des services en lien avec ses missions;
2. Développer l'interconnaissance des acteurs et des organisations;
3. Soutenir la coordination entre acteurs du social (entre eux) et de la santé (entre eux) et entre acteurs de la santé et du social;
4. soutenir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé au sein du bassin d'aide et des soins;
5. mettre en place et soutenir le fonctionnement du conseil d'aide et des soins du bassin.

§ 2. Les collègues précisent les missions, la composition et les modalités de fonctionnement des conseils aide et soins et des antennes.

Section IV – La région*Article 22*

La région est le niveau supérieur auquel se dessine la politique d'aide et de soins sur le territoire de la région.

Article 23

Les acteurs ambulatoires spécialisés dont le fonctionnement ne s'aligne pas sur l'approche territorialisée en bassins d'aide et de soins ou quartiers sont programmés au niveau de la région.

Section V – Niveau d'intervention territoriale*Article 24*

§ 1^{er}. Les agréments et financements octroyés aux acteurs de l'ambulatorio précisent le niveau d'intervention territoriale de l'activité visée.

§ 2. Les collègues peuvent fixer les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatorio.

HOOFDSTUK 4
Ondersteuning van de eerstelijns hulp en -zorg

Artikel 25

Het Verenigd College erkent en financiert, binnen de grenzen van de beschikbare kredieten, een ondersteuningsstructuur die belast is met de versterking van de organisatie en de coherentie van de welzijns- en gezondheidssector in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

De ondersteuningsstructuur heeft de vorm van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks enig vermogensvoordeel mag uitkeren of verstrekken, behalve voor het in haar statuten bepaald belangeloos doel.

Artikel 26

De ondersteuningsstructuur:

- 1° treedt op als platform voor hulp en begeleiding van de actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid. Die ondersteuning heeft ook betrekking op de banden met alle actoren van de ambulante, residentiële en ziekenhuissector. De uiteindelijke begunstigden zijn alle personen in Brussel die hulp en zorg nodig hebben, in het bijzonder personen in complexe of kwetsbare situaties;
- 2° vergemakkelijkt de ontwikkeling van multidisciplinaire praktijken op het niveau van de begunstigden en interprofessionele, intersectorale en interinstitutionele praktijken op het niveau van de verschillende territoriale afbakening en waarnaar in artikel 7 wordt verwezen;
- 3° biedt ruimtes voor experimenten en ondersteunt innovatie om de eerste lijn voor welzijn en gezondheid te laten deelnemen aan het opzetten van een geïntegreerde territoriale organisatie van welzijn en gezondheid;
- 4° vormt een referentiepunt voor de actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid voor de oriëntatie en de invoering van hulp die nodig is om begeleiding te voorzien in complexe situaties;
- 5° vergemakkelijkt de uitwisseling van ervaringen en samenwerking tussen actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid en diensten voor kwetsbare groepen, om de drempels voor toegang tot diensten en hulp te verlagen;
- 6° ontwikkelt, binnen de grenzen van haar opdrachten, diensten die informatie, begeleiding, methodologische ondersteuningsteams, ontmoetings- en overlegruimten omvatten;
- 7° geeft prioritaire informatie aan actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid en maakt, meer in het algemeen, het welzijns- en gezondheidssysteem begrijpelijker;
- 8° ondersteunt via haar diensten, en in samenwerking met de overheden en bestaande actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid, de toegankelijkheid, kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de eerstelijns hulp en -zorg;
- 9° neemt deel aan het definiëren, controleren en evalueren van de gewestelijke gezondheidsdoelstellingen;
- 10° organiseert de coördinatie van de hulp- en zorgzones om de in artikel 21 beoogde opdrachten voor alle hulp- en zorgzones uit te voeren;
- 11° fungeert als platform voor palliatieve zorg in Brussel;
- 12° werkt samen met de ondersteuningsstructuren die zijn erkend door de andere bevoegde entiteiten op het grondgebied;
- 13° baseert zich op de kennis en bekwaamheden van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

CHAPITRE 4
Appui à la première ligne de l'aide et des soins

Article 25

Le Collège réuni agréé et finance dans la limite des crédits disponibles une structure d'appui chargée de renforcer l'organisation et la cohérence du secteur de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

La structure d'appui prend la forme d'une association de droit privé dotée de la personnalité juridique, qui ne peut, directement ou indirectement, distribuer ou fournir un quelconque avantage patrimonial, sauf pour l'objectif désintéressé défini dans ses statuts.

Article 26

La structure d'appui:

- 1° agit en tant que plateforme d'aide et d'accompagnement des acteurs de la première ligne sociale santé. Ce soutien concerne également les articulations avec tous les intervenants de l'ambulatoire, du résidentiel et de l'hospitalier. Les bénéficiaires finaux sont toutes les personnes en besoin d'aide et de soins à Bruxelles, notamment les personnes en situation complexe ou de vulnérabilité;
- 2° Facilite le développement de pratiques multidisciplinaires au niveau des bénéficiaires, et interprofessionnelle, intersectorielle et interinstitutionnelle au niveau des différentes délimitations territoriales visées à l'article 7;
- 3° propose des espaces d'expérimentation et soutient l'innovation afin de permettre la participation de la première ligne sociale santé à la mise en place d'une organisation territoriale social-santé intégrée;
- 4° constitue un point de référence pour les acteurs de de la première ligne sociale santé pour l'orientation et la mise en place des aides nécessaires pour soutenir l'accompagnement des situations complexes;
- 5° Facilite le partage d'expérience et les collaborations entre les acteurs de la première ligne social santé et les services dédiés aux publics vulnérables afin de travailler à l'abaissement des seuils d'accès aux services et aux aides;
- 6° développe, dans les limites de ses missions, des services qui comprennent notamment de l'information, de l'orientation, des équipes d'appui méthodologique, des espaces de rencontres et de concertation;
- 7° Visibilise les informations prioritaires pour les acteurs de la première ligne sociale santé et plus largement améliore la lisibilité du système social-santé;
- 8° Soutient à travers ses services, conjointement avec les autorités et les acteurs existants de la première ligne social santé, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité de la première ligne de l'aide et des soins;
- 9° Participe à la définition, au monitoring et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé;
- 10° Organise la coordination des bassins d'aide et des soins afin d'assurer les missions visées à l'article 21 pour l'ensemble des bassins d'aide et des soins;
- 11° Exerce les missions de Plateforme Bruxelloise de soins palliatifs;
- 12° collabore avec les structures d'appui agréées par les autres entités compétentes sur le territoire;
- 13° s'appuie sur les connaissances et compétences de l'Observatoire de la Santé et du Social.

Artikel 27

De Colleges kunnen de erkenningsvoorwaarden van de ondersteuningsstructuur vaststellen, evenals de opdrachten en het bestuur ervan.

Het Verenigd College bepaalt de duur van de erkenning, de regels voor het verlenen van de erkenning en voor het geheel of gedeeltelijk schorsen of intrekken van de erkenning in geval van niet-naleving van de erkenningsvoorwaarden, en bepaalt de subsidie, de modaliteiten voor de controle ervan en voor de aanleg van een reserve.

Artikel 28

Het Verenigd College sluit een overeenkomst met de ondersteuningsstructuur om de concrete doelstellingen en modaliteiten van de uitvoering van de opdrachten vast te leggen in functie van de beschikbare middelen. Die overeenkomst heeft enerzijds betrekking op de uitvoering van de opdrachten op het niveau van de hulp- en zorgzones, waarbij in het bijzonder de specifieke kenmerken van elke zone en de afstemming van het optreden tussen de ondersteuningsstructuur, haar antennes en de hulp- en zorggraden worden gepreciseerd. De overeenkomst heeft ook betrekking op de in artikel 26 beoogde opdrachten van de ondersteuningsstructuur.

Het Verenigd College bepaalt de modaliteiten voor het sluiten van de overeenkomst en de draagwijdte ervan.

HOOFDSTUK 5
Programmatie

Artikel 29

De Colleges bepalen de programmatie van het hulp- en zorgaanbod van de actoren van de ambulante sector.

Bij de organisatie van de programmatie wordt rekening gehouden met de beschikbare kredieten, de territoriale afbakeningen die in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie worden beoogd en het beginsel van proportioneel universalisme.

HOOFDSTUK 6
Wijzigingsbepalingen

Artikel 30

In de ordonnantie van 4 april 2019 betreffende het eerstelijnszorgbeleid, onder meer in het opschrift, wordt het woord “eerstelijnszorg” vervangen door de woorden “eerste lijn voor welzijn en gezondheid”.

Artikel 31

Artikel 2 van dezelfde ordonnantie wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 2. De definities bedoeld in het gezamenlijk decreet en ordonnantie van XX betreffende de organisatie van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid en de ambulante sector in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad zijn van toepassing op deze ordonnantie.”

Artikel 32

Artikel 3 van dezelfde ordonnantie wordt vervangen door wat volgt:

Article 27

Les collèges peuvent préciser les conditions d'agrément de la structure d'appui ainsi que ses missions et sa gouvernance.

Le Collège réuni fixe la durée de l'agrément, les règles pour accorder l'agrément et pour suspendre ou retirer l'agrément, en tout ou en partie, en cas de non-respect des conditions d'agrément ainsi que la subvention, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

Article 28

Le Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui afin de fixer les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions en fonction des moyens disponibles. Cette convention concerne d'une part, l'exécution des missions exercées au niveau des bassins d'aide et de soins en précisant notamment les particularités propres à chaque bassin et l'articulation de l'action entre la structure d'appui, ses antennes et les conseils d'aide et des soins. La convention concerne d'autre part, les missions de la structure d'appui visées à l'article 26.

Le Collège réuni fixe les modalités de conclusion de la convention ainsi que sa portée.

CHAPITRE 5
Programmation

Article 29

Les collèges fixent la programmation de l'offre d'aide et des soins des acteurs de l'ambulatoire.

La programmation est organisée en prenant en considération les crédits disponibles, les délimitations territoriales visées dans le présent décret et ordonnances conjoints et prend en considération le principe d'universalisme proportionné.

CHAPITRE 6
Dispositions modificatives

Article 30

Dans l'ordonnance du 4 avril 2019 relative à la politique de première ligne de soins, en ce compris dans l'intitulé, les mots «première ligne de soins» sont remplacés par les mots «première ligne social santé».

Article 31

L'article 2 de la même ordonnance est remplacé par ce qui suit:

«Art. 2. Les définitions visées dans le décret et ordonnance conjoints du XX relatif à l'organisation de la première ligne social santé et de l'ambulatoire dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sont applicables à la présente ordonnance».

Article 32

L'article 3 de la même ordonnance est remplacé par ce qui suit:

“Art. 3. De opdrachten van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid zijn de opdrachten die zijn bedoeld in hoofdstuk 2 van het gezamenlijk decreet en ordonnantie van XX betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.”

Artikel 33

De artikelen 4 tot 7 van dezelfde ordonnantie worden opgeheven.

Artikel 34

In artikel 8 van dezelfde ordonnantie worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° de woorden “, met uitsluiting van de activiteiten gereguleerd door de ordonnantie van 7 november 2002 betreffende de centra en diensten voor Bijstand aan Personen en de ordonnantie van 14 juni 2018 betreffende de noodhulp aan en de inschakeling van daklozen” worden opgeheven;
- 2° in 1° worden de woorden “bedoeld in artikel 2, 2°” opgeheven.
- 3° in 6° worden de woorden “0,5-lijn bedoeld in artikel 2, 3°” vervangen door de woorden “inclusieve functie”.

Artikel 35

In dezelfde ordonnantie wordt na artikel 9 een hoofdstuk II/1 ingevoegd, dat luidt als volgt: “Geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum”.

Artikel 36

In hoofdstuk II/1, ingevoegd bij artikel 35, wordt een artikel 9/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/1. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum is een actor van de eerstelijnszorg en -zorg die de gebruikers geïntegreerde generalistische zorg biedt voor somatische en geestelijke gezondheid en welzijn.”

Artikel 37

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/2 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/2. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum voert de volgende opdrachten uit:

- 1° de persoon in zijn geheel en in al zijn integratiemogelijkheden helpen door de gebruikers een eerste opvang te bieden, hun situatie te analyseren en hun vraag indien nodig door te verwijzen naar de bevoegde dienst binnen het centrum of naar een andere gespecialiseerde dienst;
- 2° de sociale band versterken en de personen een betere toegang tot de collectieve voorzieningen en hun grondrechten waarborgen. Inwerken op alle factoren die de sociale onzekerheid veroorzaken;
- 3° een beroep doen op de actieve medewerking van de geholpen personen, hun inburgering alsmede die van hun families in de hand werken;
- 4° eerstelijnsgezondheidszorg verstrekken;
- 5° zorgen voor begeleiding en opvolging van de gebruiker op lange termijn;
- 6° zorgen voor generalistische psychologische begeleiding;

«Art. 3. Les missions de la première ligne social santé sont les missions visées au chapitre 2 du décret ordonnance conjoints du XX relatif à la mise en œuvre et à l’organisation de l’ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.»

Article 33

Les articles 4 à 7 de la même ordonnance sont abrogés.

Article 34

À l’article 8 de la même ordonnance les modifications suivantes sont apportées:

- 1° les mots «, à l’exclusion des activités réglementées par l’ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux centres et services de l’aide aux personnes et l’ordonnance du 14 juin 2018 relative à l’aide d’urgence et à l’insertion des personnes sans abri» sont abrogés;
- 2° au 1° les mots «visés à l’article 2, 2°» sont abrogés.
- 3° au 6° les mots «ligne 0.5 visés à l’article 2, 3°» sont remplacés par les mots «fonction inclusive».

Article 35

Dans la même ordonnance, après l’article 9, il est inséré un chapitre II/1, rédigé comme suit: «Centre social santé intégré».

Article 36

Dans le chapitre II/1, inséré par l’article 35, il est inséré un article 9/1 rédigé comme suit:

«Art. 9/1. Le centre social santé intégré est un acteur de la première ligne de l’aide et des soins qui offre aux usagers une prise en charge généraliste intégrée de santé somatique, mentale, et action sociale.»

Article 37

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/2 rédigé comme suit:

«Art. 9/2. Le centre social santé intégré exerce les missions suivantes:

- 1° Aider la personne dans sa globalité et dans toutes ses possibilités d’intégration en offrant un premier accueil aux usagers, analyser leur situation et le cas échéant, orienter leur demande vers le service compétent au sein du centre ou vers un autre service spécialisé;
- 2° développer le lien social et un meilleur accès des personnes aux équipements collectifs et à leurs droits fondamentaux. Agir sur l’ensemble des facteurs de précarisation sociale;
- 3° solliciter la participation active des personnes aidées, les intégrer, elles et leur famille, dans la vie citoyenne;
- 4° dispenser des soins de santé primaire
- 5° Assurer un accompagnement et un suivi de l’usager dans la durée;
- 6° Assurer un accompagnement psychologique généraliste

- 7° gegevens verzamelen die een epidemiologische beschrijving van de bediende bevolking, de evaluatie van de doelstellingen en de zelfevaluatie van de activiteiten van het centrum met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de zorg mogelijk maken;
- 8° de functies van gemeenschapsactie waarborgen;
- 9° de banden met de gespecialiseerde diensten versterken, met name door samenwerkingen op te zetten in verband met één of meer erkende gespecialiseerde opdrachten;
- 10° werken aan het waarborgen van de zorg voor alle gebruikers, ongeacht hun administratief statuut en financiële verzekeraar;
- 11° interprofessionele verbindingsmechanismen invoeren;
- 12° praktijken invoeren die continuïteit in de aanpak van hulp en zorg mogelijk maken, ook wanneer de gebruiker ervoor kiest van ambulante dienst te veranderen, wat hij vrij kan doen, om hem in het zorgsysteem te houden.”

Artikel 38

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/3 ingevoegd, dat luidt als volgt:

«Art. 9/3. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum kan ook een specifieke inclusieve functie hebben, bestaande uit:

- 1° het opzetten van een outreachende dienst om in zijn werkgebied groepen te bereiken die moeilijker toegang hebben tot zorg- of dienstverlening;
- 2° het verzekeren van de opvang en verzorging van een minimumpercentage patiënten die in aanmerking komen voor de verhoogde tegemoetkoming en dringende medische hulp, zoals vastgesteld door het Verenigd College;
- 3° het voorzien in een reactievermogen in noodsituaties om externe maatregelen voor de toegang tot rechten en diensten die nodig zijn voor het beheer van de noodsituatie, op te nemen.”

Artikel 39

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/4 ingevoegd, dat luidt als volgt:

«Art. 9/4. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum kan samenwerkingsverbanden opzetten met:

- 1° een schuldbemiddelingsdienst;
- 2° een centrum voor gezinsplanning;
- 3° een coördinatiedienst voor thuiszorgdiensten;
- 4° een dienst die actief is op het gebied van drugs en verslavingen.
- 5° een dienst voor geestelijke gezondheidszorg.”

Artikel 40

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/5 ingevoegd, dat luidt als volgt:

«Art. 9/5. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum kan een beroep doen op begeleiding om de uitvoering van zijn opdrachten te verzekeren.

Het Verenigd College bepaalt de modaliteiten van die begeleiding.”

- 7° recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation des activités du centre en vue d'une amélioration de la qualité des soins;
- 8° assurer des fonctions d'action communautaire
- 9° Renforcer les liens avec les services spécialisés, notamment en mettant en place des collaborations relatives à une ou plusieurs mission(s) spécialisée(s) agréée(s);
- 10° Œuvrer à garantir la prise en charge de tous les usagers et ce indépendamment de leur statut administratif et de leur assurabilité financière
- 11° Mettre en place des dispositifs de liaison interprofessionnelle
- 12° Mettre en place des pratiques permettant la continuité dans la démarche de l'aide et des soins, y compris lorsque l'utilisateur choisit de changer de service ambulatoire, ce qu'il peut faire librement, afin de le maintenir dans le système soignant.»

Article 38

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/3 rédigé comme suit:

«Art. 9/3. Le centre social santé intégré peut en outre exercer une fonction inclusive spécifique, consistant à:

- 1° mettre en place un service d'outreaching en vue d'aller à la rencontre des populations se trouvant sur le territoire de leur activité qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services;
- 2° assurer l'accueil et prise en charge d'un pourcentage minimum de patients bénéficiaires de l'intervention majorée et de l'aide médicale urgente, tel que fixé par le Collège réuni;
- 3° et prévoir une réactivité aux situations d'urgence afin d'accueillir des dispositifs externes d'accès aux droits et aux services nécessaires à la gestion de la situation d'urgence.»

Article 39

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/4 rédigé comme suit:

«Art. 9/4. Le centre social santé intégré peut mettre en place des collaborations avec:

- 1° un service de médiation de dettes;
- 2° un centre de planning familial;
- 3° un service de coordination de soins et de services à domicile;
- 4° un service actif en matière de drogue et d'addiction.
- 5° un service de santé mentale»

Article 40

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/5 rédigé comme suit:

«Art. 9/5. Afin d'assurer l'exercice de ses missions, le centre social santé intégré peut bénéficier d'un accompagnement.

Les modalités de cet accompagnement sont fixées par le Collège réuni.»

Artikel 41

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/6 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/6. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum is opgericht in de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk die voldoet aan een van de volgende kenmerken:

- 1° tot doel hebben de opdrachten te vervullen van een geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum;
- 2° tot doel hebben samenwerking tot stand te brengen tussen verschillende structuren die verschillende erkende diensten exploiteren om een dienst aan te bieden die voldoet aan de erkenningsnormen van een geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum;
- 3° beschikken over verschillende erkenningen die allemaal voldoen aan de erkenningsnormen van een geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum.”

Artikel 42

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/7 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/7. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum beschikt over een multidisciplinair team waarvan de minimale personeelsbezetting door het Verenigd College is vastgelegd.”

Artikel 43

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/8 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/8. Het Verenigd College bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, de regels voor het toekennen van de erkenning en voor het schorsen of intrekken van de erkenning in geval van niet-naleving van de erkenningsvoorwaarden, alsook de subsidie en de modaliteiten voor de controle ervan en voor de aanleg van een reserve.”

HOOFDSTUK 7
Overgangsbepalingen

Artikel 44

In de erkenningen worden de in artikel 24, § 1, bedoelde vermeldingen gepreciseerd binnen een door de Colleges bepaalde termijn.

Artikel 45

Dit gezamenlijk decreet en ordonnantie treedt in werking op (datum).

Brussel,

De Leden van het Verenigd College bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

Alain MARON
Elke VAN den BRANDT

Article 41

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/6 rédigé comme suit:

«Art. 9/6. Le centre social santé intégré est constitué sous la forme d'une association sans but lucratif qui répond à l'une des caractéristiques suivantes:

- 1° avoir pour objet de remplir les missions d'un centre social santé intégré
- 2° avoir pour objet de mettre en place la collaboration entre plusieurs structures distinctes exploitant des services agréés distincts afin d'offrir un service correspondant aux normes d'agrément d'un centre social santé intégré
- 3° disposer de plusieurs agréments qui ensemble répondent aux normes d'agrément d'un centre social santé intégré.»

Article 42

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/7 rédigé comme suit:

«Art. 9/7. Le centre social santé intégré dispose d'une équipe pluridisciplinaire dont le cadre minimum du personnel est fixé par le Collège réuni.

Article 43

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/8 rédigé comme suit:

«Art. 9/8. Le Collège réuni fixe les conditions d'agrément, la durée de l'agrément, les règles pour accorder l'agrément et pour suspendre ou retirer l'agrément en cas de non-respect des conditions d'agrément ainsi que la subvention, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

CHAPITRE 7
Dispositions Transitoires

Article 44

Les agréments précisent les mentions visées à l'article 24, § 1^{er} dans un délai fixé par les collèges.

Article 45

Le présent décret et ordonnance conjoints entre en vigueur le (date).

Bruxelles, le

Les Membres du Collège réuni en charge de l'Action sociale et de la Santé,

Alain MARON
Elke VAN den BRANDT

Les Membres du Collège chargé de l'Action Sociale et de la santé

Alain MARON
Barbara TRACHTE

Les Membres du Collège chargé de l'Action Sociale et de la santé

Alain MARON
Barbara TRACHTE

ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE

Op 28 juni 2023 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Ministers, Leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, bevoegd voor Welzijn en Gezondheid verzocht binnen een termijn van dertig dagen, van rechtswege verlengd tot 16 augustus 2023⁽¹⁾, en nogmaals verlengd tot 31 augustus 2023⁽²⁾, een advies te verstrekken over een gezamenlijk voorontwerp van decreet en ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en van de Franse Gemeenschapscommissie “betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad”.

Het voorontwerp is door de verenigde kamers onderzocht op 19 september 2023. De verenigde kamers waren samengesteld uit Jeroen VAN NIEUWENHOVE, kamervoorzitter, voorzitter, Bernard BLERO, kamervoorzitter, Luc CAMBIER, Koen MUYLLE, Toon MOONEN en Géraldine ROSOUX, staatsraden, Jan VELAERS, Sébastien VAN DROOGHENBROECK, Marianne DONY en Bruno PEETERS, assessoren, en Annemie GOOSSENS en Anne-Catherine VAN GEERSDAELE, griffiers.

Het verslag is uitgebracht door Rein THIELEMANS, eerste auditeur, en Pauline LAGASSE, auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Jeroen VAN NIEUWENHOVE, kamervoorzitter.

Het advies (nr. 73.972/VR), waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 28 september 2023.

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, heeft de afdeling Wetgeving zich toegespitst op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond⁽³⁾, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

STREKKING VAN HET VOORONTWERP

2. Het om advies voorgelegde voorontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en van de Franse Gemeenschapscommissie heeft betrekking op de organisatie, wat betreft die twee betrokken overheden, van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Naast een aantal definities (artikel 2 van het voorontwerp) en een bepaling over de actoren waarop de ontworpen regeling van toepassing

- (1) Deze verlenging vloeit voort uit artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, *in fine*, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, waarin wordt bepaald dat deze termijn van rechtswege verlengd wordt met vijftien dagen wanneer hij begint te lopen tussen 15 juli en 31 juli of wanneer hij verstrijkt tussen 15 juli en 15 augustus.
- (2) Deze verlenging vloeit voort uit artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, waarin wordt bepaald dat de termijn van dertig dagen verlengd wordt tot vijfenveertig dagen in het geval waarin het advies gegeven wordt door de verenigde kamers met toepassing van artikel 85bis.
- (3) Aangezien het om een voorontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie gaat, wordt onder “rechtsgrond” de overeenstemming met de hogere rechtsnormen verstaan.

AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT

Le 28 juin 2023, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par les Ministres, Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune, en charge de l'Action sociale et de la Santé à communiquer un avis dans un délai de trente jours, prorogé de plein droit jusqu'au 16 août 2023⁽¹⁾, et encore prorogé jusqu'au 31 août 2023⁽²⁾, sur un avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française «relatif à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale».

L'avant-projet a été examiné par les chambres réunies le 19 septembre 2023. Les chambres réunies étaient composées de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, président de chambre, président, Bernard BLERO, président de chambre, Luc CAMBIER, Koen MUYLLE, Toon MOONEN et Géraldine ROSOUX, conseillers d'État, Jan VELAERS, Sébastien VAN DROOGHENBROECK, Marianne DONY et Bruno PEETERS, assessors, et Annemie GOOSSENS et Anne-Catherine VAN GEERSDAELE, greffiers.

Le rapport a été présenté par Rein THIELEMANS, premier auditeur, et Pauline LAGASSE, auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, président de chambre.

L'avis (n° 73.972/VR), dont le texte suit, a été donné le 28 septembre 2023.

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation a fait porter son examen essentiellement sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique⁽³⁾ et l'accomplissement des formalités prescrites.

PORTÉE DE L'AVANT-PROJET

2. L'avant-projet de décret et d'ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française soumis pour avis porte sur l'organisation, en ce qui concerne les deux autorités concernées, de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Outre une série de définitions (article 2 de l'avant-projet) et une disposition relative aux acteurs auxquels s'applique le dispositif en

- (1) Ce délai résulte de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, *in fine*, des lois «sur le Conseil d'État», coordonnées le 12 janvier 1973 qui précise que ce délai est prolongé de plein droit de quinze jours lorsqu'il prend cours du 15 juillet au 31 juillet ou lorsqu'il expire entre le 15 juillet et le 15 août.
- (2) Cette prorogation résulte de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois «sur le Conseil d'État», coordonnées le 12 janvier 1973, qui dispose que le délai de trente jours est prorogé à quarante-cinq jours dans le cas où l'avis est donné par les chambres réunies en application de l'article 85bis.
- (3) S'agissant d'un avant-projet de décret et ordonnance conjoints, on entend par «fondement juridique» la conformité avec les normes supérieures.

is (artikel 3) regelt het voorontwerp de opdrachten van de actoren van de ambulante sector (artikel 4) en van de actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid (artikel 5).

Het aanbod van de ambulante sector wordt georganiseerd op territoriale basis (artikel 6). Daartoe wordt het grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad in het kader van de uitvoering van het hulp- en zorgbeleid in drie niveaus opgedeeld, namelijk de welzijns- en gezondheidswijken, de hulp- en zorgzones en het gewest (artikel 7). In de acties van elk niveau wordt het subsidiariteitsbeginsel nageleefd (artikel 8). De opdrachten van de actoren van de ambulante sector worden in een bepaald gebied uitgeoefend om het beginsel van de bevolkingsverantwoordelijkheid toe te passen (artikel 9).

De indeling van de welzijns- en gezondheidswijken wordt geregeld, alsook de taken van de actoren die in die wijken actief zijn (artikel 10). Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie subsidieert de OCMW's voor de uitvoering van een aantal opdrachten in elke welzijns- en gezondheidswijk van hun gemeente (artikelen 11 en 14, tweede lid) en sluit met elk OCMW een lokaal welzijns- en gezondheidscontract (artikelen 12 tot 14, eerste lid). Er wordt voorzien in een regeling voor de prioritering van bepaalde welzijns- en gezondheidswijken (artikelen 15 en 16).

De indeling van de hulp- en zorgzones wordt geregeld (artikel 17), alsook de rol van deze zones (artikel 18). De opdrachten van de ondersteuningsstructuur bedoeld in de artikelen 25 tot 27 in deze hulp- en zorgzones wordt geregeld, alsook de toewijzing van middelen door deze ondersteuningsstructuur (artikel 19). In elke hulp- en zorgzone is er een hulp- en zorgraad die operationele doelstellingen vastlegt en bijdraagt aan de uitvoering van het actieplan van de zone (artikel 20). De antennes van de ondersteuningsstructuur bieden ondersteuning aan de ambulante actoren binnen de zone (artikel 21).

Het gewest vormt het hoogste niveau voor het welzijns- en gezondheidsbeleid (artikel 22). Voor gespecialiseerde ambulante actoren die niet aansluiten bij de indeling in hulp- en zorgzones of welzijns- en gezondheidswijken wordt voorzien in een programmering op het niveau van het gewest (artikel 23).

Het territoriaal interventieniveau van de actoren van de ambulante sector kan worden bepaald door het Verenigd College en het college van de Franse Gemeenschapscommissie (hierna: de colleges) en wordt vermeld in de beslissingen tot erkenning en financiering van die actoren (artikel 24).

Een ondersteuningsstructuur die belast is met de versterking van de organisatie en de coherentie van de welzijns- en gezondheidssector, wordt door het Verenigd College erkend en gefinancierd (artikel 25). De taken van die ondersteuningsstructuur worden opgesomd (artikel 26). De colleges kunnen de erkenningsvoorwaarden, de opdrachten en het bestuur van de ondersteuningsstructuur bepalen, terwijl het Verenigd College een aantal andere regels vaststelt, onder meer wat betreft de erkenningsprocedure en de subsidiëring (artikel 27). Het Verenigd College sluit een overeenkomst met de ondersteuningsstructuur en bepaalt de nadere regels voor het sluiten en de draagwijdte ervan (artikel 28).

De colleges bepalen de programmatie van het hulp- en zorgaanbod van de actoren van de ambulante sector (artikel 29).

Het voorontwerp bevat voorts een aantal wijzigingen van de ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 4 april 2019 "betreffende het eerstelijnszorgbeleid", met onder meer de invoeging van een hoofdstuk over het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum (lees: de geïntegreerde welzijns- en gezondheidscentra) (artikelen 30 tot 43).

projet (article 3), l'avant-projet règle les missions des acteurs de l'ambulatoire (article 4) et celles des acteurs de la première ligne social santé (article 5).

L'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale (article 6). À cet effet et dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins, le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale est divisé en trois niveaux, à savoir les quartiers social santé, les bassins d'aide et de soins et la région (article 7). L'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité (article 8). Les missions des acteurs de l'ambulatoire sont exercées sur un territoire donné afin d'y mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle (article 9).

L'avant-projet règle le découpage des quartiers social santé ainsi que les tâches des acteurs actifs dans ces quartiers (article 10). Le Collège réuni de la Commission communautaire commune subventionne les CPAS en vue de l'exécution d'une série de missions dans chacun des quartiers social santé de leur commune (articles 11 et 14, alinéa 2) et conclut avec chaque CPAS un contrat local social santé (articles 12 à 14, alinéa 1^{er}). Un dispositif est prévu pour la priorisation de certains quartiers social santé (articles 15 et 16).

Le découpage des bassins d'aide et de soins est réglée (article 17), de même que le rôle de ces bassins (article 18). Les missions de la structure d'appui visées aux articles 25 à 27 dans les bassins d'aide et de soins sont réglées, ainsi que l'attribution des moyens par cette structure d'appui (article 19). Dans chaque bassin d'aide et de soins, il existe un conseil d'aide et de soins qui définit les objectifs opérationnels et contribue à la réalisation du plan d'action du bassin (article 20). Les antennes de la structure d'appui ont pour mission de venir en appui aux acteurs de l'ambulatoire au sein du bassin (article 21).

La région est le niveau supérieur de la politique d'aide et de soins (article 22). Les acteurs ambulatoires spécialisés non concernés par le découpage des bassins d'aide et de soins et des quartiers social santé, font l'objet d'une programmation au niveau de la région (article 23).

Le niveau d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire peut être fixé par le Collège réuni et le Collège de la Commission communautaire française (ci-après: «les collèges») et est mentionné dans les décisions d'agrément et de financement de ces acteurs (article 24).

Une structure d'appui chargée de renforcer l'organisation et la cohérence du secteur de la première ligne social santé est agréée et financée par le Collège réuni (article 25). Les tâches de cette structure d'appui sont énumérées (article 26). Les collèges peuvent définir les conditions d'agrément, les missions et la gouvernance de la structure d'appui, tandis que le Collège réuni précise un certain nombre d'autres règles, notamment en ce qui concerne la procédure d'agrément et la subvention (article 27). Le Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui et fixe les modalités de conclusion de la convention ainsi que sa portée (article 28).

Les collèges fixent la programmation de l'offre d'aide et de soins des acteurs de l'ambulatoire (article 29).

En outre, l'avant-projet contient un certain nombre de modifications de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 «relative à la politique de première ligne de soins», notamment par l'insertion d'un chapitre sur le centre social santé intégré (lire: «les centres-social santé intégrés») (articles 30 à 43).

De colleges worden gemachtigd om de termijn te bepalen binnen dewelke in de erkenningen het territoriale interventieniveau wordt vermeld (artikel 44). Het aan te nemen gezamenlijk decreet en ordonnantie treedt in werking op een nog in te vullen datum (artikel 45).

DRAAGWIJDTE VAN HET ONDERZOEK

3. Hoofdstuk 6 van het voorontwerp bevat bepalingen tot wijziging van de ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 4 april 2019. In de memorie van toelichting wordt ter zake het volgende uiteengezet:

“Voor de integratie van deze visie in de hele ambulante sector is een herziening vereist van het decreet “Ambulante zorg” (op het niveau van de FGC) en de ordonnantie betreffende het eerstelijnszorgbeleid (op het niveau van de GGC).

Wat de GGC betreft, zijn de wijzigingen al opgenomen in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie.”

De Raad van State ziet niet in waarom wijzigingen van de voormelde ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie reeds worden opgenomen in dit voorontwerp, terwijl dat niet het geval is voor het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 5 maart 2009 “relatif à l’offre de services ambulatoires dans le domaine de l’action sociale, de la famille et de la santé”. Op de vraag waarom die wijzigingen worden aangebracht middels een gezamenlijk decreet en ordonnantie, gelet op

Les collèges sont habilités à fixer le délai dans lequel le niveau d’intervention territoriale est mentionné dans les agréments (article 44). Le décret et ordonnance conjoints à adopter entre en vigueur à une date devant encore être complétée (article 45).

PORTÉE DE L’EXAMEN

3. Le chapitre 6 de l’avant-projet contient des dispositions modifiant l’ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019. À cet égard, l’exposé des motifs indique ce qui suit:

«L’intégration de cette vision à l’ensemble de l’ambulatoire nécessite une révision du décret ambulatoire (au niveau Cocof) et de l’ordonnance première ligne (au niveau Cocom).

Au niveau de la Cocom, les modifications sont déjà intégrées dans le présent décret et ordonnance conjoints».

La section de législation n’aperçoit pas pourquoi les modifications apportées à l’ordonnance de la Commission communautaire commune figurent déjà dans le présent avant-projet, alors que tel n’est pas le cas pour le décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 «relatif à l’offre de services ambulatoires dans le domaine de l’action sociale, de la famille et de la santé». Par ailleurs, interrogés sur les raisons pour lesquelles ces modifications sont apportées par la voie d’un décret et

wat dat impliceert voor de mogelijkheid de betreffende bepalingen van de ordonnantie van 4 april 2019 later nog te wijzigen,^{(4),(5)} hebben de gemachtigden het volgende verklaard:

«Het is wel niet de bedoeling dat de nieuwe in de ordonnantie van 4 april 2019 ingevoegde bepalingen slechts bij gezamenlijke decreet ordonnantie kan worden gewijzigd. Aangezien het om een ordonnantie gaat is het wel de bedoeling dat de GGC haar autonomie behoudt betreffende haar eigen regelgevende tekst.»

Gelet op de bedoeling van de stellers van het voorontwerp, is het zekerder om af te zien van de beoogde werkwijze en de ontworpen wijzigingen om te vormen tot een afzonderlijk voorontwerp van ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. In de gegeven omstandigheden ziet de Raad van State dan ook af van het verder onderzoek van hoofdstuk 6 van het voorontwerp.

BEVOEGDHEID

4.1. De financiering van de bijkomende taken van de OCMW's in het kader van de ontworpen regeling, alsook de financiering van de ondersteuningsstructuur, die op zijn beurt instaat voor de financiering van opdrachten in elk van de hulp- en zorgzones, levert moeilijkheden op ten aanzien van de bevoegdheidsverdelende regels voor de overheden die betrokken zijn bij de vaststelling van de gezamenlijke norm, zoals blijkt uit wat volgt.

(4) Volgens artikel 92bis/1, § 4, eerste lid, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 “tot hervorming der instellingen”, toepasselijk gemaakt op de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bij artikel 63, eerste lid, van de bijzondere wet van 12 januari 1989 “met betrekking tot de Brusselse Instellingen”, kan “[e]en gezamenlijk decreet [...] de geldende wettelijke of decretale bepalingen opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen. Het kan slechts worden gewijzigd, aangevuld of vervangen bij een gezamenlijk decreet dat door dezelfde Parlementen wordt aangenomen”. Wat de samenwerkingsakkoorden betreft, heeft de algemene vergadering van de afdeling Wetgeving aanvaard dat een wetgevende bepaling die wordt gewijzigd bij een samenwerkingsakkoord, naderhand binnen strikte perken nog kan worden gewijzigd door de oorspronkelijke steller van de norm, maar ze heeft er enerzijds aan herinnerd dat krachtens het algemene rechtsbeginsel *pacta sunt servanda*, dat toepasselijk is op samenwerkingsakkoorden, de overheden die onderling een samenwerkingsakkoord hebben gesloten, dat akkoord moeten naleven en niet eenzijdig rechtsregels mogen uitvaardigen die in strijd zijn met de inhoud van het samenwerkingsakkoord, en anderzijds opgemerkt dat wijzigingen van bepalingen die door een samenwerkingsakkoord zijn gewijzigd, niet aanvaardbaar zijn wanneer ze niet verenigbaar zijn met de inhoud van dat akkoord (zie adv.RvS 52.324/AV/4-52.325/AV/4 van 8 en 14 januari 2013 over twee voorontwerpen die hebben geleid tot het decreet van het Waalse Gewest van 11 april 2014 “portant assentiment à l'accord de coopération conclu le 21 novembre 2013 entre la Région wallonne et la Communauté française relatif aux articles 42 et 44 de la Convention internationale des droits de l'enfant” en tot het decreet van de Franse Gemeenschap van 27 februari 2014 “portant assentiment à l'accord de coopération conclu le 21 novembre 2013 entre la Région wallonne et la Communauté française relatif aux articles 42 et 44 de la Convention internationale des droits de l'enfant”, opmerkingen 5 tot 11, *Parl. St. W.Parl.* 2013-14, nr. 1024/1, 6-8 en *Parl. St. Fr.Parl.* 2013-14, nr. 607/1, 14-19).

(5) Voor louter de opheffing van een decreet of ordonnantie bij een gezamenlijk decreet of ordonnantie rijzen die vragen niet, aangezien dat decreet of die ordonnantie daardoor uit de rechtsorde verdwijnt. Zie bijvoorbeeld artikel 32 van het gezamenlijk decreet en ordonnantie van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie van 16 mei 2019 “betreffende de openbaarheid van bestuur bij de Brusselse instellingen”.

ordonnance conjoints, compte tenu des conséquences sur les possibilités ultérieures de modification des dispositions concernées de l'ordonnance du 4 avril 2019^{(4),(5)}, les délégués ont déclaré ce qui suit:

«Het is wel niet de bedoeling dat de nieuwe in de ordonnantie van 4 april 2019 ingevoegde bepalingen slechts bij gezamenlijke decreet ordonnantie kan worden gewijzigd. Aangezien het om een ordonnantie gaat is het wel de bedoeling dat de GGC haar autonomie behoudt betreffende haar eigen regelgevende tekst.»

Compte tenu de l'intention des auteurs de l'avant-projet, il est plus sûr de renoncer au procédé envisagé et de transformer les modifications en projet en un avant-projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune distinct. Dans ces circonstances, la section de législation renonce donc à poursuivre l'examen du chapitre 6 de l'avant-projet.

COMPÉTENCE

4.1. Le financement des tâches supplémentaires des CPAS dans le cadre du dispositif en projet, ainsi que celui de la structure d'appui, qui assure à son tour le financement des missions dans chacun des bassins d'aide et de soins, soulèvent des difficultés au regard des règles répartitrices de compétences entre les entités impliquées dans le processus d'adoption de la norme conjointe, comme en témoigne ce qui suit.

(4) Selon l'article 92bis/1, § 4, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 8 août 1980 «de réformes institutionnelles», rendu applicable à la Commission communautaire commune par l'article 63, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 12 janvier 1989 «relative aux Institutions bruxelloises», «[u]n décret conjoint peut abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions légales ou décrétales en vigueur. Il ne peut être modifié, complété ou remplacé que par un décret conjoint adopté par les mêmes Parlements». En ce qui concerne les accords de coopération, l'assemblée générale de la section de législation a admis, dans de strictes limites, qu'une disposition de rang législatif modifiée par un accord de coopération puisse encore, par la suite, faire l'objet de modifications par l'auteur initial de la norme, tout en rappelant, d'une part, qu'en vertu du principe général de droit *pacta sunt servanda*, applicable aux accords de coopération, les autorités qui ont conclu un accord de coopération entre elles doivent le respecter et ne peuvent pas édicter unilatéralement des règles de droit portant atteinte au contenu de l'accord de coopération, et en observant, d'autre part, qu'il ne peut être procédé à des modifications unilatérales de dispositions modifiées par un accord de coopération lorsque de telles modifications ne sont pas compatibles avec le contenu de cet accord (voir les avis 52.324/AV/4-52.325/AG/4 donnés les 8 et 14 janvier 2013 sur deux avant-projets devenus le décret de la Région wallonne du 11 avril 2014 «portant assentiment à l'accord de coopération conclu le 21 novembre 2013 entre la Région wallonne et la Communauté française relatif aux articles 42 et 44 de la Convention internationale des droits de l'enfant» et le décret de la Communauté française du 27 février 2014 «portant assentiment à l'accord de coopération conclu le 21 novembre 2013 entre la Région wallonne et la Communauté française relatif aux articles 42 et 44 de la Convention internationale des droits de l'enfant», observations 5 à 11, *Doc. parl.*, Parl. w. 2013-14, n° 1024/1, pp. 6-8 et *Doc. parl.*, Parl. Comm. fr., 2013-14, n° 607-1/14, p. 19).

(5) En ce qui concerne l'abrogation pure et simple d'un décret ou d'une ordonnance par un décret ou ordonnance conjoints, ces questions ne se posent pas, puisque ce décret ou cette ordonnance disparaît ainsi de l'ordonnement juridique. Voir par exemple l'article 32 des décret et ordonnance conjoints de la Région de Bruxelles-Capitale, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française du 16 mai 2019 «relatifs à la publicité de l'administration dans les institutions bruxelloises».

De artikelen 11, 14 en 16 van het voorontwerp voorzien in een subsidiëring van de OCMW's door het Verenigd College. Overeenkomstig artikel 12 van het voorontwerp sluit het Verenigd College een lokaal welzijns- en gezondheidscontract met elk OCMW.

Artikel 25 van het voorontwerp bepaalt dat het Verenigd College de ondersteuningsstructuur erkent en financiert. Artikel 27 van het voorontwerp verleent aan de colleges de bevoegdheid om de erkenningsvoorwaarden van de ondersteuningsstructuur vast te stellen, evenals de opdrachten “en het bestuur”, maar het Verenigd College bepaalt de duur van de erkenning, de regels voor het verlenen van de erkenning en het schorsen of intrekken van de erkenning en de subsidie. Het Verenigd College sluit een overeenkomst met de ondersteuningsstructuur en bepaalt de nadere regels voor het sluiten en de draagwijdte ervan (artikel 28).

Artikel 19, § 3, van het voorontwerp bepaalt dat de ondersteuningsstructuur middelen toewijst aan de hulp- en zorgzones.

4.2. Door middel van een gezamenlijk decreet en ordonnantie kunnen de betrokken overheden niet alleen beslissen om een gemeenschappelijke instelling op te richten, maar kunnen ze er ook voor kiezen om een beroep te doen op de diensten en instellingen van één van die overheden met het oog op de gezamenlijke uitoefening van eigen bevoegdheden. In elk geval moet erop worden toegezien dat elk van de betrokken overheden bijdraagt aan de financiële lasten van die diensten en instellingen, in verhouding tot de tenuitvoerlegging van haar materiële bevoegdheden die door het voorontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie concrete gestalte krijgt.⁽⁶⁾ Dit impliceert dat een redelijk evenredigheidsverband moet bestaan tussen de kosten van de verplichtingen die verband houden met de ingebrachte bevoegdheden door elk van de betrokken overheden en de financiering ervan door elk van hen.⁽⁷⁾

4.3. In de memorie van toelichting wordt ter zake het volgende uiteengezet:

«Het principe is dat alle grote lijnen van de beleidsopties, dat wil zeggen het beginsel van territorialisering, de vaststelling van de programmatie, de afbakening van de gebieden, de bepaling van de opdrachten, de vereisten in termen van bestuur enz. gezamenlijk kunnen worden bepaald. De uitvoering van de in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie omschreven territoriale sturingsinstrumenten, de wijken, de zones en de ondersteuningsstructuur voor de eerste lijn wordt daarentegen aan de GGC toevertrouwd.

Dat kan worden verklaard door de noodzaak om voor de opvolging en controle één enkele instantie aan te duiden. Uit administratief oogpunt zou het immers te omslachtig zijn om twee afzonderlijke instanties te belasten met de operationalisering van de verschillende ingevoerde maatregelen, maar ook bijzonder ingewikkeld omdat elke entiteit haar eigen praktijken en vereisten heeft wat de administratieve opvolging betreft.

Hoewel de GGC zorgt voor de operationalisering, gebeurt dat immers in samenwerking met de FGC. Dat vertaalt zich met name in het kader

(6) Adv.RvS 73.262/VR en 73.285/VR van 16 juni 2023 over een voorontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en van de Franse Gemeenschapscommissie “met betrekking tot de goedkeuring en de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan”, opmerking 4.

(7) Zie, in het kader van een samenwerkingsakkoord, adv.RvS 52.806/VR van 19 maart 2013 over een voorontwerp van ordonnantie van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest “houdende instemming met het Samenwerkingsakkoord tussen de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreffende de sociale bijstand aan gezinnen in het kader van de liberalisering van de elektriciteits- en gasmarkten”, opmerkingen 3 tot 4.2.

Les articles 11, 14 et 16 de l'avant-projet prévoient le subventionnement des CPAS par le Collège réuni. Conformément à l'article 12 de l'avant-projet, le Collège réuni conclut un contrat local social santé avec chaque CPAS.

L'article 25 de l'avant-projet dispose que le Collège réuni agréé et finance la structure d'appui. L'article 27 de l'avant-projet investit les collèges du pouvoir de préciser les conditions d'agrément de la structure d'appui, ainsi que ses missions et sa «gouvernance», mais le Collège réuni fixe la durée de l'agrément, les règles pour accorder cet agrément et pour suspendre ou retirer ce dernier ainsi que la subvention. Le Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui et fixe les modalités de conclusion de cette convention ainsi que sa portée (article 28).

L'article 19, § 3, de l'avant-projet dispose que la structure d'appui répartit les moyens à destination des bassins d'aide et de soins.

4.2. Par la voie d'un décret et ordonnance conjoints, les autorités concernées peuvent non seulement décider de créer une institution commune, mais elles peuvent aussi choisir de recourir aux services et institutions de l'une d'entre elles en vue de l'exercice conjoint de compétences propres. Il faut en tout cas veiller à ce que chacune des autorités concernées participe aux charges financières de ces services et institutions, de manière proportionnelle à la mise en œuvre de ses compétences matérielles concrétisées par l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints⁽⁶⁾. Cela implique qu'un lien de proportionnalité doit exister entre les coûts des obligations liées aux compétences apportées par chacune des autorités concernées et leur financement par chacune d'elles⁽⁷⁾.

4.3. À cet égard, l'exposé des motifs indique ce qui suit:

«Le principe est que toutes les grandes lignes des options politiques à savoir, le principe de territorialisation, la fixation de la programmation, la délimitation des territoires, la définition des missions, les exigences en termes de gouvernance etc peuvent être définies conjointement. Par contre, la mise en œuvre des outils de pilotage territoriaux définis dans le présent décret et ordonnance conjoints, les quartiers, les bassins et la structure d'appui à la première ligne, est confiée à la Cocom.

Cela s'explique par la nécessité de désigner une seule instance chargée du suivi et du contrôle. D'un point de vue administratif, il serait en effet trop lourd de charger deux institutions distinctes de l'opérationnalisation des différents dispositifs mis en place, mais également particulièrement compliqué dès lors que chaque entité a ses pratiques et exigences de suivi administratif.

Si l'opérationnalisation est prise en charge par la Cocom, elle se fait en collaboration avec la Cocof. Cela se traduit notamment dans le cadre de

(6) Avis 73.262/VR et 73.285/VR donné le 16 juin 2023 sur un avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française «relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois», observation 4.

(7) Voir dans le cadre d'un accord de coopération, l'avis 52.806/VR donné le 19 mars 2013 sur un avant-projet d'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale «portant assentiment à l'Accord de Coopération entre la Commission communautaire commune et la Région de Bruxelles-Capitale relatif à l'aide sociale aux ménages dans le cadre de la libéralisation des marchés de l'électricité et du gaz», observations 3 à 4.2.

van het gezamenlijke bestuur dat wordt ingevoerd in het gezamenlijk decreet en ordonnantie met betrekking tot de goedkeuring en de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan. Op basis daarvan wordt het gehele welzijns- en gezondheidsbeleid opgevolgd door instanties van zowel de GGC als de FGC, dat wil zeggen de administraties, de bevoegde ministers, de adviesorganen, enz.

De keuze om deze operationalisering toe te vertrouwen aan de GGC kan worden verantwoord door het bicommunautaire karakter ervan. De GGC is immers de enige van de twee bevoegde instanties die zorgt voor de tweetaligheid van de te ontwikkelen betrekkingen.

Ondanks de aan de GGC toevertrouwde operationalisering blijft de FGC vrij om haar beleid uit te voeren en richtsnoeren en middelen in te voeren dankzij welke de actoren die van de FGC afhangen de beginselen kunnen volgen die in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie zijn vastgelegd.”

De gemachtigden voegden daar nog het volgende aan toe:

«Daarnaast [is] het toekennen van subsidie [...] slechts een aspect van onderhavig ontwerp. De andere aspecten worden allemaal gezamenlijk bepaald en de concrete uitvoering van onderhavig ontwerp zal zowel voor de GGC als voor de FGC belangrijke gevolgen hebben wat betreft de aanpassing van de erkenningen en financieringen aan de territorialiteitsvisie. Het aantal actoren van de ambulante sector die onder de bevoegdheid van de FGC ressorteren is, vandaag, aanzienlijk groter dan deze die onder de bevoegdheden van de GGC ressorteren, op dat punt zullen de gevolgen groter zijn voor de FGC dan voor de GGC.

Hoewel de in onderhavig ontwerp voorziene erkenningen en financieringen door de GGC zullen toegekend worden, zal de GGC dit uitvoeren in samenwerking met de FGC: Er zullen in de ondersteuningsstructuur regeringscommissarissen zijn zowel van de GGC als van de FGC (dit zal worden voorzien in de uitvoeringsbesluiten), het is de GGC die de lokaal welzijns- en gezondheidscontract zal afsluiten maar er zal in de uitvoeringsbesluiten worden bepaald dat de onderhandelingen in samenwerking met de FGC zal moeten gebeuren en, zoals vermeld in de memorie van toelichting, zal dit worden opgevolgd in het kader van het gezamenlijke bestuur dat wordt ingevoerd in het gezamenlijk decreet en ordonnantie met betrekking tot de goedkeuring en de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan.

Het feit dat de betrokken erkenningen en financieringen alleen aan de GGC werd toevertrouwd wordt enkel verantwoord door praktische overwegingen om de efficiëntie van de opvolging zoveel mogelijk te optimaliseren. Maar daarbij werd de controle op deze erkenningen en financieringen geenszins alleen aan de GGC toevertrouwd aangezien de FGC over verschillende mogelijkheden zal beschikken om erop toezicht uit te oefenen.

Hieruit blijkt dat er naar een evenwicht werd gezocht tussen de prestaties van de verschillende entiteiten.

Tot slot kan ook worden verwezen naar een recent samenwerkingsakkoord tussen de GGC en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreffende diensten inzake begroting, financiën, boekhouding en controle (instemmingsordonnanties van 11/03/2021 en advies RvS 65.734). In dit samenwerkingsakkoord worden veel diensten voorzien vanuit het BHG zonder dat er bepaalde compensatie door de GGC worden voorzien wat minder evenwichtig lijkt dan onderhavig ontwerp. In zijn advies op het de ordonnanties houdende instemming op het SWA heeft de RvS geen opmerking gedaan op dat punt.”

Anders dan de gemachtigden voorhouden, wordt in het samenwerkingsakkoord van 30 januari 2020 tussen het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie “betreffende diensten inzake begroting, financiën, boekhouding en controle” wel degelijk voorzien in een financiële inbreng van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de toetreding tot het SAP-platform van

la gouvernance commune instaurée par le décret et ordonnance conjoint relatifs à l’adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois. Sur cette base, c’est l’ensemble de la politique social santé qui est suivi tant par les instances relevant de la Cocom que celles relevant de la Cocof, à savoir, les administrations, les ministres compétents, les instances d’avis etc.

Le choix de confier cette opérationnalisation à la Cocom se justifie par son caractère bicommunautaire. La Cocom est en effet la seule des deux institutions compétentes pour assurer le bilinguisme des différentes relations à mettre en œuvre.

Nonobstant l’opérationnalisation confiée à la Cocom, la Cocof reste libre de mettre en œuvre sa politique et d’y insérer les balises et moyens permettant aux acteurs dépendant de la Cocof de s’insérer dans les logiques définies dans le présent décret et ordonnance conjoints».

Les délégués ont encore ajouté ce qui suit:

«Daarnaast [is] het toekennen van subsidie [...] slechts een aspect van onderhavig ontwerp. De andere aspecten worden allemaal gezamenlijk bepaald en de concrete uitvoering van onderhavig ontwerp zal zowel voor de GGC als voor de FGC belangrijke gevolgen hebben wat betreft de aanpassing van de erkenningen en financieringen aan de territorialiteitsvisie. Het aantal actoren van de ambulante sector die onder de bevoegdheid van de FGC ressorteren is, vandaag, aanzienlijk groter dan deze die onder de bevoegdheden van de GGC ressorteren, op dat punt zullen de gevolgen groter zijn voor de FGC dan voor de GGC.

Hoewel de in onderhavig ontwerp voorziene erkenningen en financieringen door de GGC zullen toegekend worden, zal de GGC dit uitvoeren in samenwerking met de FGC: Er zullen in de ondersteuningsstructuur regeringscommissarissen zijn zowel van de GGC als van de FGC (dit zal worden voorzien in de uitvoeringsbesluiten), het is de GGC die de lokaal welzijns- en gezondheidscontract zal afsluiten maar er zal in de uitvoeringsbesluiten worden bepaald dat de onderhandelingen in samenwerking met de FGC zal moeten gebeuren en, zoals vermeld in de memorie van toelichting, zal dit worden opgevolgd in het kader van het gezamenlijke bestuur dat wordt ingevoerd in het gezamenlijk decreet en ordonnantie met betrekking tot de goedkeuring en de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan.

Het feit dat de betrokken erkenningen en financieringen alleen aan de GGC werd toevertrouwd wordt enkel verantwoord door praktische overwegingen om de efficiëntie van de opvolging zoveel mogelijk te optimaliseren. Maar daarbij werd de controle op deze erkenningen en financieringen geenszins alleen aan de GGC toevertrouwd aangezien de FGC over verschillende mogelijkheden zal beschikken om erop toezicht uit te oefenen.

Hieruit blijkt dat er naar een evenwicht werd gezocht tussen de prestaties van de verschillende entiteiten.

Tot slot kan ook worden verwezen naar een recent samenwerkingsakkoord tussen de GGC en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreffende diensten inzake begroting, financiën, boekhouding en controle (instemmingsordonnanties van 11/03/2021 en advies RvS 65.734). In dit samenwerkingsakkoord worden veel diensten voorzien vanuit het BHG zonder dat er bepaalde compensatie door de GGC worden voorzien wat minder evenwichtig lijkt dan onderhavig ontwerp. In zijn advies op het de ordonnanties houdende instemming op het SWA heeft de RvS geen opmerking gedaan op dat punt.”

Contrairement à ce qu’avancent les délégués, l’accord de coopération du 30 janvier 2020 entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune «portant sur les services en matière de budget, finances, comptabilité et contrôle» prévoit bien un apport financier de la Commission communautaire commune pour l’adhésion à la plate-forme SAP de la Région de Bruxelles-Capitale, en

het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, namelijk in artikel 4⁽⁸⁾ ervan. De overige bepalingen in dat samenwerkingsakkoord betreffen onderlinge afspraken over boekhouding en controle die geen compensatie door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie lijken te vereisen.

De door de gemachtigden aangehaalde “noodzaak om voor de opvolging en controle één enkele instantie aan te duiden” betekent nog niet dat de financiering van instellingen die taken vervullen die zowel tot de bevoegdheid van de Franse Gemeenschapscommissie als tot de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie behoren, volledig door die laatste overheid kan worden gedragen, temeer daar de gemachtigden zelf aangeven dat “[h]et aantal actoren van de ambulante sector die onder de bevoegdheid van de FGC ressorteren [...], vandaag, aanzienlijk groter [is] dan deze die onder de bevoegdheden van de GGC ressorteren”. Dat de financiering door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie zou zijn ingegeven door “praktische overwegingen om de efficiëntie van de opvolging zoveel mogelijk te optimaliseren” overtuigt evenmin.

Er kan worden aangenomen dat de financiering in de thans ontworpen regeling losstaat van de financiering die reeds is vervat in het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 5 maart 2009 en in de ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 4 april 2019, ook al is het op dit moment niet duidelijk in welke mate die financiering nog zal worden gewijzigd in het verlengde van het aan te nemen gezamenlijk decreet en ordonnantie. Dat neemt echter niet weg dat de thans ontworpen financiering van de OCMW's en van de ondersteuningsstructuur verband houdt met zowel de bevoegdheden van de Franse Gemeenschapscommissie als die van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en dat een redelijk evenredigheidsverband moet bestaan tussen de kosten van de verplichtingen die verband houden met de ingebrachte bevoegdheden van elk van beide overheden.

De conclusie is dat de regeling van de verdeling van de financiële lasten in de ontworpen regeling moet worden herzien in het licht van wat voorafgaat.

VOORAFGAANDE VORMVEREISTEN

5. Artikel 12, § 1, eerste lid, van het kaderakkoord van 27 februari 2014 tussen de Franse Gemeenschap, het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie “relatif à la concertation intra-francophone en matière de santé et de l'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières” bepaalt:

«Le Gouvernement ou le Collège de la partie concernée transmet au comité ministériel tout avant-projet de décret ou projet d'arrêté réglementaire en matière de soins de santé ou d'aide aux personnes.»

De Franse Gemeenschapscommissie moet toezien op de naleving van dat vormvereiste en van de procedure bedoeld in de artikelen 13 tot 15 van dat samenwerkingsakkoord.

6. De evaluatieverslagen over de weerslag van het ontwerp op de situatie van personen met een handicap (overeenkomstig artikel 4, § 3, van het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 15 december 2016 “portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire française” en artikel 4, § 3, van de ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 23 december 2016 “houdende integratie van de handicapdimensie in de beleidslijnen van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie”) zijn bij het voorontwerp gevoegd. In die verslagen staat dat het voorontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie geen weerslag heeft op de handicapdimensie.

(8) Dat overeenstemt met artikel 2, tweede lid, van het samenwerkingsakkoord zoals het om advies aan de Raad van State was voorgelegd.

l'occurrence dans son article 4⁽⁸⁾. Les autres dispositions de cet accord de coopération concernent des accords mutuels en matière de comptabilité et de contrôle qui ne semblent pas nécessiter de compensation de la part de la Commission communautaire commune.

La «nécessité de désigner une seule instance chargée du suivi et du contrôle» évoquée dans l'exposé des motifs ne signifie pas pour autant que le financement d'institutions accomplissant des tâches relevant tant de la compétence de la Commission communautaire française que de celle de la Commission communautaire commune, puisse être entièrement pris en charge par cette dernière autorité, d'autant que les délégués indiquent eux-mêmes que «[h]et aantal actoren van de ambulante sector die onder de bevoegdheid van de FGC ressorteren [...], vandaag, aanzienlijk groter [is] dan deze die onder de bevoegdheden van de GGC ressorteren». Le fait que le financement par la Commission communautaire commune serait motivé par des «praktische overwegingen om de efficiëntie van de opvolging zoveel mogelijk te optimaliseren» n'est pas non plus convaincant.

On peut considérer que le financement prévu dans le dispositif actuellement en projet est distinct de celui figurant déjà dans le décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 et dans l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019, même si on n'aperçoit pas de manière claire à ce stade la mesure dans laquelle ce financement pourrait encore faire l'objet de modifications à la suite du décret et ordonnance conjoints à adopter. Il n'en demeure toutefois pas moins que le financement en projet des CPAS et de la structure d'appui est lié tant aux compétences de la Commission communautaire française qu'à celles de la Commission communautaire commune et qu'il doit exister un rapport de proportionnalité raisonnable entre les coûts des obligations liées aux compétences apportées par chacune des deux autorités.

En conclusion, le régime de la répartition des charges financières dans le dispositif en projet doit être revu au regard des considérations qui précèdent.

FORMALITÉS PRÉALABLES

5. L'article 12, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014 entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française «relatif à la concertation intra-francophone en matière de santé et de l'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières», dispose:

«Le Gouvernement ou le Collège de la partie concernée transmet au comité ministériel tout avant-projet de décret ou projet d'arrêté réglementaire en matière de soins de santé ou d'aide aux personnes.»

La Commission communautaire française veillera au respect de cette formalité et de la procédure visée aux articles 13 à 15 de cet accord de coopération.

6. Les rapports d'évaluation du projet relatif à l'impact sur la situation des personnes handicapées (conformément à l'article 4, § 3, du décret de la Commission communautaire française du 15 décembre 2016 «portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire française» et à l'article 4, § 3, de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 23 décembre 2016 «portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire commune») sont joints à l'avant-projet. Ces rapports indiquent que l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints n'a pas d'impact sur la dimension du handicap.

(8) Qui correspond à l'article 2, alinéa 2, de l'accord de coopération soumis pour avis à la section de législation.

Het voorontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie heeft betrekking op het gezondheidsbeleid en op een belangrijk deel van het beleid inzake Bijstand aan Personen. Hoewel het niet slaat op het beleid inzake mindervaliden als dusdanig,⁽⁹⁾ zijn de bij het voorontwerp ten uitvoer gelegde beleidslijnen van belang voor personen met een handicap, in zoverre die personen eveneens gebruikmaken van de ambulante diensten. Het voorontwerp kan dus daadwerkelijk een weerslag op hen hebben.

De stellers van het voorontwerp moeten erop toezien dat dit voorafgaande vormvereiste naar behoren wordt vervuld.⁽¹⁰⁾

ALGEMENE OPMERKINGEN

7.1. Het voorontwerp van ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie vormt samen met het voorontwerp van decreet van de Franse Gemeenschapscommissie een voorontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie in de zin van artikel 92bis/1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.⁽¹¹⁾ Een gezamenlijk decreet en ordonnantie kan onder meer betrekking hebben op de gezamenlijke oprichting en het gezamenlijke beheer van gemeenschappelijke diensten en instellingen, op het gezamenlijk uitoefenen van eigen bevoegdheden, of op de gemeenschappelijke ontwikkeling van initiatieven. Luidens zijn opschrift en de memorie van toelichting wil het voorontwerp de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad organiseren op basis van een gemeenschappelijk beleid en een territoriale benadering, zoals beschreven in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan.⁽¹²⁾

Overeenkomstig artikel 3 van het voorontwerp, en zoals ook uit de uitleg van de gemachtigden blijkt, vormen de aldus ten uitvoer gelegde bevoegdheden het beleid inzake gezondheid en Bijstand aan Personen zoals bedoeld in artikel 5, § 1, I en II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, met uitzondering van de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4°, van dezelfde bijzondere wet en van de aangelegenheden die verband houden met de crèches, binnen de grenzen opgelegd bij het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 4 april 2014 “relatif aux compétences de la Communauté française dont l’exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française”.

Wat betreft deze materiële bevoegdheden, die vallen onder de persoonsgebonden aangelegenheden, zijn binnen het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad niet enkel de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie bevoegd. Ook de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap oefenen ter zake bevoegdheden uit.⁽¹³⁾

(9) Artikel 5, § 1, II, 4°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980.

(10) Zie in dezelfde zin adv.RvS 71.902/VR en 71.908/VR van 27 oktober 2022 over voorontwerpen van gezamenlijk decreet en ordonnantie “met betrekking tot de goedkeuring en de gecoördineerde uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan”, opmerking 3 in advies 71.902/VR en opmerking 4 in advies 71.908/VR.

(11) Dat, gelet op artikel 138 van de Grondwet, van toepassing is op de Franse Gemeenschapscommissie, en overeenkomstig artikel 63, eerste lid, van de bijzondere wet van 12 januari 1989, op de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

(12) Geregeld in het voorontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie “met betrekking tot de goedkeuring en de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan” (zie de voornoemde adviezen 71.902/VR, 71.908/VR, 73.262/VR en 73.285/VR).

(13) De Vlaamse Gemeenschapscommissie, geregeld in boek III van de bijzondere wet van 12 januari 1989, beschikt niet over wetgevende bevoegdheden en vormt een ondergeschikt bestuur van de Vlaamse Gemeenschap.

L’avant-projet de décret et ordonnance conjoints concerne la politique de la santé et une partie importante de la politique de l’aide aux personnes. Même si la politique des handicapés⁽⁹⁾ n’est pas, comme telle, concernée par l’avant-projet, les politiques mises en œuvre par l’avant-projet présentent un intérêt pour les personnes souffrant d’un handicap, dans la mesure où celles-ci sont également les bénéficiaires des services ambulatoires. L’avant-projet peut donc effectivement avoir une incidence à leur égard.

Les auteurs de l’avant-projet veilleront au correct accomplissement de la formalité préalable⁽¹⁰⁾.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

7.1. L’avant-projet d’ordonnance de la Commission communautaire commune constitue, conjointement avec l’avant-projet de décret de la Commission communautaire française, un avant-projet de décret et ordonnance conjoints au sens de l’article 92bis/1 de la loi spéciale du 8 août 1980⁽¹¹⁾. Des décrets et ordonnances conjoints peuvent porter notamment sur la création et la gestion conjointes de services et institutions communs, sur l’exercice conjoint de compétences propres, ou sur le développement d’initiatives en commun. Selon son intitulé et l’exposé des motifs, l’avant-projet vise l’organisation de l’ambulatoire et de la première ligne social et santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sur la base d’une politique commune et une approche territorialisée, telle que décrite dans le plan social santé intégré⁽¹²⁾.

Conformément à l’article 3 de l’avant-projet et ainsi qu’il ressort des explications données par les délégués, les compétences mises en œuvre par celui-ci sont la politique de la santé et de l’aide aux personnes visées par l’article 5, § 1^{er}, I et II, de la loi spéciale du 8 août 1980, à l’exception des matières visées à l’article 5, § 1^{er}, II, 3° et 4°, de la même loi spéciale et des matières relatives aux crèches et dans les limites posées par le décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 «relatif aux compétences de la Communauté française dont l’exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française».

En ce qui concerne ces compétences matérielles, qui relèvent des matières personnalisables, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française ne sont pas seules compétentes au sein de la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Des compétences en la matière sont également exercées par la Communauté française et par la Communauté flamande⁽¹³⁾.

(9) Article 5, § 1^{er}, II, 4°, de la loi spéciale du 8 août 1980.

(10) Voir dans le même sens les avis 71.902/VR et 71.908/VR donnés le 27 octobre 2022 sur des avant-projets de décret et ordonnance conjoints «relatif à l’adoption et à la mise en œuvre concertée du plan social santé intégré bruxellois», l’observation 3 dans l’avis 71.902/VR et l’observation 4 dans l’avis 71.908/VR.

(11) Qui, eu égard à l’article 138 de la Constitution, s’applique à la Commission communautaire française et, conformément à l’article 63, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 12 janvier 1989, à la Commission communautaire commune.

(12) Réglé dans l’avant-projet de décret et ordonnance conjoints «relatif à l’adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois» (voir les avis précités 71.902/VR, 71.908/VR, 73.262/VR et 73.285/VR).

(13) La Commission communautaire flamande, réglée dans le livre III de la loi spéciale du 12 janvier 1989, ne dispose pas de compétences législatives et constitue un pouvoir subordonné de la Communauté flamande.

Het voorontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie betreft enkel de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie bij de beoogde samenwerking.

Er bestaat in beginsel geen bezwaar tegen het sluiten van asymmetrische samenwerkingsakkoorden of het aangaan van een asymmetrische samenwerking.⁽¹⁴⁾ Wat betreft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie is het in beginsel niet uitgesloten dat deze bij de uitoefening van haar eigen bevoegdheden samenwerkt met slechts één gemeenschap of gewest, zonder dat de andere gemeenschappen of gewesten die over dezelfde materiële bevoegdheden beschikken, daarbij worden betrokken.⁽¹⁵⁾

Het is in beginsel toelaatbaar dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie de uitoefening van een bevoegdheid wenst af te stemmen met andere overheden. Het behoort precies tot de eigenheid van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie er noodzakelijkerwijs rekening mee dient te houden dat de twee betrokken gemeenschappen mogelijk een uiteenlopend beleid voeren op het vlak van gezondheid en welzijn.⁽¹⁶⁾

Er is dus, vanuit het oogpunt van de bevoegdheidsverdelende regels, als dusdanig geen bezwaar tegen het feit dat alleen de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie worden betrokken bij de huidige totstandkoming van het gezamenlijk decreet en ordonnantie.

Wel moet de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bij de uitwerking van de samenwerking rekening houden met de grondwettelijke beginselen van gelijkheid en van federale loyaliteit. Dit betekent ook dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie op het stuk van de samen-

L'avant-projet de décret et ordonnance conjoints associe uniquement la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française à la coopération visée.

En principe, il n'y a pas d'objection à conclure des accords de coopération asymétriques ni à nouer une coopération asymétrique⁽¹⁴⁾. En ce qui concerne la Commission communautaire commune, il n'est en principe pas exclu que, dans l'exercice de ses compétences propres, la Commission communautaire commune collabore avec une seule communauté ou région, sans qu'y soient associées les autres communautés ou les autres régions à qui ont été attribuées les mêmes compétences matérielles⁽¹⁵⁾.

Il peut en principe être admis que, dans le cadre de l'exercice d'une compétence, la Commission communautaire commune juge souhaitable d'harmoniser l'exercice de ces compétences avec d'autres autorités. La spécificité de la région bilingue de Bruxelles-Capitale implique précisément que la Commission communautaire commune doive nécessairement tenir compte de politiques éventuellement différentes menées par les deux communautés concernées dans le domaine de la santé et du bien-être⁽¹⁶⁾.

Il n'y a donc pas en tant que telle d'objection du point de vue des règles répartitrices de compétences au fait que seules la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune soient associées au présent processus de décret et ordonnance conjoints.

Néanmoins, la Commission communautaire commune doit, lors de la mise en œuvre de la coopération, tenir compte des principes constitutionnels d'égalité et de loyauté fédérale. Cela signifie également que la Commission communautaire commune se doit, sur le plan de la coopération, de traiter les deux communautés en manière telle que

(14) Adv.RvS 61.026/VR van 5 april 2017 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de wet van 30 juni 2017 "houdende instemming met het samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid, het Waalse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest met betrekking tot het beheer van de dienst voor de regularisatie van gewestelijke belastingen en niet uitsplitsbare fiscaal verjaarde kapitalen en de oprichting van een regularisatiesysteem van niet uitsplitsbare fiscaal verjaarde kapitalen en het samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid en het Vlaamse Gewest met betrekking tot de regularisatie van niet uitsplitsbare bedragen", *Parl. St. Kamer* 2016-17, nr. 54-2473/001, 10-22.

(15) Adv.RvS 57.456/AV en 57.670/AV van 22 juni 2015 over een voorstel van gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Franse Gemeenschap, het Waalse Gewest, het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie "instituant un délégué général aux droits de l'enfant commun à la Communauté française, à la Région wallonne, à la Région de Bruxelles-Capitale, à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française" (*Parl. St. Verg.Fr.Gem.Comm.* 2014-15, nr. 18/1), en over een voorstel van gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Franse Gemeenschap, het Waalse Gewest, het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie "instituant un délégué général aux droits de l'enfant commun à la Communauté française, à la Région wallonne, à la Région de Bruxelles-Capitale, à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française" (*Parl. St. W.Parl.* 2014-15, nr. 157/1).

(16) Adv.RvS 51.192/VR van 24 mei 2012 over een voorontwerp van decreet van de Franse Gemeenschapscommissie "portant assentiment à l'Accord de coopération entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire française concernant les politiques croisées 'emploi-formation'" (*Parl. St. Verg.Fr.Gem.Comm.* 2012-13, nr. 75/1, 7-11), met verwijzing naar advies nr. 43.794/1 van 29 november 2007 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de ordonnantie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 27 november 2008 "betreffende de ondersteuning van de 'missions locales pour l'emploi' en de lokale werkwinkels" (*Parl. St. Br.Parl.* 2007-08, A-453/1, 34-38).

(14) Avis 61.026/VR donné le 5 avril 2017 sur un avant-projet devenu la loi du 30 juin 2017 «portant assentiment à l'accord de coopération entre l'État fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne relatif à la gestion du service pour la régularisation des impôts régionaux et des capitaux fiscalement prescrits non scindés et à la mise en place d'un système de régularisation des capitaux fiscalement prescrits non scindés et à l'accord de coopération entre l'État fédéral et la Région flamande relatif à la régularisation des montants non scindés», *Doc. parl.*, Chambre, 2016-2017, n° 54-2473/001, pp. 10-22.

(15) Avis 57.456/AG et 57.670/AG donnés le 22 juin 2015 sur une proposition de décret et ordonnance conjoints de la Communauté française, de la Région wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française, «instituant un délégué général aux droits de l'enfant commun à la Communauté française, à la Région wallonne, à la Région de Bruxelles-Capitale, à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française», *Doc. parl.*, Ass. Comm. comm. fr., 2014-2015, n° 18/1, et sur une proposition de décret et ordonnance conjoints de la Communauté française, de la Région wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française «instituant un délégué général aux droits de l'enfant commun à la Communauté française, à la Région wallonne, à la Région de Bruxelles-Capitale, à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française», *Doc. parl.*, Parl. w., 2014-2015, n° 157/1.

(16) Avis 51.192/VR donné le 24 mai 2012 sur un avant-projet de décret de la Commission communautaire française «portant assentiment à l'Accord de coopération entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire française concernant les politiques croisées 'emploi-formation'», *Doc. parl.*, Ass. Comm. comm. fr., 2012-2013, n° 75/1, pp. 7-11, avec renvoi à l'avis 43.794/1 donné le 29 novembre 2007 sur un avant-projet devenu l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 27 novembre 2008 «relative au soutien des Missions locales pour l'emploi et des 'lokale werkwinkels'», *Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2007-2008, A-453/1, pp. 34-38.

werking de beide gemeenschappen zo moet behandelen dat de afstemming op het beleid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ten goede kan komen aan de instellingen die onder een van beide gemeenschappen ressorteren, en dientengevolge ook aan de personen ten dienste van wie die instellingen staan.⁽¹⁷⁾ Daaruit volgt dat wanneer, zoals in het voorliggende voorontwerp, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een algemene afstemming, coördinatie of integratie van het beleid inzake de ambulante sector nastreeft, met inbegrip van de eerstelijnszorg, ze er alles aan moet doen – dat wil zeggen een reële en daadwerkelijke poging moet ondernemen – om tot samenwerking te komen met de verschillende voor de ambulante sector bevoegde overheden, met inbegrip van de eerstelijnszorg in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, en dit om te voorkomen of zoveel mogelijk te vermijden dat personen verschillend worden behandeld als gevolg van asymmetrische samenwerkingen.⁽¹⁸⁾

Weliswaar kan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, gelet op de autonomie van elk van de andere overheden, die andere overheden niet verplichten een samenwerking aan te gaan. Het is bijgevolg mogelijk dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de tenuitvoerlegging van haar eigen bevoegdheden die zij samen met de andere materieel bevoegde overheden zou willen uitoefenen, er niet in slaagt ervoor te zorgen dat elk van die overheden deelneemt aan een geïntegreerde of gemeenschappelijke regelgeving of dito beleid. Zo'n weigering tot samenwerking mag er niet toe leiden dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie geen samenwerking tot stand kan brengen met overheden die wel tot een bepaalde vorm van samenwerking wensen over te gaan.

De grondwettelijke bevoegdheidsverdeling voor het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, in combinatie met de grondwettelijke beginselen van gelijkheid en van federale loyaliteit, brengt evenwel met zich mee dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie een reële en daadwerkelijke poging moet hebben ondernomen om met de andere bevoegde overheden tot een gelijkaardige samenwerking en afstemming te komen (via een andere vorm van samenwerking, in voorkomend geval asymmetrisch van aard, of via het betrekken van die andere overheden bij de totstandkoming van gezamenlijke normen).⁽¹⁹⁾

7.2. In de memorie van toelichting wordt in dat verband het volgende uiteengezet:

“Op het niveau van het gewest zijn het de GGC en de FGC die de gewestelijke visie en richtlijnen met betrekking tot het welzijns- en gezondheidsbeleid in de lijn van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan blijven aansturen.

Bovendien dient benadrukt te worden dat het zonestelsel dat in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie is opgenomen met name is gebaseerd op wat de andere entiteiten doen. De zones komen immers in grote lijnen overeen met de “zorgraden” die de Vlaamse Gemeenschap in 2019 heeft ingevoerd.

In het Vlaamse Gewest komt een zone van de zorgraden overeen met ongeveer 100.000 inwoners. In Brussel is er echter maar één zorgraad voor 1,2 miljoen inwoners. Dat kan met name worden verklaard door het beperkte aantal actoren op het Brussels grondgebied dat valt onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap, waardoor een aanpak die

(17) Adv.RvS 68.632/1 van 29 januari 2021 over een voorontwerp dat heeft geleid tot de ordonnantie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 2 december 2021 “houdende instemming met het samenwerkingsakkoord van 24 juni 2021 tussen de Vlaamse Gemeenschap, het Vlaams Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest over de afstemming van het arbeidsmarktbeleid, opleiding, vorming en de bevordering van de mobiliteit van werkzoekenden”, *Parl. St. Br.Parl.* 2021-22, nr. A-409/1, 13-18.

(18) Adv.RvS 61.026/VR.

(19) Zie in dezelfde zin Adv.RvS 71.902/VR en 71.908/VR.

les institutions qui relèvent de chaque communauté et, par voie de conséquence, les personnes qu'elles desservent, puissent bénéficier des effets de la coordination avec les politiques menées par la Commission communautaire commune⁽¹⁷⁾. Il s'ensuit que si, comme dans l'avant-projet à l'examen, la Commission communautaire commune poursuit un objectif général d'harmonisation, de coordination ou d'intégration générale de la politique de l'ambulatoire, en ce compris les soins de première ligne, elle doit tout mettre en œuvre – ce qui suppose que la Commission communautaire commune doit avoir fait une tentative réelle et effective – pour parvenir à une coopération avec les différentes autorités compétentes pour la politique de l'ambulatoire, en ce compris les soins de première ligne dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, et ce aux fins de prévenir ou de réduire au maximum les différences de traitement entre personnes qui résulteraient d'une asymétrie entre les coopérations menées⁽¹⁸⁾.

Certes, eu égard à l'autonomie respectueuse des autres autorités, la Commission communautaire commune ne peut pas obliger ces autres autorités à nouer une coopération. En conséquence, il est possible que la Commission communautaire commune ne parvienne pas, dans le cadre de la mise en œuvre de ses compétences propres qu'elle souhaiterait exercer conjointement avec les autres autorités matériellement compétentes, à s'assurer que chacune de ces autorités participe à une réglementation ou politique intégrée ou commune. Un tel refus de coopérer ne pourrait avoir pour conséquence que la Commission communautaire commune ne puisse pas nouer une coopération avec des autorités qui souhaitent effectivement s'engager dans une certaine forme de coopération.

La répartition constitutionnelle des compétences applicable dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, combinée avec les principes constitutionnels d'égalité et de loyauté fédérale, implique cependant l'obligation pour la Commission communautaire commune d'avoir fait une tentative réelle et effective en vue de mettre en place une coopération et une coordination similaires avec les autres autorités compétentes (via une autre forme de coopération, menée le cas échéant de manière asymétrique, ou via une association de ces autres autorités au processus normatif conjoint)⁽¹⁹⁾.

7.2. À ce sujet, l'exposé des motifs indique ce qui suit:

«Au niveau de la région, ce sont la Cocom et la Cocof qui restent les pilotes d'une vision régionale et des directives relatives à la politique sociale santé dans la ligne du Plan Social Santé Intégré.

Il doit par ailleurs être souligné que le dispositif bassins repris dans le présent décret et ordonnance conjoints s'inspire notamment de ce qui est fait par d'autres entités. En effet, les bassins correspondent dans les grandes lignes aux «zorgraden» institués en 2019 par la Communauté flamande.

En Région flamande les zones des zorgraden ont été définies par environ 100.000 habitants. Toutefois, il n'existe pour Bruxelles qu'un seul «zorgraad» pour 1,2 million d'habitants. Cela s'explique notamment en raison du nombre limité d'acteurs sur le territoire bruxellois relevant de la compétence de la Communauté flamande qui ne permet pas une approche

(17) Avis 68.632/1 donné le 29 janvier 2021 sur un avant-projet devenu l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 2 décembre 2021 «portant assentiment à l'accord de coopération du 24 juin 2021 entre la Communauté flamande, la Région flamande et la Région de Bruxelles-Capitale portant sur l'articulation de la politique du marché du travail, de la formation et de la promotion de la mobilité des chercheurs d'emploi», *Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2021-2022, n° A-409/1, pp. 13-18.

(18) Avis 61.026/VR.

(19) Voir dans le même sens les avis 71.902/VR et 71.908/VR.

vergelijkbaar is met die die in het Vlaamse Gewest wordt gehanteerd niet mogelijk is. Gezien het proportioneel grotere aantal actoren dat valt onder de GGC of de FGC is het essentieel om meer zones te creëren op het Brusselse grondgebied. Het doel is om een nauwe samenwerking te creëren tussen de zones die in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie worden vastgelegd en de zorgraad BruZEL en de VGC.

De indeling in zones komt ook overeen met de geest van de indeling die op dit moment in het Waalse Gewest wordt voorgesteld in het kader van het traject Proxisanté.

De logica van de geïntegreerde organisatie van de welzijns- en gezondheidssector op basis van territorialisering ontwikkelt zich over het hele Belgische grondgebied. Om een geïntegreerd hulp- en zorgbeleid tussen de verschillende gefedereerde entiteiten te garanderen, zullen samenwerkingsmechanismen worden opgezet.

Er werd via werkgroepen gedurende enkele maanden overleg gepleegd met de bevoegde actoren. Zowel de ambulante actoren die onder de bevoegdheid van de GGC en de FGC vallen als die die onder de federale overheid of de Vlaamse Gemeenschap vallen via het Huis voor Gezondheid werden voor dat overlegproces uitgenodigd.

Ook moet er worden gepreciseerd dat er contact werd opgenomen met de Vlaamse Gemeenschap om het in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie ontwikkelde eerstelijnsbeleid op het Brusselse grondgebied te harmoniseren en te coördineren met dat van Vlaanderen. Er lopen op dit moment besprekingen met het oog op het sluiten van een protocolakkoord.

Gezien de vele entiteiten die op het Brusselse grondgebied bevoegd zijn voor gezondheid en welzijn is het van essentieel belang om talrijke samenwerkingen op te zetten. Door de institutionele complexiteit en de complexiteit wat het Belgisch-Brusselse beleid betreft, moeten de samenwerkingsmodaliteiten echter worden aangepast aan de beschikbare mogelijkheden. Met andere woorden, een pragmatische benadering is nodig om samenwerking op Brussels niveau mogelijk te maken.

Bovendien is het vanzelfsprekend dat dit gezamenlijk decreet en ordonnantie het sluiten van andere, al dan niet asymmetrische akkoorden met de in het Brusselse Gewest bevoegde entiteiten niet in de weg staat.”

7.3. Gevraagd of het ontwerp uitvoering geeft aan principes opgenomen in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan, of op een andere manier tot doel heeft een geïntegreerd beleid inzake de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid voor het gehele tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad tot stand te brengen, en of in dat geval een daadwerkelijke poging tot samenwerking ook met de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap werd gedaan, antwoordden de gemachtigden het volgende:

«Het ontwerp geeft inderdaad uitvoering aan principes en beleidsplan zoals opgenomen in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan. Het dient dan te worden gezien als één van de concrete uitvoering[en] van dit plan. [...]

Wat de samenwerking met de andere bevoegde entiteiten betreft kan worden verwezen naar [...] de memorie van toelichting. Zoals daar vermeld zijn er vandaag nauwe contacten gelegd om de samenwerking te versterken en ervoor zorgen dat de inhoud van dit ontwerp complementair wordt met het beleid van de andere entiteiten. Deze samenwerkingen (die in functie van de noden de volgende vormen kunnen nemen: vergaderingen, protocolakkoord, samenwerkingsakkoord, ...) zijn dus essentieel om de beleidsvisie van onderhavig ontwerp te verwezenlijken.

Het principe van territorialiteit en de oprichting van drie niveau in Brussel waarop en in functie waarvan de zorg zullen kunnen worden georganiseerd werd ook reeds meermaals besproken tijdens interministeriële conferentie gezondheid (IMC-CIM) en er wordt

semblable à celle appliquée en Région flamande. Au regard du nombre d'acteurs proportionnellement plus important relevant de la Cocom ou de la Cocof, il est indispensable de créer un plus grand nombre de bassins pour le territoire bruxellois. L'objectif est bien de mettre en place une étroite collaboration entre les bassins définis dans le présent décret et ordonnance conjoint et le zorgraad bruZEL et la VGC.

Le découpage en bassins correspond également à l'esprit du découpage actuellement proposé en Région wallonne dans le cadre du traject Proxi-santé.

La logique de l'organisation du secteur social santé intégrée sur la base d'une territorialisation se développe sur l'ensemble du territoire belge. Afin de garantir une politique d'aide et de soins intégrés entre les différentes entités fédérées des mécanismes de coopération seront mis en place.

Un travail de concertation par le biais de groupes de travail ayant duré plusieurs mois avec les acteurs compétents a été mis en œuvre. Tant les acteurs ambulatoires relevant de la compétence de la Cocom et de la Cocof que ceux relevant de l'autorité fédérale ou de la Communauté flamande à travers la Huis voor Gezondheid ont été invités à la concertation.

Il convient par ailleurs de préciser que des contacts ont été pris avec la Communauté flamande afin d'harmoniser et de coordonner sur le territoire bruxellois la politique de la première ligne développée par le présent décret et ordonnance conjoint avec celle de la Flandre. Des discussions sont actuellement en cours afin d'aboutir à la conclusion d'un protocole d'accord.

En raison du nombre très importants d'entités compétentes dans le domaine de la santé et du social pour le territoire bruxellois, il est indispensable de mettre en place de nombreuses collaborations. Toutefois, la complexité institutionnelle et politique belgo-bruxelloise impose d'adapter les modalités de collaboration en fonction des possibilités offertes. En d'autres termes, une approche pragmatique est indispensable afin de rendre possible la collaboration au niveau bruxellois.

Il va également de soi que le présent décret et ordonnance conjoint n'empêche aucunement la conclusion d'autres accords, asymétriques ou non, avec les entités compétentes en Région bruxelloise».

7.3. À la question de savoir si l'avant-projet met en œuvre les principes figurant dans le plan social santé intégré ou si, d'une autre manière, il vise à mettre en place une politique intégrée de l'ambulatoire et de la première ligne social santé pour l'ensemble de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, et si, dans l'affirmative, une véritable tentative de coopération a été effectuée avec les Communauté française et flamande, les délégués ont répondu ce qui suit:

«Het ontwerp geeft inderdaad uitvoering aan principes en beleidsplan zoals opgenomen in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan. Het dient dan te worden gezien als één van de concrete uitvoering[en] van dit plan. [...]

Wat de samenwerking met de andere bevoegde entiteiten betreft kan worden verwezen naar [...] de memorie van toelichting. Zoals daar vermeld zijn er vandaag nauwe contacten gelegd om de samenwerking te versterken en ervoor zorgen dat de inhoud van dit ontwerp complementair wordt met het beleid van de andere entiteiten. Deze samenwerkingen (die in functie van de noden de volgende vormen kunnen nemen: vergaderingen, protocolakkoord, samenwerkingsakkoord...) zijn dus essentieel om de beleidsvisie van onderhavig ontwerp te verwezenlijken.

Het principe van territorialiteit en de oprichting van drie niveau in Brussel waarop en in functie waarvan de zorg zullen kunnen worden georganiseerd werd ook reeds meermaals besproken tijdens interministeriële conferentie gezondheid (IMC-CIM) en er wordt

vandaag reeds daarmee rekening gehouden in de discussie tussen de verschillende entiteiten (zie onder meer <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/interfederaal-plan-geintegreerde-zorg/Paginas/default.aspx>).

Er zijn vandaag ook reeds discussie[s] om deze samenwerkingen verder [te organiseren in de vorm van [een] protocolakkoord of samenwerkingsakkoord.»

7.4. Gelet op die uitleg en met name op het vermelde streven naar afstemming en complementariteit met de respectieve beleidslijnen van de Franse Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschap, wordt er akte van genomen dat een reële en daadwerkelijke poging gaande is om tot een gelijkaardige samenwerking en afstemming met de Vlaamse Gemeenschap en de Franse Gemeenschap te komen.

8.1. Artikel 6 van het voorontwerp bepaalt dat het aanbod van de ambulante sector op territoriale basis is georganiseerd. Luidens artikel 7 van het voorontwerp wordt het grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad in het kader van de uitvoering van het hulp- en zorgbeleid in drie niveaus opgedeeld: de welzijns- en gezondheidswijken, de hulp- en zorgzones en het gewest. Overeenkomstig artikel 8 van het voorontwerp wordt het subsidiariteitsbeginsel in de acties van elk niveau nageleefd. Artikel 9 van het voorontwerp bepaalt dat de actoren van de ambulante sector optreden en de in artikelen 4 en 5 beoogde opdrachten uitvoeren in een bepaald gebied om het beginsel van de bevolkingsverantwoordelijkheid⁽²⁰⁾ toe te passen. Artikel 24 van het voorontwerp bepaalt dat bij de erkenningen en financieringen die worden toegekend aan de actoren van de ambulante sector het territoriale interventieniveau van de beoogde activiteit wordt gepreciseerd; de colleges kunnen de territoriale interventieniveaus van de actoren van de ambulante sector bepalen.

Het is niet duidelijk wat de concrete rechtsgevolgen zijn van deze bepalingen en in het bijzonder van artikel 9 van het voorontwerp, wat betreft de territoriale opdeling van het beoogde welzijns- en gezondheidsaanbod.

8.2. In de memorie van toelichting wordt in dat verband het volgende uiteengezet:

«De organisatie van het welzijns- en gezondheidsaanbod op territoriale basis houdt voor de gebruikers geen nieuwe verplichting in om gebruik te maken van een dienst die op het bepaalde grondgebied is gevestigd. Op dat punt bestaat er geen enkele wens om de rechten van de patiënten te beperken wat hun vrijheid betreft om hun zorgverstrekker te kiezen.»

Elders in de memorie van toelichting wordt evenwel ook het volgende uiteengezet:

«Een van de belangrijkste gevolgen van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie is de integratie van het concept van optreden in een bepaald gebied.

De actoren zullen hun optreden moeten kaderen binnen een gebied. In de eventueel toegekende erkenningen aan die actoren zal daarom het gebied waarvoor een actor erkend is, moeten worden vermeld.

Eenzijds voeren echter niet alle actoren momenteel hun activiteiten uit in een bepaald gebied en anderzijds voeren sommige actoren hun acties uit in een bepaald gebied zonder dat dat gebied overeenkomt met de gebieden die door de Colleges zullen worden bepaald.

Een zekere aanpassingsperiode is ongetwijfeld noodzakelijk.

vandaag reeds daarmee rekening gehouden in de discussie tussen de verschillende entiteiten (zie onder meer <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/interfederaal-plan-geintegreerde-zorg/Paginas/default.aspx>).

Er zijn vandaag ook reeds discussie[s] om deze samenwerkingen verder [te organiseren in de vorm van [een] protocolakkoord of samenwerkingsakkoord».

7.4. Au vu des explications données et, notamment, de la volonté annoncée de développer une coordination et une complémentarité avec les politiques respectives de la Communauté française et de la Communauté flamande, il est pris acte de ce qu'une tentative réelle et effective en vue de mettre en place une coopération et une coordination similaires avec la Communauté flamande et la Communauté française est en cours.

8.1. L'article 6 de l'avant-projet dispose que l'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale. Aux termes de l'article 7 de l'avant-projet, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins, le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale est divisé en trois niveaux: les quartiers social-santé, les bassins d'aide et de soins et la région. Conformément à l'article 8 de l'avant-projet, l'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité. L'article 9 de l'avant-projet prévoit que les acteurs de l'ambulatoire inscrivent leurs actions et mettent en œuvre les missions visées aux articles 4 et 5 sur un territoire donné afin d'y mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle⁽²⁰⁾. L'article 24 de l'avant-projet énonce que les agréments et financements octroyés aux acteurs de l'ambulatoire précisent le niveau d'intervention territoriale de l'activité visée; les collèges peuvent fixer les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire.

Les conséquences juridiques concrètes de ces dispositions n'apparaissent pas clairement, en particulier celles de l'article 9 de l'avant-projet, en ce qui concerne la répartition territoriale de l'offre social santé envisagée.

8.2. À ce sujet, l'exposé des motifs indique ce qui suit:

«L'organisation de l'offre social santé sur une base territoriale n'implique pas d'obligation nouvelle pour les usagers de recourir à un service basé sur le territoire défini. Il n'existe sur ce point aucune intention de limiter le droit des patients à leur libre choix de prestataire de soins.»

Toutefois, ailleurs dans l'exposé des motifs, il est également fait mention de ce qui suit:

«Un des impacts majeurs du présent décret et ordonnance conjoints est l'intégration de la notion d'action sur un territoire déterminé.

Les acteurs devront intégrer leurs actions au sein d'un territoire. Les éventuels agréments octroyés à ces acteurs devront dès lors mentionner le territoire pour lequel un acteur est agréé.

Toutefois, d'une part, tous les acteurs n'exercent actuellement pas leurs activités sur un territoire déterminé et d'autre part, certains acteurs inscrivent leurs actions sur un territoire déterminé sans que ce territoire corresponde aux territoires qui seront déterminées par les collèges.

Une certaine période d'adaptation est indéniablement nécessaire.

(20) Zoals gedefinieerd in artikel 2, 7°, van het voorontwerp.

(20) Telle que définie à l'article 2, 7°, de l'avant-projet.

Daarom wordt in geen geval in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie een bepaald gebied opgelegd aan de actoren.

De bepaling van het interventiegebied van een actor van de ambulante sector zal in overleg met de bevoegde overheden, de FGC en de GGC en de actoren zelf moeten gebeuren. De adviezen van de administraties, de studie- en ondersteuningsdiensten en de instanties van de zones zullen in aanmerking worden genomen.

Met andere woorden is de bedoeling van de eerste paragraaf van dit artikel om de keuze van een gebied in het kader van de toekenning van een erkenning op te leggen, maar de “keuze” van dat gebied zal moeten gebeuren op basis van overleg met de verschillende bevoegde actoren.

In artikel 44 wordt voorzien in een door de Colleges vast te leggen termijn voor de uitvoering van deze bepaling.

Pas wanneer het territorialiteitsstelsel voor een bepaalde groep actoren een zekere stabiliteit heeft bereikt, zullen de Colleges in voorkomend geval bij besluit het interventieniveau voor een of meer bepaalde sectoren kunnen bepalen.”

8.3. De gemachtigden gaven daarbij nog de volgende uitleg:

“Op termijn is het wel de bedoeling dat de actoren gefinancierd of erkend worden om hun opdrachten op een welbepaald grondgebied uit te voeren. Dit zal wel enige tijd duren vooraleer het effectief uitgevoerd wordt en zal uitvoeringsbeslissingen en besluiten vereisen. Het is wat wordt [...] bedoeld met de volgende passage “Daarom wordt in geen geval in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie een bepaald gebied opgelegd aan de actoren.” Die passage moet worden gelezen met de twee volgende paragrafen van de memorie van toelichting waaruit blijkt dat het gebied niet zozeer opgelegd zal worden maar gekozen in samenwerking met de betrokken actoren.

Er vloeit wel uit dit ontwerp een verplichting [voort] om de erkende of gefinancierde opdrachten op een bepaald grondgebied uit te voeren, maar de keuze van dit grondgebied zal in overleg met de betrokken actoren gebeuren en geval per geval worden bekeken.”

8.4. Uit dit alles kan worden afgeleid dat het de bedoeling is om binnen een door de colleges te bepalen termijn de uitoefening van activiteiten door bepaalde actoren te beperken tot een bepaald grondgebied. Nog afgezien van hetgeen hierna wordt uiteengezet aangaande de verenigbaarheid daarvan met Europees recht (zie opmerking 8.5), moet duidelijker uit de verf komen wat de concrete rechtsgevolgen zijn, wat betreft de territoriale beperking van erkenningen en subsidiëringen van deze actoren op het niveau van de welzijns- en gezondheidswijken en van de hulp- en zorgzones.

Zoals het nu gesteld is, vertolkt het voorontwerp niet duidelijk het principe dat het interventiegebied van een actor van de ambulante sector in overleg met de betrokken actoren en geval per geval wordt gekozen, noch dat die regel rechtstreeks verband houdt met het verkrijgen van een specifieke erkenning of financiering, wat nochtans wel het nagestreefde doel lijkt te zijn. Het voorontwerp moet op dat punt worden aangevuld.

Hoe dan ook kan een dergelijke territoriale beperking enkel uitwerking hebben binnen de materiële bevoegdheden van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en van de Franse Gemeenschapscommissie inzake gezondheidszorg. De uitleg van de gemachtigden dat met de betrokken actoren enkel de actoren worden geïdentificeerd die onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie vallen (zie opmerking 19), neemt niet weg dat er actoren zijn die ook ten dele onder de bevoegdheid vallen van de

C'est pourquoi le présent décret et ordonnance conjoints n'impose aucunement aux acteurs un territoire déterminé.

La détermination du territoire d'intervention d'un acteur de l'ambulatoire devra se faire en concertation entre les autorités compétentes, la COCOF et la COCOM et les acteurs eux-mêmes. L'avis des administrations, des services d'étude et de soutien, les instances des bassins seront pris en compte.

En d'autres termes, l'intention du paragraphe premier du présent article est bien d'imposer le choix d'un territoire dans le cadre de l'octroi d'un agrément, mais le «choix» de ce territoire devra se faire sur la base d'une concertation avec les différents acteurs compétents.

L'article 44 prévoit un délai à fixer par les collèges pour la mise en œuvre de cette disposition.

C'est uniquement une fois que le dispositif de territorialité connaîtra une certaine stabilité pour un groupe d'acteur déterminé que les collèges pourront le cas échéant déterminer par arrêté le niveau d'intervention d'un ou de plusieurs secteurs déterminés».

8.3. À cet égard, les délégués ont encore ajouté les explications suivantes:

«Op termijn is het wel de bedoeling dat de actoren gefinancierd of erkend worden om hun opdrachten op een welbepaald grondgebied uit te voeren. Dit zal wel enige tijd duren vooraleer het effectief uitgevoerd wordt en zal uitvoeringsbeslissingen en besluiten vereisen. Het is wat wordt [...] bedoeld met de volgende passage «Daarom wordt in geen geval in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie een bepaald gebied opgelegd aan de actoren.» Die passage moet worden gelezen met de twee volgende paragrafen van de memorie van toelichting waaruit blijkt dat het gebied niet zozeer opgelegd zal worden maar gekozen in samenwerking met de betrokken actoren.

Er vloeit wel uit dit ontwerp een verplichting [voort] om de erkende of gefinancierde opdrachten op een bepaald grondgebied uit te voeren, maar de keuze van dit grondgebied zal in overleg met de betrokken actoren gebeuren en geval per geval worden bekeken».

8.4. De ces précisions, il peut être déduit que l'intention est, dans un délai à fixer par les collèges, de limiter à un territoire déterminé l'exercice des activités de certains acteurs. Indépendamment même des considérations émises ci-après concernant leur compatibilité avec le droit européen (voir l'observation 8.5), il convient de faire ressortir plus clairement les conséquences juridiques concrètes qui s'attachent à la limitation territoriale des agréments et subventions de ces acteurs au niveau des quartiers social-santé et des bassins d'aide et de soins.

En l'état actuel, l'avant-projet ne pose pas clairement le principe selon lequel le choix du territoire d'intervention d'un acteur de l'ambulatoire se fera en concertation avec les acteurs concernés et au cas par cas, ni que cette modalité est directement liée à l'obtention d'un agrément ou d'un financement spécifique, ce qui paraît pourtant être l'intention poursuivie. L'avant-projet sera complété sur ce point.

Quoi qu'il en soit, une telle limitation territoriale ne peut avoir d'effet que dans le cadre des compétences matérielles de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française dans le domaine des soins de santé. Les explications des délégués selon lesquelles les acteurs concernés sont uniquement ceux relevant de la compétence de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française (voir l'observation 19), ne changent rien au fait qu'il existe des acteurs qui relèvent aussi pour partie de la compétence de

federale overheid, namelijk beoefenaars van de gezondheidszorg.⁽²¹⁾ Het is niet mogelijk om individuele gezondheidszorgbeoefenaars te verbieden om diensten van gezondheidszorg te verstrekken buiten bepaalde zones of wijken in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, omdat daarmee de federale bevoegdheid inzake de uitoefening van de geneeskunde zou worden betreden.⁽²²⁾

Indien, zoals in de memorie van toelichting wordt uiteengezet, uit de ontworpen regeling geen enkele beperking voortvloeit voor de gebruiker om zelf zijn dienstverlener te kiezen, zou dit met zoveel woorden moeten worden bepaald in het voorontwerp, maar dan rijst ook de vraag hoe die keuzevrijheid zich verhoudt tot de zo-even geschetste territoriale beperking, hetgeen dan ook in het voorontwerp tot uiting zou moeten komen.

8.5. In zoverre de ontworpen regeling gaat om diensten, andere dan niet-economische diensten van algemeen belang, in het bijzonder in hoofde van individuele actoren, en tot gevolg heeft dat het uitoefenen van bepaalde activiteiten wordt beperkt tot een bepaald territoriaal gebied, moet worden nagegaan of dit in overeenstemming is met de vrijheid van vestiging (artikel 49 e.v. van het Verdrag “betreffende de werking van de Europese Unie” (hierna: VWEU)) en de vrijheid van dienstverrichting (artikel 56 e.v. van hetzelfde verdrag). De gemachtigden gaven in dat verband de volgende toelichting:

“Daarnaast [kan] het merendeel van de erkenningsstelsel en financieringen die onder de toepassing van onderhavig ontwerp vallen [...] niet beschouwd worden als een vergunningsstelsel in de zin van de Dienstrichtlijn in de mate dat ze niet de toegang tot een bepaalde activiteit voorwaardelijk maken aan het bekomen van een “vergunning”, maar enkel de financiering ervan. Met andere woorden, de betrokken actoren mogen hun activiteiten vrij uitoefenen (of in sommige gevallen mits naleving van regelgevingen die niet onder de bevoegdheid van de GGC of de FGC vallen – zoals voor artsen en dergelijk) maar indien zij de financiering van de GGC of de FGC willen ontvangen dienen ze wel aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Behoudens vergissing kunnen deze gevallen niet worden beschouwd als een belemmering van de vrijheid van vestiging.

Wat de activiteiten die wel alleen mogen worden uitgeoefend mits naleving van een GGC of FGC vergunningsstelsel (zie bijvoorbeeld artikel 6 van ordonnantie van 7 november 2002 betreffende de centra en diensten voor Bijstand aan Personen) vallen deze wel minstens onder de toepassing van artikelen 49 ev en 56 ev VWEU. Voor deze diensten kan wel worden beschouwd dat onderhavig ontwerp een territoriaal beperking aan de uitoefening van een dienst invoegt.

Het principe van territorialiteit toegepast [op de welzijns- en gezondheidssector] in België is niet nieuw. Er wordt immers regelmatig ervan gebruik gemaakt. Een recent geval kan worden gevonden in de invoering van een territoriale programmatie voor de ziekenhuisnetwerken, zoals ingevoegd bij artikel 6 van de wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, waarover de RvS geen principiële bezwaar had (zie advies 65.023/3).

Een strikt territoriale spreiding kan ook worden gevonden in het vergunningsstelsel van de apotheken. De RvS heeft reeds [geoordeeld]: “het begrip ‘spreiding van de apotheken’ moet zo worden opgevat dat het in overeenstemming is met de eisen van de volksgezondheid, inzonderheid met het oog op het op een doeltreffende wijze uitoefenen van de artseneerbereidkunde, hetgeen *in concreto* betekent dat de organisatie en de inplanting van de apotheken dient te

(21) Die vallen onder het toepassingsgebied van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 “betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen” en de wet van 29 april 1999 “betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artseneerbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen”.

(22) Zie GwH 19 december 2013, nr. 170/2013, B.13 tot B.16.

l’*autorité fédérale*, à savoir les professionnels de la santé⁽²¹⁾. Il n’est pas possible d’interdire à des professionnels de la santé visés à titre individuel de dispenser des services de soins de santé en dehors de certains bassins ou quartiers de la Région de Bruxelles-Capitale, car cela constituerait un empiètement sur la compétence fédérale en matière d’exercice de la médecine⁽²²⁾.

Si, comme l’indique l’exposé des motifs, le dispositif en projet ne limite aucunement la liberté de l’usager de choisir lui-même son prestataire de soins, l’avant-projet devrait le prévoir explicitement, mais la question se pose alors également de savoir comment cette liberté de choix s’articule avec la limitation territoriale évoquée, ce qui devrait donc aussi être réglé par l’avant-projet.

8.5. Dans la mesure où le dispositif en projet concerne des services, autres que des services non économiques d’intérêt général, en particulier en ce qui concerne des acteurs individuels, et a pour effet de limiter l’exercice de certaines activités à un bassin territorial déterminé, il convient d’examiner s’il se concilie avec la liberté d’établissement (article 49 et suivants du Traité «sur le fonctionnement de l’Union européenne» (ci-après: «TFUE»)) et la libre prestation des services (article 56 et suivants du TFUE). À cet égard, les délégués ont donné les explications suivantes:

«Daarnaast [kan] het merendeel van de erkenningsstelsel en financieringen die onder de toepassing van onderhavig ontwerp vallen [...] niet beschouwd worden als een vergunningsstelsel in de zin van de Dienstrichtlijn in de mate dat ze niet de toegang tot een bepaalde activiteit voorwaardelijk maken aan het bekomen van een «vergunning», maar enkel de financiering ervan. Met andere woorden, de betrokken actoren mogen hun activiteiten vrij uitoefenen (of in sommige gevallen mits naleving van regelgevingen die niet onder de bevoegdheid van de GGC of de FGC vallen – zoals voor artsen en dergelijk) maar indien zij de financiering van de GGC of de FGC willen ontvangen dienen ze wel aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Behoudens vergissing kunnen deze gevallen niet worden beschouwd als een belemmering van de vrijheid van vestiging.

Wat de activiteiten die wel alleen mogen worden uitgeoefend mits naleving van een GGC of FGC vergunningsstelsel (zie bijvoorbeeld artikel 6 van ordonnantie van 7 november 2002 betreffende de centra en diensten voor Bijstand aan Personen) vallen deze wel minstens onder de toepassing van artikelen 49 ev en 56 ev VWEU. Voor deze diensten kan wel worden beschouwd dat onderhavig ontwerp een territoriaal beperking aan de uitoefening van een dienst invoegt.

Het principe van territorialiteit toegepast [op de welzijns- en gezondheidssector] in België is niet nieuw. Er wordt immers regelmatig ervan gebruik gemaakt. Een recent geval kan worden gevonden in de invoering van een territoriale programmatie voor de ziekenhuisnetwerken, zoals ingevoegd bij artikel 6 van de wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, waarover de RvS geen principiële bezwaar had (zie advies 65.023/3).

Een strikt territoriale spreiding kan ook worden gevonden in het vergunningsstelsel van de apotheken. De RvS heeft reeds [geoordeeld]: «het begrip ‘spreiding van de apotheken’ moet zo worden opgevat dat het in overeenstemming is met de eisen van de volksgezondheid, inzonderheid met het oog op het op een doeltreffende wijze uitoefenen van de artseneerbereidkunde, hetgeen *in concreto* betekent dat de organisatie en de inplanting van de apotheken dient te

(21) Ceux-ci tombent sous le coup de la loi coordonnée du 10 mai 2015 «relative à l’exercice des professions des soins de santé» et de la loi du 29 avril 1999 «relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l’art médical, de l’art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l’art infirmier et des professions paramédicales».

(22) C.C., 19 décembre 2013, n° 170/2013, B.13 à B.16.

worden georganiseerd in het licht van een doeltreffende aflevering van de geneesmiddelen aan de bevolking” (arrest nr. 180.948 van 13 maart 2008, p. 16).

Tot slotte heeft het Hof van Justitie reeds gesteld dat “volgens vaste rechtspraak van het Hof artikel 49 VWEU aldus moet worden uitgelegd dat deze bepaling zich in beginsel niet ertegen verzet dat een lidstaat een stelsel van voorafgaande vergunningen voor de vestiging van nieuwkomers in de zorgsector zoals apotheken vaststelt, wanneer een dergelijk stelsel onmisbaar is om eventuele leemten in de toegang tot de gezondheidszorg te dichten en overlappingsen te voorkomen, zodat de gezondheidszorg passend tegemoet komt aan de behoeften van de bevolking, het gehele grondgebied bestrijkt en rekening houdt met geografisch geïsoleerde of anderszins benadeelde gebieden” (arrest C-367/12 overweging 24).

Het Hof van Justitie heeft dus principieel geen bezwaar tegen een stelsel [dat] op grond van sociaal- of gezondheidsoverwegingen een bepaalde locatie voor het uitvoeren van een sociale/ gezondheidsdienst oplegt. Om de wettelijkheid van dit stelsel te beoordelen dient wel te worden nagegaan op grond van welke objectieve en concrete criteria het grondgebied van de betrokken dienst wordt opgelegd. Deze analyse kan in dit stadium niet worden uitgevoerd aangezien onderhavig ontwerp slechts het principe bepaal[t], hetwelk in de uitvoering van dit ontwerp zal geconcretiseerd moeten worden.

Er dient bijgevolg te worden besloten dat in zover dit ontwerp slechts het principe van de organisatie van de zorg op territoriaal basis regelt het niet strijdig is met artikelen 49 ev en 56 ev VWEU.”

8.5.1. Elke nationale maatregel die het gebruik van de bij het VWEU gewaarborgde vrijheid van vestiging of van dienstverrichting door onderdanen van de Unie kan belemmeren of minder aantrekkelijk kan maken, zelfs wanneer hij van toepassing is zonder discriminatie op grond van nationaliteit, vormt volgens vaste rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie een beperking in de zin van de artikelen 49 en 56 van het VWEU.⁽²³⁾

De verplichting zich aan een bepaald gebied te houden voor het verlenen van diensten in het kader van een erkenning of een subsidie, houdt *in casu* voor de uitoefening van de activiteit van de actoren van de ambulante sector een beperking in van de vrijheid van dienstverrichting en van de vrijheid van vestiging zoals bedoeld in de artikelen 49 en 56 van het VWEU. In België berust de toegang tot de gezondheidszorg en tot de sociale diensten in hoofdzaak op de volledige of gedeeltelijke financiering door de Staat van de daaraan gerelateerde prestaties. Het feit dat de verplichting voor de actoren van de ambulante sector om een territoriaal interventieniveau vast te stellen, enkel verband zou houden met hun subsidiëring, betekent op zich dan ook niet dat die opgelegde territorialisering geen belemmering zou vormen van de vrijheid van vestiging of van de vrijheid van dienstverrichting. Al is het zo dat de betrokken regelgeving de begunstigen van de ambulante diensten niet de mogelijkheid ontnemt een beroep te doen op een niet-erkende en niet-gesubsidieerde dienstverlener, toch heeft een dergelijke regelgeving een ontradend effect op begunstigen die zich willen wenden tot ambulante dienstverleners die geen erkenning en geen subsidiëring hebben verkregen en die bijgevolg niet verplicht zijn hun activiteiten tot een bepaald gebied te beperken.

Voorts is de territorialisering ook bepalend voor de erkenning van de actoren van de ambulante sector als zodanig, en hoewel die erkenning een onontbeerlijke voorwaarde voor subsidiëring is, bestaat ze los van de subsidiëring. De erkenning kan ook het bewijs zijn dat een hele reeks architecturale of personeelsgebonden functioneringsnormen zijn nageleefd, wat ten aanzien van derden een kwaliteitsgarantie is. Het verband dat artikel 24 van het voorontwerp legt tussen de erkenning en het gebied waarin de activiteiten worden uitgeoefend, zal dus ook gevolgen

(23) Zie in die zin HvJ 14 oktober 2004, C-299/02, Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Koninkrijk der Nederlanden, Jurispr. I-9761, § 15; 21 april 2005, C-140/03, Commissie van de Europese Gemeenschappen t. Helleense Republiek, Jurispr. I-3177, § 27.

worden georganiseerd in het licht van een doeltreffende aflevering van de geneesmiddelen aan de bevolking» (arrest nr. 180.948 van 13 maart 2008, p. 16).

Tot slotte heeft het Hof van Justitie reeds gesteld dat «volgens vaste rechtspraak van het Hof artikel 49 VWEU aldus moet worden uitgelegd dat deze bepaling zich in beginsel niet ertegen verzet dat een lidstaat een stelsel van voorafgaande vergunningen voor de vestiging van nieuwkomers in de zorgsector zoals apotheken vaststelt, wanneer een dergelijk stelsel onmisbaar is om eventuele leemten in de toegang tot de gezondheidszorg te dichten en overlappingsen te voorkomen, zodat de gezondheidszorg passend tegemoet komt aan de behoeften van de bevolking, het gehele grondgebied bestrijkt en rekening houdt met geografisch geïsoleerde of anderszins benadeelde gebieden» (arrest C-367/12 overweging 24).

Het Hof van Justitie heeft dus principieel geen bezwaar tegen een stelsel dat] op grond van sociaal- of gezondheidsoverwegingen een bepaalde locatie voor het uitvoeren van een sociale/ gezondheidsdienst oplegt. Om de wettelijkheid van dit stelsel te beoordelen dient wel te worden nagegaan op grond van welke objectieve en concrete criteria het grondgebied van de betrokken dienst wordt opgelegd. Deze analyse kan in dit stadium niet worden uitgevoerd aangezien onderhavig ontwerp slechts het principe bepaal[t], hetwelk in de uitvoering van dit ontwerp zal geconcretiseerd moeten worden.

Er dient bijgevolg te worden besloten dat in zover dit ontwerp slechts het principe van de organisatie van de zorg op territoriaal basis regelt het niet strijdig is met artikelen 49 ev en 56 ev VWEU».

8.5.1. Selon une jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne, constitue une restriction au sens des articles 49 et 56 du TFUE toute mesure nationale qui, même applicable sans discrimination tenant à la nationalité, est susceptible de gêner ou de rendre moins attrayant l'exercice, par les ressortissants de l'Union, de la liberté d'établissement ou de la liberté de service garanties par le traité⁽²³⁾.

En l'espèce, l'imposition d'une obligation de respecter un territoire donné pour la prestation de ses services dans le cadre d'un agrément ou d'une subvention revient à soumettre l'exercice de l'activité des acteurs de l'ambulatoire à une restriction à la libre prestation de services et à la liberté d'établissement au sens des articles 49 et 56 du TFUE. Dès lors que l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en Belgique repose principalement sur le financement par l'État, en tout ou en partie, des prestations qui y sont liées, le seul fait que l'imposition de la définition d'un niveau d'intervention territorial aux acteurs de l'ambulatoire serait uniquement lié au subventionnement de ces acteurs n'a pas pour conséquence que cette territorialisation imposée ne constituerait pas une entrave à la liberté d'établissement ou à la libre prestation de services. S'il est vrai que la réglementation en cause ne prive pas les bénéficiaires des services ambulatoires de la possibilité d'avoir recours à un prestataire de services non agréé et non subventionné, une telle réglementation décourage ceux-ci de s'adresser aux prestataires de services ambulatoires qui n'ont pas obtenu un agrément et un subventionnement et, par voie de conséquence, ne se sont pas astreints à une limitation territoriale de leurs activités.

En outre, la territorialisation conditionne également l'agrément des acteurs de l'ambulatoire en tant que tel et cet agrément, bien qu'il constitue un préalable indispensable au subventionnement, existe indépendamment de celui-ci. Il permet également de témoigner du respect de toute une série de normes de fonctionnement, architecturales ou de personnel, ce qui constitue un gage de qualité à l'égard des tiers. Le lien qui est fait par l'article 24 de l'avant-projet entre l'agrément et le territoire d'exercice des activités aura donc également des conséquences au regard de la libre

(23) En ce sens, voir C.J., 14 octobre 2004, arrêt Commission des Communautés européennes c. Royaume des Pays-Bas, C-299/02, Rec. p. I-9761, § 15; 21 avril 2005, arrêt Commission des Communautés européennes c. République hellénique, C-140/03, Rec. p. I-3177, § 27.

hebben voor de vrijheid van dienstverrichting of de vrijheid van vestiging van de actoren van de ambulante sector. Artikel 29 van het voorontwerp legt trouwens een verband tussen programmering en territorialisering.

Momenteel is het zo dat de netwerken die bij de artikelen 177 en volgende van het decreet van 5 maart 2009 worden georganiseerd, reeds verplicht zijn hun activiteiten in een bepaald gebied uit te oefenen. Bovendien houdt de programmering waarin artikel 32 van het decreet van 5 maart 2009 voorziet,⁽²⁴⁾ rekening met de behoeften die, onder meer geografisch, in kaart werden gebracht. Door de actoren van de ambulante sector ertoe te verplichten in een bepaald gebied op te treden en er hun opdrachten uit te voeren, door van dat vereiste een voorwaarde te maken voor erkenning en subsidiëring, en door te bepalen dat bij de organisatie van de programmering rekening wordt gehouden met de territoriale afbakening, voeren de artikelen 9, 24 en 29 van het voorontwerp evenwel een geheel van strengere regels in, aangezien ze een territoriale verankering willen opleggen aan alle actoren van de ambulante sector en ook aan de individuele gezondheidszorgverstrekkers (en dus niet enkel aan de organisaties waarbij dezen zich kunnen aansluiten).

8.5.2. Volgens vaste rechtspraak kunnen beperkingen van de vrijheid van vestiging en van de vrijheid van dienstverrichting, die van toepassing zijn zonder discriminatie op grond van nationaliteit, worden verantwoord door dwingende redenen van algemeen belang, op voorwaarde dat ze de verwezenlijking van het nagestreefde doel passend kunnen waarborgen en niet verder gaan dan nodig om dat doel te bereiken.⁽²⁵⁾ Uit artikel 52, lid 1, van het VWEU blijkt dat de bescherming van de volksgezondheid een rechtvaardiging kan bieden voor beperkingen van de door het verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden, zoals de vrijheid van vestiging of de vrijheid van dienstverrichting. Beperkingen kunnen meer bepaald gerechtvaardigd zijn wanneer het de bedoeling is ervoor te zorgen dat de bevolking toegang heeft tot veilige en kwaliteitsvolle,⁽²⁶⁾ maar ook evenwichtige en voor iedereen toegankelijke geneeskundige verzorging.⁽²⁷⁾ Een dergelijke redenering gaat ook op voor sociale diensten die regelmatig betrokken zijn bij de handhaving van de gezondheid. Het risico van een ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel en de daarmee samenhangende bekommernis om het beteugelen van de kosten van de sociale zekerheid, kunnen eveneens een dwingende reden van algemeen belang vormen die rechtvaardigt dat aan het beginsel van de vrijheid van dienstverrichting wordt getornd.⁽²⁸⁾

Volgens de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Unie kan er meer bepaald voor gezondheidsinstellingen en -infrastructuren een planning worden opgesteld. Die planning kan voorzien in een vooraf-

(24) Het eerste lid van dat artikel bepaalt het volgende: «Le Collège établit, après avis du Conseil consultatif, une programmation incluant un nombre de services par secteur en tenant compte de l'offre existante et des besoins constatés d'un point de vue sociologique, géographique, épidémiologique et socioéconomique.»

(25) HvJ (GK) 1 juni 2010, C-570/07 en C-571/07, Blanco Pérez en Chao Gómez t. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios en Principado de Asturias, § 61.

(26) HvJ (GK) 10 maart 2009, C-169/07, Hartlauer Handelsgesellschaft mbH t. Wiener Landesregierung en Oberösterreichische Landesregierung, § 46 (tandartsen); HvJ (GK) 19 mei 2009, C-171/07 en C172/07, Apothekerkammer des Saarlandes e.a. t. Saarland en Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, §§ 27 en 28; HvJ 1 juni 2010, C-570/07 en C-571/07, Blanco Pérez en Chao Gómez t. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios en Principado de Asturias, §§ 63 en 66 (apothek); HvJ 5 december 2013, C-159/12 tot C-161/12, Alessandra Venturini t. ASL Varese e.a., § 42; HvJ 28 april 1998, C-158/96, Kroll t. Union des caisses de maladies, § 51.

(27) HvJ 12 juli 2001, C-157/99, Smits t. Stichting Ziekenfonds VGZ en H.T.M. en Peerbooms t. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, § 79.

(28) HvJ 29 oktober 2020, C-243/19, A t. Veselības ministrija, § 52; GwH 4 november 2015, nr. 159/2015, B.9.

prestation de services ou de la liberté d'établissement des acteurs de l'ambulatoire. L'article 29 de l'avant-projet lie d'ailleurs programmation et territorialisation.

Il est vrai qu'à l'heure actuelle, le respect d'un territoire donné pour l'exercice de leurs activités est déjà imposé aux réseaux organisés par les articles 177 et suivants du décret du 5 mars 2009. La programmation prévue par l'article 32 du décret du 5 mars 2009⁽²⁴⁾ tient par ailleurs compte des besoins constatés, notamment d'un point de vue géographique. En imposant aux acteurs de l'ambulatoire d'inscrire leurs actions et de mettre en œuvre leurs missions sur un territoire donné, en faisant de cette exigence un élément d'agrément et de subventionnement et en prévoyant que la programmation est organisée en prenant en considération les délimitations territoriales, les articles 9, 24 et 29 de l'avant-projet mettent cependant en place un ensemble de règles plus contraignantes dès lors qu'ils entendent imposer un ancrage territorial à l'ensemble des acteurs de l'ambulatoire et également aux prestataires à titre individuel (et non pas uniquement aux organisations auxquelles ils peuvent se rattacher).

8.5.2. Selon une jurisprudence constante, les restrictions à la liberté d'établissement et à la libre prestation de services, qui sont applicables sans discrimination tenant à la nationalité, peuvent être justifiées par des raisons impérieuses d'intérêt général, à condition qu'elles soient propres à garantir la réalisation de l'objectif poursuivi et n'aillent pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif⁽²⁵⁾. Il ressort de l'article 52, paragraphe 1^{er}, du TFUE que la protection de la santé publique peut justifier des restrictions aux libertés fondamentales garanties par le traité telles que la liberté d'établissement ou la libre prestation de services. Plus précisément, des restrictions peuvent être justifiées par l'objectif visant à assurer un accès à la population à des soins de santé sûrs et de qualité⁽²⁶⁾ mais également équilibré et accessible à tous⁽²⁷⁾. Un tel raisonnement est transposable à l'égard des services sociaux qui participent régulièrement au maintien de la santé. Le risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale et le souci corrélatif de maîtriser les coûts de la sécurité sociale peut également constituer une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une entrave au principe de la libre prestation des services⁽²⁸⁾.

Plus particulièrement, selon la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, des établissements et infrastructures sanitaires peuvent faire l'objet d'une planification. Celle-ci peut comprendre une

(24) Cet article prévoit, en son alinéa 1^{er}: «Le Collège établit, après avis du Conseil consultatif, une programmation incluant un nombre de services par secteur en tenant compte de l'offre existante et des besoins constatés d'un point de vue sociologique, géographique, épidémiologique et socioéconomique.»

(25) C.J. (gde ch.), 1^{er} juin 2010, arrêt Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias, C-570/07 et C-571/07, § 61.

(26) C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung, C-169/07, § 46 (dentistes); C.J. (gde ch.), 19 mai 2009, arrêt Apothekerkammer des Saarlandes e.a. c. Saarland et Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, C-171/07 et C172/07, §§ 27 et 28; C.J., 1^{er} juin 2010, arrêt Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias, C-570/07 et C-571/07, §§ 63 et 66 (pharmacie); C.J., 5 décembre 2013, arrêt Alessandra Venturini c. ASL Varese e.a., C-159/12 jusqu'au C-161/12, § 42; C.J., 28 avril 1998, arrêt Kroll c. Union des caisses de maladies, C-158/96, § 51.

(27) C.J., 12 juillet 2001, arrêt Smits c. Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. et Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, C-157/99, § 79.

(28) C.J., 29 octobre 2020, arrêt A c. Veselības ministrija, C-243/19, § 52; C.C., 4 novembre 2015, n° 159/2015, B.9.

gaande vergunning voor de vestiging van nieuwkomers in de zorgsector wanneer ze onmisbaar is om eventuele leemten in de toegang tot de gezondheidszorg te dichten en om te voorkomen dat structuren worden opgericht die elkaar overlappen, zodat de gezondheidszorg passend tegemoetkomt aan de behoeften van de bevolking, het gehele grondgebied bestrijkt en rekening houdt met geografisch geïsoleerde of anderszins benadeelde gebieden.⁽²⁹⁾

Het Hof van Justitie van de Europese Unie heeft met name het volgende overwogen:

«51. Dienaangaande kan niet van meet af aan worden uitgesloten, zoals het Hof reeds over ziekenhuizen verklaarde (arrest van 12 juli 2001, Smits en Peerbooms, C-157/99, Jurispr. blz. I-5473, punten 76-80, en voormeld arrest Watts, punten 108-110), dat infrastructuur voor ambulante zorg, zoals medische praktijken en poliklinieken, ook kunnen worden gepland.

52. Een planning die een voorafgaande vergunning voor de vestiging van nieuwkomers in de zorgsector vereist, kan namelijk onmisbaar zijn om eventuele leemten in de toegang tot de gezondheidszorg te dichten en overlappingsen te voorkomen, zodat de medische verzorging passend tegemoet komt aan de behoeften van de bevolking, het gehele grondgebied bestrijkt en rekening houdt met geografisch geïsoleerde of anderszins benadeelde gebieden.»⁽³⁰⁾

8.5.3. *In casu* wordt de territorialisering die aan de actoren van de ambulante sector wordt opgelegd, in de memorie van toelichting verantwoord door:

- de bekommernis om hun een duidelijk kader te bieden waarmee ze hun acties en die van hun partners op elkaar kunnen afstemmen, waardoor het welzijns- en gezondheidsbeleid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad globaal genomen coherenter wordt gemaakt;
- het streven naar coördinatie tussen de actoren van het welzijns- en gezondheidsaanbod en naar een lokaal integratiebeleid inzake welzijn en gezondheid, waarvan de relevantie uit verschillende proefprojecten zou blijken;
- de wens om de subsidiëring aan te passen in functie van de reële behoeften;
- de wens om beter te onderkennen wat het relevante actieniveau is om in geval van een gezondheidscrisis op te treden;
- het nastreven van een logica van territorialisering op heel het Belgische grondgebied;
- de bekommernis om werk te maken van een geïntegreerde aanpak van gelijkwaardige hulpverlening en zorgverstrekking op heel het Brusselse grondgebied.

(29) HvJ 1 juni 2010, C-570/07 en C-571/07, Blanco Pérez en Chao Gómez t. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios en Principado de Asturias, § 70; HvJ 12 juli 2001, C-157/99, Smits t. Stichting Ziekenfonds VGZ en H.T.M. en Peerbooms t. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, §§ 76-80; HvJ (GK) 16 mei 2006, C-372/04, Watts t. Bedford Primary Care Trust en Secretary of State for Health, §§ 108-110; HvJ (GK) 10 maart 2009, C-169/07 Hartlauer Handelsgesellschaft mbH t. Wiener Landesregierung en Oberösterreichische Landesregierung, §§ 51 en 52.

(30) HvJ (GK) 10 maart 2009, C-169/07, Hartlauer Handelsgesellschaft mbH vt Wiener Landesregierung en Oberösterreichische Landesregierung, §§ 51 en 52.

autorisation préalable pour l'installation de nouveaux prestataires de soins, lorsqu'elle s'avère indispensable pour combler d'éventuelles lacunes dans l'accès aux prestations sanitaires et pour éviter la création de structures faisant double emploi, de sorte que soit assurée une prise en charge sanitaire adaptée aux besoins de la population, qui couvre l'ensemble du territoire et qui tient compte des régions géographiquement isolées ou autrement désavantagées⁽²⁹⁾.

La Cour de justice de l'Union européenne a notamment considéré que:

«51. À cet égard, il ne saurait être d'emblée exclu, à l'instar de ce que la Cour a déjà jugé à propos des établissements hospitaliers (arrêts du 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, C-157/99, Rec. p. I-5473, points 76 à 80, et Watts, précité, points 108 à 110), que des infrastructures de soins ambulatoires, telles que des cabinets de médecins et des polycliniques, puissent également faire l'objet d'une planification.

52. En effet, une planification, qui exige une autorisation préalable pour l'installation de nouveaux prestataires de soins, peut s'avérer indispensable pour combler d'éventuelles lacunes dans l'accès aux soins ambulatoires et pour éviter la création de structures faisant double emploi, de sorte que soit assurée une prise en charge médicale qui s'adapte aux besoins de la population, couvre l'ensemble du territoire et tient compte des régions géographiquement isolées ou autrement désavantagées»⁽³⁰⁾.

8.5.3. En l'espèce, dans l'exposé des motifs, la territorialisation imposée aux acteurs de l'ambulatoire est justifiée par:

- le souci de fournir à ceux-ci un cadre clair, leur permettant d'assurer la cohérence de leurs actions avec celle de leurs partenaires, ce qui permettra globalement de renforcer la cohérence de la politique sociale santé dans la région bilingue de Bruxelles-capitale;
- la volonté de développer la coordination entre les acteurs de l'offre sociale santé et de développer une politique d'intégration sociale santé au niveau local dont plusieurs expériences pilotes témoigneraient de la pertinence;
- le souhait d'adapter le subventionnement en fonction des besoins réels;
- le souhait d'arriver à mieux identifier le niveau d'action pertinent pour intervenir en cas de crise sanitaire;
- la volonté de développer une logique de territorialisation sur l'ensemble du territoire belge;
- le souci de mettre en œuvre une approche intégrée de l'aide et des soins de même niveau sur l'ensemble du territoire bruxellois.

(29) C.J., 1^{er} juin 2010, arrêt Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias, C-570/07 et C-571/07, § 70; C.J., 12 juillet 2001, arrêt Smits c. Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. et Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen, C-157/99, §§ 76 à 80; C.J. (gde ch.), 16 mai 2006, arrêt Watts c. Bedford Primary Care Trust et Secretary of State for Health, C-372/04, §§ 108 à 110; C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung, C-169/07, §§ 51 et 52.

(30) C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung, C-169/07, §§ 51 et 52.

Uit die verantwoordingen blijkt een doelstelling inzake volksgezondheid en welzijnsbeleid die de bevolking toegang wil geven tot veilige, kwaliteitsvolle gezondheidszorg en sociale diensten,⁽³¹⁾ die bovendien evenwichtig en voor iedereen toegankelijk zijn.

Verder dient nog te worden onderzocht of het voorontwerp de nagestreefde doelstellingen kan waarborgen, en of het daarvoor nodig is. Hoewel het vaststellen van verschillende interventieniveaus wel degelijk nuttig lijkt met het oog op de verschillende aangekondigde doelstellingen, rijst de vraag of het, voor zover alle actoren van de ambulante sector worden verplicht in een bepaald gebied op te treden, vereist is dat het gaat om specifieke organisaties of individuele gezondheidszorgverstrekkers.

Het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 26 april 2019 “betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders” legt zijnerzijds aan de zorgheden en aan de regionale zorgplatformen enkel regionale zorgzones (artikelen 13 en 18) op. Het Waalse Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid legt aan verschillende instellingen of organisaties eveneens territoriale programmaties op, alsook erkenningen die aan een specifieke actiezone verbonden zijn. Het legt een dergelijk vereiste echter enkel op aan organisaties (zoals de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, de overlegplatforms voor palliatieve zorg, de overlegplatforms inzake geestelijke gezondheid, enz.), maar maakt geen melding van individuele gezondheidszorgverstrekkers.

De stellers van het voorontwerp moeten bijgevolg nauwkeurig verantwoord worden waarom de maatregelen die ze via de artikelen 9, 24 en 29 van het voorontwerp willen opleggen, in het licht van de vooropgestelde doelstellingen noodzakelijk zijn, met name wat betreft het toepassingsgebied *ratione personae*.

9. De gemachtigden bevestigden dat met de delegaties aan “de Colleges” in het voorontwerp wordt beoogd dat het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en het college van de Franse Gemeenschapscommissie een gezamenlijk uitvoeringsbesluit nemen als bedoeld bij artikel 92bis/1, § 3, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980. Er kan dan beter met zoveel woorden worden vermeld in die delegatiebepalingen dat de colleges de beoogde maatregelen nemen “bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit”. De gemachtigden stemden daarmee in.

10. Telkens waar in het voorontwerp gewag wordt gemaakt van “het gewest” schrijven men “het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad”.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Artikel 2

11. Het begrip “Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan” dient te worden gedefinieerd in artikel 2, aangezien er in artikel 4, 2°, van het voorontwerp naar wordt verwezen.

12. De begripsdefinities in de punten 4° (“eerste lijn voor welzijn en gezondheid”), 5° (“geïntegreerde hulp en zorg”), 6° (“gemeenschapsactie”),

(31) HvJ (GK) 10 maart 2009, C-169/07, Hartlauer Handelsgesellschaft mbH t. Wiener Landesregierung en Oberösterreichische Landesregierung, § 46 (tandartsen); HvJ 19 mei 2009, C-171/07 en C-172/07, Apothekerkammer des Saarlandes e.a., §§ 27 en 28; HvJ 1 juni 2010, C-570/07 en C-571/07, Blanco Pérez en Chao Gómez t. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios en Principado de Asturias, §§ 63 en 66 (apothek); HvJ 5 december 2013, C-159/12 tot C-161/12, Alessandra Venturini, § 42; HvJ 28 april 1998, C-158/96, Khol t. Union des caisses de maladie, § 51.

Ces justifications témoignent d’un objectif de santé publique et de politique sociale visant à assurer à la population un accès à des soins de santé et des services sociaux sûrs et de qualité⁽³¹⁾ mais également équilibrés et accessibles à tous.

Il convient encore d’examiner si l’avant-projet est propre à garantir les objectifs poursuivis et nécessaire à cette fin. Si la définition de différents niveaux d’intervention paraît effectivement utile à la poursuite des différents objectifs annoncés, la question se pose de savoir si ceux-ci requièrent, pour autant que soit imposée une obligation d’agir sur un territoire donné à tous les acteurs de l’ambulatoire, que ceux-ci soient des organisations spécifiques ou des prestataires à titre individuel.

Pour sa part, le décret de la Communauté flamande du 26 avril 2019 «relatif à l’organisation des soins de première ligne, des plateformes régionales de soins, et du soutien des prestataires de soins de première ligne», impose uniquement des zones régionales de soins (articles 13 et 18) aux conseils de soins et aux plateformes régionales de soins. Le Code wallon de l’action sociale et de la santé impose également des programmations territoriales et des agréments liés à une zone d’action spécifique à diverses institutions ou organisations. Il se limite cependant à imposer une telle exigence à des organisations (tels que les services intégrés de soins domicile, les plateformes de concertation de soins palliatifs, les plateformes de concertation en santé mentale, etc.), sans viser les prestataires de soins de santé à titre individuel.

Les auteurs de l’avant-projet veilleront par conséquent à justifier plus précisément la nécessité des mesures, notamment quant à leur champ d’application personnel, qu’ils entendent imposer par le biais des articles 9, 24 et 29 de l’avant-projet au regard des objectifs annoncés.

9. Les délégués ont confirmé que les délégations aux «collèges» inscrites dans l’avant-projet visent à ce que le Collège réuni de la Commission communautaire commune et le Collège de la Commission communautaire française prennent un arrêté d’exécution conjoint au sens de l’article 92bis/1, § 3, de la loi spéciale du 8 août 1980. Il est dès lors préférable que ces délégations mentionnent explicitement que les collèges prennent les mesures envisagées «par un arrêté d’exécution conjoint». Les délégués ont marqué leur accord sur ce point.

10. Chaque fois qu’il est fait référence à «la région» dans l’avant-projet, on écrira «la région bilingue de Bruxelles-Capitale».

EXAMEN DE L’AVANT-PROJET

Article 2

11. Dès lors que l’article 4, 2°, de l’avant-projet entend se référer à la notion de «plan social santé intégré», il convient de définir celle-ci dans l’article 2.

12. Les notions définies par les 4° («première ligne sociale santé»), 5° («aide et soins intégrés»), 6° («action communautaire»), 7° («responsa-

(31) C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung, C-169/07, § 46 (dentistes); C.J. 19 mai 2009, arrêt Apothekerkammer des Saarlandes e.a., C-171/07 et C-172/07, §§ 27 et 28; C.J., 1^{er} juin 2010, arrêt Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias, C-570/07 et C-571/07, §§ 63 et 66 (pharmacie); C.J., 5 décembre 2013, arrêt Alessandra Venturini, C-159/12 jusqu’au C-161/12, § 42; C.J., 28 avril 1998, arrêt Khol t. Union des caisses de maladie, C-158/96, § 51.

7° (“bevolkingsverantwoordelijkheid”) en 9° (“inclusieve functie”) bevatten verschillende elementen die er in feite toe strekken een welbepaalde gedraging voor te schrijven aan respectievelijk de actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid, de overheden die belast zijn met het uitvoeren van gemeenschapsacties en de actoren van de ambulante sector.

In een definitie horen geen normatieve voorschriften thuis. Deze moeten dus elders dan in artikel 2 worden vermeld.

13.1. Uit de informatie die de gemachtigden hebben meegedeeld, blijkt dat artsen-specialisten die buiten een ziekenhuis werken tot de “ambulante” sector behoren maar niet tot de “eerste lijn voor welzijn en gezondheid” in de zin van het voorontwerp. De gemachtigden stellen namelijk het volgende:

“De artsen-specialisten die buiten een ziekenhuis werken behoren tot de ambulante sector, maar niet in de eerste lijn voor welzijn en gezondheid bedoeld in 4° van datzelfde artikel.”

Die uitleg zou in de bespreking van het artikel moeten staan.

13.2. In de bespreking van het artikel staat dat enkel de actoren van de ambulante sector “met een generalistische aanpak” die aan de inhoud van de definitie beantwoorden, deel uitmaken van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid. Dat blijkt niet duidelijk uit de definitie vervat in artikel 2, 4°, van het voorontwerp, en zou uitdrukkelijk in het dispositief moeten staan.⁽³²⁾

Artikel 3

14. In artikel 3 wordt enkel een uitzondering gemaakt voor de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980, en niet voor al de aangelegenheden die krachtens artikel 3, 6° en 7°, van het bijzonder decreet van de Franse Gemeenschap van 3 april 2014⁽³³⁾ en artikel 3, 6° en 7°, van het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 4 april 2014⁽³⁴⁾ buiten de bevoegdheid van de Franse Gemeenschapscommissie worden gehouden.

De gemachtigden geven hiervoor de volgende uitleg:

“Het lijkt ons niet relevant en niet coherent om deze uitzondering uitdrukkelijk op te nemen. Immers, de GGC is bevoegd voor alle aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, I en II. Aangezien het de

(32) In artikel 2, 2°, van de ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 4 april 2019 “betreffende het eerstelijnszorgbeleid” wordt het begrip “eerstelijnszorg” daarentegen gedefinieerd als “de actoren die generalistische zorg verstrekken, bevorderen of ondersteunen die een antwoord biedt op het merendeel van de problemen die personen ondervinden in het domein van de gezondheid en het welzijn. Ze zorgt [voor] de continuïteit en coördinatie van de verzorging van personen in hun leefomgeving, ook in complexe situaties, waarbij intens moet worden samengewerkt tussen de zorgverleners. De eerstelijnszorg omvat preventieve, diagnostische, curatieve, revaliderende, palliatieve en nazorg. Ze maakt gebruik van geïntegreerde en personengerichte werkwijzen. Ze zorgt ervoor dat haar diensten voor iedere doelgroep toegankelijk zijn”. Op die manier verwijst de ordonnantie uitdrukkelijk naar de “generalistische zorg”.

(33) Bijzonder decreet van de Franse Gemeenschap van 3 april 2014 “relatif aux compétences de la Communauté française dont l’exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française”.

(34) Decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van 4 april 2014 “relatif aux compétences de la Communauté française dont l’exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française”.

bilité populationnelle») et 9° («fonction inclusive») reprennent plusieurs éléments qui visent en réalité à imposer un comportement donné, respectivement aux acteurs de la première ligne sociale santé, aux autorités chargées de mettre en œuvre des actions communautaires et aux acteurs de l’ambulatoire.

Il convient d’éviter de faire figurer des prescriptions à caractère normatif dans une définition. Par conséquent, ces prescriptions seront formulées ailleurs que dans l’article 2.

13.1. Il résulte des informations communiquées par les délégués que les médecins spécialistes qui travaillent en dehors d’un hôpital appartiennent au secteur «ambulatoire» mais pas à la «première ligne social santé» au sens de l’avant-projet. Ils expliquent en effet:

«De artsen-specialisten die buiten een ziekenhuis werken behoren tot de ambulante sector, maar niet in de eerste lijn voor welzijn en gezondheid bedoeld in 4° van datzelfde artikel.»

Cette explication figurera utilement dans le commentaire de l’article.

13.2. Le commentaire de l’article précise que seuls les acteurs de l’ambulatoire «ayant une approche généraliste» et répondant au contenu de la définition font partie de la première ligne social santé. Cela ne résulte pas clairement de la définition donnée par l’article 2, 4°, de l’avant-projet et gagnerait à figurer expressément dans le dispositif⁽³²⁾.

Article 3

14. À l’article 3, seules les matières visées à l’article 5, § 1^{er}, II, 3° et 4°, de la loi spéciale du 8 août 1980 sont exceptées, et pas toutes les matières qui sont exclues de la compétence de la Commission communautaire française en vertu de l’article 3, 6° et 7°, du décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014⁽³³⁾ et de l’article 3, 6° et 7°, du décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014⁽³⁴⁾.

Les délégués s’en expliquent comme suit:

«Het lijkt ons niet relevant en niet coherent om deze uitzondering uitdrukkelijk op te nemen. Immers, de GGC is bevoegd voor alle aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, I en II. Aangezien het de

(32) À contrario, l’ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 «relative à la politique de première ligne de soins» définit en son article 2, 2°, la notion de première ligne de soins comme étant: «les acteurs qui offrent, favorisent ou soutiennent des soins généralistes qui répondent à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du bien-être. Elle assure la continuité et la coordination de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie, en ce compris les situations complexes où une collaboration intense entre les prestataires est nécessaire. La première ligne de soins joue un rôle dans la prévention, le diagnostic, le soin, la révalidation et les soins palliatifs et continués. Elle adopte des méthodes de travail intégrées et centrées sur les personnes. Elle s’assure de rendre ses services accessibles à tous les publics». Ce faisant, l’ordonnance vise expressément les «soins généralistes».

(33) Décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 «relatif aux compétences de la Communauté française dont l’exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française».

(34) Décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 «relatif aux compétences de la Communauté française dont l’exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française».

bedoeling is om de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4° uit te sluiten is het nodig dat het expliciet wordt opgenomen in de tekst zelf. Anders zouden deze aangelegenheden van rechtsweg[e] onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen.

Daarentegen is de FGC niet bevoegd voor de aangelegenheden bedoeld in het hoger vermeld artikel 3, 6° en 7°. Het heeft dan volgens ons geen nut om expliciet te vermelden dat de bevoegdheden waarvoor de FGC niet bevoegd is niet onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen voor wat de FGC betreft.

Daarnaast in zover deze verduidelijking geen normatief karakter zou kunnen hebben (het is niet onderhavig ontwerp dat bepaal[t] dat de aangelegenheden bedoeld in reeds vermeld artikel 3, 6° en 7° niet onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen maar de reeds vermelde decreten van 3 april 2014) lijkt het ons ook niet coherent om dit op te nemen in [het] dispositief van de tekst zelf.

Om het concrete toepassingsgebied te verduidelijken zouden we wel in de memorie van toelichting meer uitleg kunnen geven wat dit punt betreft”.

Duidelijkheidshalve zou de zo-even geschetste beperking van de bevoegdheid van de Franse Gemeenschapscommissie het best worden vermeld in de memorie van toelichting, zodat geen twijfel kan ontstaan omtrent de juiste draagwijdte van het toepassingsgebied van het aan te nemen gezamenlijk decreet en ordonnantie.

Artikel 4

15. Het begrip “territoriale instanties”, dat in punt 2° voorkomt, zou omwille van de rechtszekerheid moeten worden gedefinieerd.

16. Wat hetzelfde punt 2° betreft, wordt het begrip “Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan” niet gedefinieerd. Uit de memorie van toelichting blijkt evenwel dat de stellers van het voorontwerp het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan opvatten in de zin van het voorontwerp van gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie “met betrekking tot de goedkeuring en de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan”.⁽³⁵⁾

Om naar dat document te kunnen verwijzen is het vooreerst nodig dat het op zijn minst wettelijk wordt verankerd vooraleer het voorliggende voorontwerp wordt aangenomen, maar los daarvan is het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan niet normatief van aard.⁽³⁶⁾ Ofwel zijn de woorden “met het oog op de verwezenlijking van de doelstellingen van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan” bijgevolg nutteloos omdat ze enkel zouden beduiden dat de beleidsdoelstellingen van dat plan via de samenwerking kunnen worden bereikt, ofwel hebben ze als gevolg dat een tekst die aanvankelijk louter een politieke strekking had, een normatieve strekking krijgt. Om de eigen aard van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan te respecteren, zou men in dat laatste geval in het voorontwerp moeten aangeven welke nagestreefde doelstellingen men een bindende draagwijdte wil toekennen.

Artikel 5

17. Wat punt 1° betreft, rijst de vraag welk nut het heeft te bepalen dat de actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid als opdracht hebben de diensten zodanig te organiseren dat ze toegankelijk zijn. Als actoren van de ambulante sector hebben die actoren krachtens artikel 4, 4°, namelijk al de opdracht “kwaliteitsvolle, veilige, toegankelijke en ononderbroken hulp en zorg te bieden”. Als in de eerstgenoemde bepaling een bijzondere invulling wordt beoogd van die toegankelijkheid, moet die beter worden geformuleerd.

(35) Waarover de afdeling Wetgeving op 16 juni 2023 de adviezen 73.262/VR en 73.285/VR heeft gegeven.

(36) Zie ook opmerking 3 van de voormelde adviezen.

bedoeling is om de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4° uit te sluiten is het nodig dat het expliciet wordt opgenomen in de tekst zelf. Anders zouden deze aangelegenheden van rechtsweg[e] onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen.

Daarentegen is de FGC niet bevoegd voor de aangelegenheden bedoeld in het hoger vermeld artikel 3, 6° en 7°. Het heeft dan volgens ons geen nut om expliciet te vermelden dat de bevoegdheden waarvoor de FGC niet bevoegd is niet onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen voor wat de FGC betreft.

Daarnaast in zover deze verduidelijking geen normatief karakter zou kunnen hebben (het is niet onderhavig ontwerp dat bepaal[t] dat de aangelegenheden bedoeld in reeds vermeld artikel 3, 6° en 7° niet onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen maar de reeds vermelde decreten van 3 april 2014) lijkt het ons ook niet coherent om dit op te nemen in [het] dispositief van de tekst zelf.

Om het concrete toepassingsgebied te verduidelijken zouden we wel in de memorie van toelichting meer uitleg kunnen geven wat dit punt betreft».

Par souci de clarté, il s’indiquerait de faire mention dans l’exposé des motifs de la limitation précitée de la compétence de la Commission communautaire française, afin de ne laisser aucun doute subsister quant à la portée exacte du champ d’application du décret et ordonnance conjoints à adopter.

Article 4

15. Dans un souci de sécurité juridique, la notion d’«instances territoriales» figurant à au 2° sera définie.

16. Au même 2°, la notion de «plan social santé intégré» n’est pas définie. Cela étant, il résulte de l’exposé des motifs que les auteurs de l’avant-projet entendent viser le plan social santé intégré au sens de l’avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française «relatif à l’adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois»⁽³⁵⁾.

Outre que la référence à ce document nécessiterait que celui-ci ait reçu, à tout le moins, une consécration légale d’ici l’adoption de l’avant-projet, le plan social santé intégré est dépourvu de contenu normatif⁽³⁶⁾. Par conséquent, les mots «en vue de réaliser les objectifs du plan social santé intégré» sont, soit inutiles car ils auraient pour seul objet d’annoncer que la collaboration permet de réaliser les objectifs politiques de ce plan, soit ont pour conséquence de donner une portée normative à un texte qui n’a initialement qu’une portée politique. Dans cette dernière hypothèse, afin de respecter la nature du plan social santé intégré, il serait préférable de faire mention dans l’avant-projet des objectifs poursuivis auxquels on entend donner une portée contraignante.

Article 5

17. Au 1°, la question se pose de l’utilité de la précision selon laquelle les acteurs de la première ligne sociale santé ont pour mission d’organiser les services pour qu’ils soient accessibles, dès lors que ceux-ci ont déjà, en tant qu’acteurs de l’ambulatoire, pour mission d’«offrir de l’aide et des soins de qualité, sûrs, accessibles et continus» en vertu de l’article 4, 4°. Si la disposition citée en premier vise à donner une portée particulière à cette accessibilité, il faut la formuler plus clairement.

(35) Sur lequel la section de législation a donné le 16 juin 2023 les avis 73.262/VR et 73.285/VR.

(36) Voir aussi l’observation 3 des avis précités.

Artikel 8

18. Artikel 8 van het voorontwerp bepaalt dat het subsidiariteitsbeginsel in de acties van elk niveau wordt nageleefd. Nog aangenomen dat daarmee wordt bedoeld dat het hogere niveau zich niet moet inlaten met acties die op een lager niveau kunnen worden afgehandeld, zijn de concrete draagwijdte en de gevolgen van dat beginsel onduidelijk. Dit moet worden gepreciseerd.

Artikel 10

19. In artikel 10, § 2, van het voorontwerp wordt bepaald dat “[a]lle welzijns- en gezondheidsactoren die op het niveau van de [welzijns- en gezondheids]wijk” actief zijn, collectief bijdragen tot de verbetering van het welzijn van de bewoners door bepaalde initiatieven te nemen. Op de vraag of met die actoren ook actoren worden bedoeld die erkend of gesubsidieerd worden door de Vlaamse Gemeenschap of de Franse Gemeenschap en hoe dit verenigbaar zou zijn met de bevoegdheidsverdelende regels, antwoordden de gemachtigden als volgt:

«We zijn heel goed bewust van de grondwettelijke perken die in de weg staan om enig[e] vorm van verplichting aan VG, VGC of FG actoren op te leggen. Daarom, onder meer, wordt duidelijk gesteld in de memorie van toelichting betreffende de definitie van ambulante sector dat de VG/FG actoren niet gevisieerd zijn (zie commentaar op artikel 2, 3° p. 10).

In artikel 10, § 2, wordt de plicht enkel gelegd op de GGC en FGC actoren. Wat in de MvT wordt vermeld heeft niet specifiek betrekking op artikel 10, § 2, maar op [de] wijk in het algemeen. Er wordt daarmee bedoeld dat om te functioneren, dient de wijk rekening te houden met alle actoren, alsook VG, VGC en FG actoren. Het zou immers niet efficiënt zijn om geen rekening te houden met deze actoren om samenwerking tussen de verschillende actoren van de wijk te verbeteren. Om rekening met deze actoren te houden dienen ze uitgenodigd te worden opdat ze, vrijwillig, hun standpunt kunnen doen gelden. Het is dus de bedoeling dat VG, VGC en FG actoren ook geassocieerd worden aan de werking van de wijk, maar slechts op vrijwillige basis.

Er wordt dus in dit ontwerp geen verplichtingen opgelegd aan actoren die ressorteren onder de VG, de VGC of de FG.»

Gelet op de grenzen die inherent zijn aan de verdeling van de bevoegdheden en op de respectieve autonomie van de federale Staat, de gemeenschappen en de gewesten, kan het voorontwerp enkel samenwerking opleggen aan entiteiten die afhangen van de Franse Gemeenschapscommissie en van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. In een betrokkenheid van de Franse Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschap kan het voorontwerp slechts voorzien wanneer het uitdrukkelijk bepaalt dat die betrokkenheid vrijwillig en facultatief is. Het ligt bijgevolg voor de hand dat de woorden “[a]lle welzijns- en gezondheidsactoren die op het niveau van de wijk actief zijn” enkel in het licht van de voornoemde principes kunnen worden gelezen. Dit kan beter worden gepreciseerd in de memorie van toelichting.

Omwille van de samenhang met de terminologie die elders in het dispositief wordt gebruikt en met de definitie van “ambulante sector” in artikel 2, 3°, van het voorontwerp, moeten de woorden “welzijns- en gezondheidsactoren die op het niveau van de wijk actief zijn” bovendien worden vervangen door de woorden “actoren van de ambulante sector die op het niveau van de wijk actief zijn”.

Artikelen 11 en 14

20. Artikel 11, § 1, van het voorontwerp bepaalt dat het Verenigd College de OCMW's subsidieert voor de uitvoering van een aantal opdrachten in elke welzijns- en gezondheidswijk van hun gemeente. Artikel 14, tweede lid, van het voorontwerp machtigt het Verenigd College om de subsidie en de modaliteiten (lees: de nadere regels) te bepalen inzake de controle en de aanleg van een reserve.

Article 8

18. L'article 8 dispose que l'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité. Même à supposer que l'on entende ainsi éviter que le niveau supérieur s'immisce dans des actions qui peuvent être réglées à un niveau inférieur, la portée concrète et les conséquences de ce principe ne sont pas claires. Il convient de les préciser.

Article 10

19. Le paragraphe 2 dispose que «[l']ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier [social santé]» contribuent collectivement à améliorer le bien-être des habitants en prenant certaines initiatives. À la question de savoir si par ces acteurs, on vise également les acteurs qui sont agréés ou subsidiés par la Communauté flamande ou par la Communauté française, et comment cette disposition serait alors compatible avec les règles répartitrices de compétences, les délégués ont répondu ce qui suit:

«We zijn heel goed bewust van de grondwettelijke perken die in de weg staan om enig[e] vorm van verplichting aan VG, VGC of FG actoren op te leggen. Daarom, onder meer, wordt duidelijk gesteld in de memorie van toelichting betreffende de definitie van ambulante sector dat de VG/FG actoren niet gevisieerd zijn (zie commentaar op artikel 2, 3° p. 10).

In artikel 10, § 2, wordt de plicht enkel gelegd op de GGC en FGC actoren. Wat in de MvT wordt vermeld heeft niet specifiek betrekking op artikel 10, § 2, maar op [de] wijk in het algemeen. Er wordt daarmee bedoeld dat om te functioneren, dient de wijk rekening te houden met alle actoren, alsook VG, VGC en FG actoren. Het zou immers niet efficiënt zijn om geen rekening te houden met deze actoren om samenwerking tussen de verschillende actoren van de wijk te verbeteren. Om rekening met deze actoren te houden dienen ze uitgenodigd te worden opdat ze, vrijwillig, hun standpunt kunnen doen gelden. Het is dus de bedoeling dat VG, VGC en FG actoren ook geassocieerd worden aan de werking van de wijk, maar slechts op vrijwillige basis.

Er wordt dus in dit ontwerp geen verplichtingen opgelegd aan actoren die ressorteren onder de VG, de VGC of de FG.»

Compte tenu des limites inhérentes à la répartition des compétences et de l'autonomie respective de l'État fédéral, des communautés et des régions, des obligations de collaborations ne peuvent être imposées par l'avant-projet qu'aux entités qui dépendent de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune. Toute implication de la Communauté française et de la Communauté flamande ne peut être prévue dans l'avant-projet qu'en prévoyant expressément le caractère volontaire et facultatif de cette implication. Par conséquent, il va de soi que les termes «[l']ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier» ne pourront être interprétés que dans le respect des principes précités. Mieux vaudrait le préciser dans l'exposé des motifs.

En outre, dans un souci de cohérence avec le vocabulaire utilisé ailleurs dans le dispositif et avec la définition qui est donnée de la notion d'«ambulatoire» dans l'article 2, 3°, de l'avant-projet, les mots «des acteurs social santé actifs au niveau du quartier» seront remplacés par les mots «des acteurs de l'ambulatoire actifs au niveau du quartier».

Articles 11 et 14

20. L'article 11, § 1^{er}, dispose que le Collège réuni subventionne les CPAS en vue de l'exécution d'un certain nombre de missions dans chacun des quartiers social santé de leur commune. L'article 14, alinéa 2, habilite le Collège réuni à fixer la subvention et les modalités de contrôle et de constitution d'une réserve.

Op de vraag of deze subsidiëring enkel in het aan te nemen gezamenlijk decreet en ordonnantie wordt geregeld en, zo ja, of er geen bepalingen moeten worden opgenomen in het voorontwerp over (of delegaties verleend met betrekking tot) het bedrag van de subsidies, de subsidievoorwaarden en de procedure voor de indiening en het onderzoek van subsidieaanvragen, antwoordden de gemachtigden als volgt:

“Het zijn de enige bepalingen op ordonnantieniveau die de subsidies regelen. De regeling en de bepaling van de subsidies wordt dan vervolgens in de uitvoeringsbesluiten geregeld. Bij de financiering van de Vlaamse zorgzones werd datzelfde schema gevolgd waarover de RvS in zijn adviezen geen opmerking heeft gedaan (zie artikel 10 van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en advies 64.944).

Wat de procedure betreft wordt in artikel 12 bepaald dat het VC een contract met het OCMW zal sluiten en dat de modaliteiten (lees: de procedure) voor het sluiten van deze contracten door het VC zal worden bepaald, wel rekening houdend met artikel 16, § 2, lid 2, [dat] bepaald dat er modaliteiten kunnen worden voorzien, door het VC, om slechts een deel van de OCMW's te financieren.”

Indien het de bedoeling is dat de subsidiëring afhangt van de mate waarin de in artikel 11, § 1, van het voorontwerp vermelde opdrachten worden vervuld, kan dat beter met zoveel woorden worden bepaald. De delegatie in artikel 14, tweede lid, van het voorontwerp zou bovendien beter worden verduidelijkt door het Verenigd College uitdrukkelijk te machtigen om het bedrag van de subsidie en eventuele andere subsidievoorwaarden te bepalen. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met hetgeen wordt bepaald in artikel 16, § 2, van het voorontwerp, namelijk de hypothese waarin slechts enkele OCMW's worden gesubsidieerd en waarin de colleges (en niet het Verenigd College) worden gemachtigd om (bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit) de modaliteiten (lees: nadere regels) te bepalen voor de nadere uitwerking daarvan.

21. Artikel 11, § 1, tweede lid, van het voorontwerp machtigt de colleges om (bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit) “de opdrachten van de welzijns- en gezondheidswijken nader [te] bepalen”. De gemachtigden bevestigden dat eigenlijk wordt gerefereerd aan de opdrachten van de OCMW's in de welzijns- en gezondheidswijken en formuleerden het volgende tekstvoorstel:

“De Colleges kunnen [bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit] de opdrachten die op het grondgebied van de welzijns- en gezondheidswijken worden uitgevoerd nader bepalen.”

Met dat voorstel kan worden ingestemd.

Artikel 12

22. Artikel 12 van het voorontwerp heeft betrekking op het lokaal welzijns- en gezondheidscontract dat door het Verenigd College met elk OCMW wordt gesloten en waarin “de werkwijze voor de diagnose, het actieplan, de uitvoering van het contract, de evaluatie en de verlenging” worden vastgelegd. Mede gelet op hetgeen in het voorontwerp wordt bepaald over de subsidies van de OCMW's en op de delegaties die ter zake worden uitgewerkt aan het Verenigd College en aan de colleges (zie daarover opmerking 20), kan een dergelijk contract enkel de nadere praktische uitwerking van die regels behelzen.

23. Omwille van de transparantie zou het lokaal welzijns- en gezondheidscontract moeten worden bekendgemaakt, op zijn minst op de website van het OCMW.

24. In het tweede lid dient duidelijk te worden gemaakt wat men verstaat onder de “draagwijdte” van de lokale welzijns- en gezondheidscontracten. Die kwestie lijkt namelijk al te zijn geregeld in het eerste lid van artikel 12: daarin staat dat het lokaal welzijns- en gezondheidscontract als bedoeling heeft de doelstellingen en concrete uitvoeringsmodaliteiten

Interrogés sur la question de savoir si cette subvention est réglée uniquement dans le décret et ordonnance conjoints envisagé et, dans l'affirmative, s'il ne faut pas prévoir dans l'avant-projet des dispositions concernant le montant des subventions, les conditions d'octroi de celles-ci et la procédure d'introduction et d'examen des demandes de subvention (ou prévoir des délégations à cet égard), les délégués ont donné la réponse suivante:

«Het zijn de enige bepalingen op ordonnantieniveau die de subsidies regelen. De regeling en de bepaling van de subsidies wordt dan vervolgens in de uitvoeringsbesluiten geregeld. Bij de financiering van de Vlaamse zorgzones werd datzelfde schema gevolgd waarover de RvS in zijn adviezen geen opmerking heeft gedaan (zie artikel 10 van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en advies 64.944).

Wat de procedure betreft wordt in artikel 12 bepaald dat het VC een contract met het OCMW zal sluiten en dat de modaliteiten (lees: de procedure) voor het sluiten van deze contracten door het VC zal worden bepaald, wel rekening houdend met artikel 16, § 2, lid 2, [dat] bepaald dat er modaliteiten kunnen worden voorzien, door het VC, om slechts een deel van de OCMW's te financieren.”

Si l'intention est que la subvention dépende de la mesure dans laquelle sont accomplies les missions visées à l'article 11, § 1^{er}, de l'avant-projet, mieux vaudrait le formuler en termes exprès. La délégation prévue à l'article 14, alinéa 2, devrait en outre être précisée plus avant en habitant le Collège réuni à fixer le montant de la subvention et à déterminer d'autres conditions de subvention éventuelles. À cet égard, il faut également tenir compte de l'article 16, § 2, de l'avant-projet, qui prévoit l'hypothèse où seuls certains CPAS sont subventionnés et où les collèges (et non le Collège réuni) sont habilités à déterminer (par un arrêté d'exécution conjoint) les modalités d'exécution de cette subvention.

21. L'article 11, § 1^{er}, alinéa 2, habilite les collèges à «préciser [par un arrêté d'exécution conjoint] les missions des quartiers social santé». Les délégués ont confirmé que l'on vise les missions des CPAS dans les quartiers social santé et ont formulé la proposition de texte suivante:

«De Colleges kunnen [bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit] de opdrachten die op het grondgebied van de welzijns- en gezondheidswijken worden uitgevoerd nader bepalen».

On peut se rallier à cette proposition.

Article 12

22. L'article 12 concerne le contrat local social santé que le Collège réuni conclut avec chaque CPAS et qui précise «la méthode de travail relative au diagnostic, au plan d'action, à la mise en œuvre du contrat, à son évaluation et à son renouvellement». Compte tenu notamment des dispositions de l'avant-projet concernant les subventions des CPAS et les délégations au Collège réuni et aux collèges prévues à cet égard (voir à ce sujet l'observation 20), un tel contrat peut uniquement comporter les modalités pratiques de mise en œuvre de ces règles.

23. Dans un souci de transparence, le contrat local social santé devrait être publié, à tout le moins sur le site internet du CPAS.

24. À l'alinéa 2, il convient de clarifier ce qu'il y a lieu d'entendre par la «portée» du contrat local social santé. Cette question semble en effet déjà réglée par l'alinéa 1^{er}, de l'article 12, dès lors que cette disposition précise que le contrat local social santé a pour finalité de fixer les objectifs et les modalités concrètes d'exécution des missions visées à l'article 11

van de in artikel 11 beoogde opdrachten vast te leggen, en dat in dat contract de werkwijze voor de diagnose, het actieplan, de uitvoering van het contract, en de evaluatie en de verlenging ervan worden vastgelegd.

Artikel 18

25.1. De vraag rijst wat in artikel 18 van het voorontwerp wordt bedoeld met de termen “intermediaire territoriale eenheid”, “gewest”, “actoren van het gewestelijke of nationale niveau” en “coördinatie- en overlegniveau”, en hoe de samenwerking tussen de betrokken actoren verloopt, ook met de actoren die niet onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en van de Franse Gemeenschapscommissie vallen. De gemachtigden verklaarden in dat verband het volgende:

«Zoals bepaald in artikel 7 zijn er drie grondgebieden om het sociaal-gezondheidsbeleid op een territoriale basis te organiseren (wijk; zone; gewest). Aan deze drie zones wordt ook een territoriale schaal verbonden: de wijk is de kleinste (in principe een veertigtal voor Brussel); de zone de intermediaire (in principe 5 voor Brussel) en het gewest de grootste (het tweetalige grondgebied van Brussel-Hoofdstad).

Overeenkomstig artikel 9 dienen de actoren van de ambulante sector hun opdrachten op een bepaald grondgebied uit te voeren. Bepaalde actoren zullen actief zijn op het niveau van de wijk (bijvoorbeeld huisartsen), andere op het niveau van het gewest (ondersteuningsstructuur voor alle actoren), andere op het niveau van de zones (het intermediaire niveau). Sommige actoren ressorteren onder de bevoegdheid van de GGC maar zijn eerder actief op nationaal niveau, met name een niveau dat groter is dan het Brusselse gewest, dit is bijvoorbeeld het geval van ziekenhuizen.

Het grootste deel van de bedoelde actoren zijn actoren die onder de bevoegdheden van de GGC of FGC ressorteren. Maar de bedoeling van onderhavig ontwerp is expliciet om een niveau te creëren waarin alle actoren die actief zijn in Brussel uitgenodigd kunnen worden om nodige acties te coördineren en overleg te plegen.

De coördinatie/overleg kan betrekking hebben op acties die enkel GGC of FGC actoren aanbelangen maar ook op acties die een nauwere betrekking eisen met actoren die niet onder de bevoegdheid van de GGC en FGC vallen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor sommige project[en] die op interfederaal niveau worden gelanceerd (inzake project geïntegreerde zorg bijvoorbeeld: <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/interfederaal-plan-geintegreerde-zorg/Paginas/default.aspx>). Dit is reeds in het verleden gebeurd dat op interfederaal niveau afgesproken wordt om bepaalde projecten op territoria[le] basis te organiseren. Voor Brussel zou[den] dergelijke projecten op de grondgebieden van de zones kunnen worden georganiseerd. Dit is bijvoorbeeld het geval voor het beheer van een crisis gelijkaardig aan de Covid crisis. Veel acties (testing, tracing vaccinaties, ...) zouden gecoördineerd kunnen worden op het niveau van de zone.

Het enig[e] dat hier wordt geregeld is dus het creëren van een territoriaal niveau en het financieren van een structuur om ervoor te zorgen dat de acties die op dat niveau worden gepland op efficiënte en coherente wijze plaatsvinden.

De opgerichte samenwerkingen zijn dan slechts afspraken die kunnen worden gemaakt tussen de betrokken actoren of overheden en gezinszins rechtspersonen.”

Er moet in elk geval worden verduidelijkt dat de coördinatie en het overleg met actoren die niet onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en van de Franse Gemeenschapscommissie vallen, enkel op facultatieve wijze kan gebeuren en dat aan hen geen verplichtingen kunnen worden opgelegd, ook niet tot het louter deelnemen aan het overleg en de samenwerking die in de ontworpen bepaling worden uitgewerkt.

et pour objet de préciser la méthode de travail relative au diagnostic, au plan d'action, à la mise en œuvre du contrat, à son évaluation et à son renouvellement. Le cas échéant, le dispositif sera revu au regard de cette observation.

Article 18

25.1. La question se pose de savoir ce qu'il faut entendre, à l'article 18, par les termes «unité territoriale intermédiaire», «région», «acteurs du niveau régional ou national» et «niveau de coordination et de concertation», et comment la collaboration entre les acteurs concernés se déroule, y compris avec les acteurs qui ne relèvent pas de la compétence de la Commission communautaire commune ni de la Commission communautaire française. Les délégués ont déclaré à cet égard ce qui suit:

«Zoals bepaald in artikel 7 zijn er drie grondgebieden om het sociaal-gezondheidsbeleid op een territoriale basis te organiseren (wijk; zone; gewest). Aan deze drie zones wordt ook een territoriale schaal verbonden: de wijk is de kleinste (in principe een veertigtal voor Brussel); de zone de intermediaire (in principe 5 voor Brussel) en het gewest de grootste (het tweetalige grondgebied van Brussel-Hoofdstad).

Overeenkomstig artikel 9 dienen de actoren van de ambulante sector hun opdrachten op een bepaald grondgebied uit te voeren. Bepaalde actoren zullen actief zijn op het niveau van de wijk (bijvoorbeeld huisartsen), andere op het niveau van het gewest (ondersteuningsstructuur voor alle actoren), andere op het niveau van de zones (het intermediaire niveau). Sommige actoren ressorteren onder de bevoegdheid van de GGC maar zijn eerder actief op nationaal niveau, met name een niveau dat groter is dan het Brusselse gewest, dit is bijvoorbeeld het geval van ziekenhuizen.

Het grootste deel van de bedoelde actoren zijn actoren die onder de bevoegdheden van de GGC of FGC ressorteren. Maar de bedoeling van onderhavig ontwerp is expliciet om een niveau te creëren waarin alle actoren die actief zijn in Brussel uitgenodigd kunnen worden om nodige acties te coördineren en overleg te plegen.

De coördinatie/overleg kan betrekking hebben op acties die enkel GGC of FGC actoren aanbelangen maar ook op acties die een nauwere betrekking eisen met actoren die niet onder de bevoegdheid van de GGC en FGC vallen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor sommige project[en] die op interfederaal niveau worden gelanceerd (inzake project geïntegreerde zorg bijvoorbeeld: <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/interfederaal-plan-geintegreerde-zorg/Paginas/default.aspx>). Dit is reeds in het verleden gebeurd dat op interfederaal niveau afgesproken wordt om bepaalde projecten op territoria[le] basis te organiseren. Voor Brussel zou[den] dergelijke projecten op de grondgebieden van de zones kunnen worden georganiseerd. Dit is bijvoorbeeld het geval voor het beheer van een crisis gelijkaardig aan de Covid crisis. Veel acties (testing, tracing vaccinaties, ...) zouden gecoördineerd kunnen worden op het niveau van de zone.

Het enig[e] dat hier wordt geregeld is dus het creëren van een territoriaal niveau en het financieren van een structuur om ervoor te zorgen dat de acties die op dat niveau worden gepland op efficiënte en coherente wijze plaatsvinden.

De opgerichte samenwerkingen zijn dan slechts afspraken die kunnen worden gemaakt tussen de betrokken actoren of overheden en gezinszins rechtspersonen.”

Il faut en tout état de cause préciser que la coordination et la concertation avec des acteurs ne relevant pas de la compétence de la Commission communautaire commune ni de celle de la Commission communautaire française ne peuvent être que facultatives et qu'aucune obligation ne peut leur être imposée, pas même celle de simplement participer à la concertation et à la collaboration qui sont prévues par la disposition en projet.

25.2. In de Nederlandse tekst van artikel 18, tweede lid, van het voorontwerp schrijve men “tot stand gebrachte samenwerkingen” in plaats van “opgerichte samenwerkingen”, omdat die laatste bewoordingen de indruk wekken dat het gaat om een structuur die samen wordt opgericht.

Artikelen 19 en 20

26. Artikel 19 maakt melding van de “ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns hulp en -zorg”. Uit de uitleg van de gemachtigden kan worden opgemaakt dat het gaat om de structuur bedoeld in de artikelen 25 en 27 van het voorontwerp. Artikel 19 zou het verband tussen die bepalingen uitdrukkelijk naar voren moeten brengen.

Er rijzen bovendien vragen met betrekking tot de samenhang tussen de benaming “ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns hulp en -zorg” en de opdrachten die artikel 25 van het voorontwerp aan die structuur toevertrouwt (namelijk “de versterking van de organisatie en de coherentie van de welzijns- en gezondheidssector”) in zoverre artikel 21 van het voorontwerp de antennes van de ondersteuningsstructuur de opdracht toevertrouwt ondersteuning te bieden “aan de ambulante actoren”, en niet alleen aan de actoren van “de eerstelijns hulp en -zorg”.

27. De gemachtigden gaven de volgende toelichting bij de regeling van de “antennes” die door de ondersteuningsstructuur worden opgezet overeenkomstig artikel 19 van het voorontwerp en de verhouding tot de hulp- en zorgraden die in elke zone worden opgericht overeenkomstig artikel 20 van het voorontwerp:

“[De antennes] zijn onderdelen van de ondersteuningsstructuur die geen rechtspersoonlijkheid hebben maar met bepaalde opdrachten worden belast. De ondersteuningsstructuur moet antennes oprichten, wat beteken[t] dat voor elke zone een team [alleen moet] worden gewijd aan het uitvoeren van de opdrachten voor de betrokken zone en het aanspreekpunt [moet] worden voor de betrokken zone.

De hulp- en zorgraad is een instantie zonder rechtspersoon[lijkheid] die de strategische en operationele doelstellingen moet vastleggen. In de zorgraden moeten alle actoren van de zone vertegenwoordigd worden (dit zal onder meer in de uitvoeringsbesluiten worden uitgewerkt). Het zijn *in fine* de actoren die de strategische en operationele doelstellingen van de zone moeten vastleggen.

De antennes [zijn het] team van de ondersteuningsstructuur die aan de zorgraden de nodige ondersteuning biedt om de strategische en operationele doelstellingen vast te leggen (wat is realistisch, wat is de diagnostiek, ...) en uit te voeren. De antennes zullen ook praktisch ondersteuning bieden (organisatie van vergadering, PV opstellen enz).

Via de zorgraad komt het dus aan de actoren om de strategische doelstellingen te bedenken en vast te leggen, maar daarvoor hebben ze ondersteuning nodig, op operationeel en intellectueel vlak. Het is wat de antennes moeten aanbieden.”

Die uitleg kan het best worden opgenomen in de memorie van toelichting.

28. Op de vraag wat wordt bedoeld met “de representativiteit en de functionaliteit van de hulp- en zorgraden in elke antenne” waarvan gewag wordt gemaakt in artikel 19, § 1 (lees: eerste lid), 3°, van het voorontwerp, antwoordden de gemachtigden als volgt:

“Er wordt hiermee bedoeld dat de ondersteuningsstructuur ervoor moet zorgen dat de raad representatief is voor de actoren van de zone alsook een goede werking heeft. De verwording zou kunnen worden verbeterd door deze passage als volgt te formuleren:

“3° de representativiteit en de functionaliteit van de hulp- en zorgraden van elke zone waarborgen;”.

Met dat voorstel kan worden ingestemd.

25.2. Dans la version néerlandaise de l'article 18, alinéa 2, on écrira «tot stand gebrachte samenwerkingen» au lieu de «opgerichte samenwerkingen», cette dernière formulation laissant penser qu'il s'agit d'une structure qui est créée conjointement.

Articles 19 et 20

26. L'article 19 mentionne la «structure d'appui à la première ligne de l'aide et de soins». Il résulte des explications données par les délégués qu'il s'agit de la structure visée par les articles 25 et 27 de l'avant-projet. Le lien entre ces dispositions devrait être précisé expressément dans l'article 19.

En outre, la cohérence de l'appellation «structure d'appui à la première ligne de l'aide et de soins» et des missions qui lui sont confiées par l'article 25 de l'avant-projet («renforcer l'organisation et la cohérence du secteur de la première ligne social santé») pose question au regard de la mission que l'article 21 de l'avant-projet confie aux antennes de la structure d'appui, consistant à venir en appui «aux acteurs de l'ambulatorio» et pas uniquement aux acteurs de «la première ligne de l'aide et de soins».

27. À propos du régime des «antennes» mises en place par la structure d'appui conformément à l'article 19 et de l'articulation avec les conseils d'aide et de soins qui doivent être créés dans chaque zone conformément à l'article 20, les délégués ont donné les explications suivantes:

«[De antennes] zijn onderdelen van de ondersteuningsstructuur die geen rechtspersoonlijkheid hebben maar met bepaalde opdrachten worden belast. De ondersteuningsstructuur moet antennes oprichten, wat beteken[t] dat voor elke zone een team [alleen moet] worden gewijd aan het uitvoeren van de opdrachten voor de betrokken zone en het aanspreekpunt [moet] worden voor de betrokken zone.

De hulp- en zorgraad is een instantie zonder rechtspersoon[lijkheid] die de strategische en operationele doelstellingen moet vastleggen. In de zorgraden moeten alle actoren van de zone vertegenwoordigd worden (dit zal onder meer in de uitvoeringsbesluiten worden uitgewerkt). Het zijn *in fine* de actoren die de strategische en operationele doelstellingen van de zone moeten vastleggen.

De antennes [zijn het] team van de ondersteuningsstructuur die aan de zorgraden de nodige ondersteuning biedt om de strategische en operationele doelstellingen vast te leggen (wat is realistisch, wat is de diagnostiek...) en uit te voeren. De antennes zullen ook praktisch ondersteuning bieden (organisatie van vergadering, PV opstellen enz).

Via de zorgraad komt het dus aan de actoren om de strategische doelstellingen te bedenken en vast te leggen, maar daarvoor hebben ze ondersteuning nodig, op operationeel en intellectueel vlak. Het is wat de antennes moeten aanbieden».

Mieux vaudrait faire figurer ces explications dans l'exposé des motifs.

28. À la question de savoir ce que l'on entend par «la représentativité et [...] la fonctionnalité des conseils d'aide et de soins dans chaque antenne», dont il est question à l'article 19, § 1^{er} (lire: alinéa 1^{er}), 3°, de l'avant-projet, les délégués ont donné la réponse suivante:

«Er wordt hiermee bedoeld dat de ondersteuningsstructuur ervoor moet zorgen dat de raad representatief is voor de actoren van de zone alsook een goede werking heeft. De verwording zou kunnen worden verbeterd door deze passage als volgt te formuleren:

«3° de representativiteit en de functionaliteit van de hulp- en zorgraden van elke zone waarborgen;».

On peut se rallier à cette proposition.

29. Met betrekking tot artikel 19, § 1 (lees: eerste lid), 4°, wordt verwezen naar hetgeen is uiteengezet in opmerking 24.

30. In artikel 19, § 3 (lees: tweede lid), van het voorontwerp wordt gewag gemaakt van middelen die de ondersteuningsstructuur toewijst aan de zones die haar ter beschikking worden gesteld. Op de vraag over welke middelen het gaat en hoe die toewijzing van middelen gebeurt, antwoordden de gemachtigden als volgt:

“De ondersteuningsstructuur zal een financiering krijgen specifiek om de opdrachten bedoeld in artikel 19 uit te voeren. Deze financiering zal door het VC worden toegekend op basis van artikel 25 en 27.

Met artikel 19, § 3, wordt bedoeld dat de ondersteuningsstructuur een specifiek bedrag moet toewijzen aan de uitvoering van de opdrachten op het grondgebied van elke zone. Er wordt wel toegevoegd dat deze verdeling het proportioneel universalisme moet naleven. Dit betekend dat elke zone niet noodzakelijk exact hetzelfde bedrag moet krijgen maar dat het aangepast kan worden in functie van de eigenschappen van elke zone. Om dit duidelijker te maken zou dat lid als volgt kunnen worden geformuleerd:

“Het Verenigd College subsidieert de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns hulp en -zorg binnen de perken van de beschikbare kredieten om ze de uitvoering van de volgende opdrachten toe te vertrouwen:

(...1° tot 6°)

De ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns hulp en -zorg wijst een bedrag toe aan de uitvoering van de opdrachten bedoeld in het eerste lid en in artikel 21 op het grondgebied van elke zone overeenkomstig het proportioneel universalisme.”

Met dat tekstvoorstel kan in beginsel worden ingestemd mits er een verband wordt gelegd met de subsidie aan de ondersteuningsstructuur bedoeld in de artikelen 25 en 27, zodat het duidelijk is dat de middelen bedoeld in artikel 19, tweede lid, een onderdeel vormen van deze subsidie en de delegatie bedoeld in artikel 27, tweede lid, erop van toepassing is.

Bovendien volstaat het begrip “proportioneel universalisme” niet om, met inachtneming van het beginsel van gelijkheid en non-discriminatie, voldoende duidelijk en objectief af te bakenen hoe men kan differentiëren tussen de bedragen die in functie van de betrokken zone worden toegekend voor de uitvoering van de opdrachten bedoeld in artikel 21 van het voorontwerp. Ten minste dienen de colleges te worden gemachtigd om de elementen te definiëren op basis waarvan men de mate van de welzijns- of gezondheidsachterstand van een zone vaststelt, en die elementen te prioriteren.

Artikel 20

31. Naar luid van artikel 20, § 1, van het voorontwerp is de hulp- en zorggraad van de zone een instantie⁽³⁷⁾ waarbinnen alle welzijns- en gezondheidsfactoren die actief zijn in de zone zijn vertegenwoordigd. Op de vraag of het gaat om een rechtspersoon en welke rechtsvorm hij aanneemt, antwoordden de gemachtigden als volgt:

“De hulp- en zorggraad is geen rechtspersoon. Deze raad heeft geen juridisch vorm, het gaat enkel om een raad die de actoren van de zone moet vertegenwoordigen. Zoals hoger reeds uiteengezet is het de bedoeling dat het aan de actoren zelf toekomt om de strategische doelstellingen te bepalen. De financiering die aan de ondersteuningsstructuur zal worden toegekend is bedoeld om de actoren te ondersteunen en te helpen om zich beter te organiseren. Dit zal ook nader worden bepaald in de uitvoeringsbesluiten.”

(37) In de Nederlandse tekst wordt gewag gemaakt van een “strategisch bestuursorgaan”, maar die term komt niet voor in de Franse tekst, waar enkel gewag wordt gemaakt van een “instance”. De gemachtigden stelden voor om enkel “orgaan” te schrijven in de Nederlandse tekst, maar wellicht is de term “instantie” beter.

29. À l'article 19, § 1^{er} (lire: alinéa 1^{er}), 4°, il est renvoyé à l'observation 24.

30. L'article 19, § 3 (lire: alinéa 2), fait état de moyens que la structure d'appui met à la disposition des bassins. À la question de savoir de quels moyens il s'agit et comment ceux-ci sont répartis, les délégués ont répondu comme suit:

«De ondersteuningsstructuur zal een financiering krijgen specifiek om de opdrachten bedoeld in artikel 19 uit te voeren. Deze financiering zal door het VC worden toegekend op basis van artikel 25 en 27.

Met artikel 19, § 3, wordt bedoeld dat de ondersteuningsstructuur een specifiek bedrag moet toewijzen aan de uitvoering van de opdrachten op het grondgebied van elke zone. Er wordt wel toegevoegd dat deze verdeling het proportioneel universalisme moet naleven. Dit betekend dat elke zone niet noodzakelijk exact hetzelfde bedrag moet krijgen maar dat het aangepast kan worden in functie van de eigenschappen van elke zone. Om dit duidelijker te maken zou dat lid als volgt kunnen worden geformuleerd:

«Het Verenigd College subsidieert de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns hulp en -zorg binnen de perken van de beschikbare kredieten om ze de uitvoering van de volgende opdrachten toe te vertrouwen:

(...1° tot 6°)

De ondersteuningsstructuur voor de eerstelijns hulp en -zorg wijst een bedrag toe aan de uitvoering van de opdrachten bedoeld in het eerste lid en in artikel 21 op het grondgebied van elke zone overeenkomstig het proportioneel universalisme.»

On peut en principe se rallier à cette suggestion de texte, à condition d'établir un lien avec la subvention accordée à la structure d'appui visée aux articles 25 et 27, afin qu'il soit clair que les moyens visés à l'article 19, alinéa 2, constituent une partie de cette subvention et que la délégation visée à l'article 27, alinéa 2, s'y applique.

En outre, la notion «d'universalisme proportionné» ne suffit pas à délimiter de manière suffisamment claire et objective, dans le respect du principe d'égalité et de non-discrimination, la façon dont des différences pourront être instaurées entre les montants alloués pour l'exécution des missions visées à l'article 21 de l'avant-projet, selon le bassin concerné. Il convient à tout le moins d'habiliter les collèges à définir les éléments qui seront pris en compte pour établir le niveau de défaveur social ou sanitaire d'un bassin et l'ordre de priorisation qui leur sera donné.

Article 20

31. Aux termes du paragraphe 1^{er}, le conseil d'aide et de soins du bassin est une instance⁽³⁷⁾ au sein de laquelle l'ensemble des acteurs du social et de la santé actifs dans le bassin sont représentés. À la question de savoir s'il s'agit d'une personne morale et quelle forme juridique elle revêt, les délégués a répondu ce qui suit:

«De hulp- en zorggraad is geen rechtspersoon. Deze raad heeft geen juridisch vorm, het gaat enkel om een raad die de actoren van de zone moet vertegenwoordigen. Zoals hoger reeds uiteengezet is het de bedoeling dat het aan de actoren zelf toekomt om de strategische doelstellingen te bepalen. De financiering die aan de ondersteuningsstructuur zal worden toegekend is bedoeld om de actoren te ondersteunen en te helpen om zich beter te organiseren. Dit zal ook nader worden bepaald in de uitvoeringsbesluiten.»

(37) La version néerlandaise fait mention d'un «strategisch bestuursorgaan», mais ce terme est sans équivalent dans la version française, qui fait uniquement état d'une «instance». Les délégués proposent d'écrire simplement «orgaan» dans la version néerlandaise, mais le terme «instantie» est sans doute préférable.

Ook met die uitleg blijkt onvoldoende welke rol de hulp- en zorgraad speelt en hoe de strategische doelstellingen die dan zichtbaar door de welzijns- en gezondheidsactoren (elk afzonderlijk?) worden bepaald, door de hulp- en zorgraad worden omgezet in operationele doelstellingen als bedoeld bij paragraaf 2. Zowel de ontworpen bepaling als de memorie van toelichting moeten worden verduidelijkt.

Er dient bovendien aan te worden herinnerd dat het beginsel van de respectieve autonomie van de federale Staat, de gemeenschappen en de gewesten meebrengt dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie niet bevoegd zijn om voor te schrijven dat binnen een overleginstantie die zij instellen, zoals de hulp- en zorgraad van de zone, entiteiten worden vertegenwoordigd die ressorteren onder een andere overheid (zoals gemeenten, door andere overheden erkende entiteiten, enz.).⁽³⁸⁾ Dergelijke vertegenwoordigingen zijn slechts toelaatbaar op voorwaarde dat ze louter facultatief zijn, wat niet alleen impliceert dat het lid van de entiteit in kwestie niet stemgerechtigd is, maar eveneens dat wordt vermeld dat de omstandigheid dat er geen vertegenwoordiger wordt voorgedragen of dat deze laatste de vergaderingen van de hulp- en zorgraad van de zone niet bijwoont, geen weerslag kan hebben op de werking van die raad, noch op de rechtsgeldigheid van zijn handelingen.⁽³⁹⁾ De tekst van paragraaf 1 moet dienovereenkomstig worden aangepast.

Artikel 21

32. De vermelding van “§ 2.” in het tweede lid van artikel 21 van het voorontwerp moet worden weggelaten.

33. In punt 2 van het artikel 21, eerste lid, van het voorontwerp wordt gewag gemaakt van “het ontwikkelen van onderlinge kennis tussen de actoren en de organisaties”. Op de vraag wat daarmee wordt bedoeld, antwoordden de gemachtigden als volgt:

“Het gaat om de onderlinge kennis tussen de verschillende actoren van de zone alsook de organisaties die actief zijn in het [...] domein [van welzijn en gezondheid]. De antennes moeten ervoor zorgen dat de actoren het bestaan van andere actoren in hun zone beter kennen.”

Gelet op die uitleg lijkt het begrip “organisaties” verrat te zijn in het ruimere begrip “actoren van de zone”. De woorden “de actoren en de organisaties” moeten worden vervangen door de woorden “de actoren van de ambulante sector”.

Artikel 23

34. Volgens artikel 23 van het voorontwerp worden “[d]e gespecialiseerde ambulante actoren waarvan de werking niet strookt met de territoriale benadering in hulp- en zorgzones of wijken [...] op het niveau van het gewest geprogrammeerd”.

De draagwijdte van deze bepaling is onduidelijk. Indien het de bedoeling is om te voorzien in een afzonderlijke programmering op het niveau van het gewest voor bepaalde actoren, kan dat beter met zoveel woorden worden bepaald in artikel 29 van het voorontwerp.

(38) Zie over de mogelijkheid een dergelijke vertegenwoordiging wettelijk te regelen: Adv.RvS 73.262/VR en 73.285/VR, opmerking 14.

(39) Adv.RvS 49.794/VR/3-49.795/VR/3 van 28 juni 2011 over onder meer een voorstel dat heeft geleid tot de wet van 23 mei 2013 “tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren en tot regeling van de reclame en informatie betreffende die ingrepen”, *Parl. St.* Senaat 2010-11, nr. 5-62/2. Zie eveneens adv.RvS 59.592/2/V van 18 juli 2016 over een voorontwerp dat heeft geleid tot het decreet van het Waalse Gewest van 16 februari 2017 “modifiant le décret du 6 novembre 2008 portant rationalisation de la fonction consultative et diverses dispositions relatives à la fonction consultative”, *Parl. St. W.Parl.* 2016-17, nr. 601/1, 26-35.

Cette explication ne fait pas apparaître suffisamment le rôle que joue le conseil d’aide et de soins ni comment les objectifs stratégiques qui sont alors apparemment fixés par les acteurs du social et de la santé (chacun séparément?) sont convertis par le conseil d’aide et de soins en objectifs opérationnels au sens du paragraphe 2. La disposition en projet ainsi que l’exposé des motifs seront précisés.

Il convient par ailleurs de rappeler que, dans le respect du principe de l’autonomie respective de l’État fédéral, des communautés et des régions, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française ne sont pas compétentes pour imposer la représentation obligatoire d’entités relevant d’une autre autorité (telles que les communes, les entités agréées par d’autres autorités, etc.) au sein d’une instance de concertation qu’elles instituent, tel que le conseil d’aide et de soins du bassin⁽³⁸⁾. De telles représentations ne sont admissibles qu’à la condition que celles-ci soient purement facultatives, ce qui implique non seulement que le membre de l’entité concernée ne dispose pas d’une voix délibérative mais également qu’il soit mentionné que la circonstance qu’il ne soit pas proposé de représentant ou que ce dernier n’assiste pas aux réunions du conseil d’aide et de soins du bassin, ne puisse avoir de répercussion sur le fonctionnement de celui-ci ni sur la validité des actes qu’il pose⁽³⁹⁾. Le dispositif du paragraphe 1^{er} sera adapté en conséquence.

Article 21

32. À l’alinéa 2, il y a lieu d’omettre la mention du «§ 2.».

33. Selon l’alinéa 1^{er}, 2^o, il y a lieu de «[d]évelopper l’interconnaissance des acteurs et des organisations». À la question de savoir ce que signifie cette disposition, les délégués ont répondu ce qui suit:

«Het gaat om de onderlinge kennis tussen de verschillende actoren van de zone alsook de organisaties die actief zijn in het [...] domein [van welzijn en gezondheid]. De antennes moeten ervoor zorgen dat de actoren het bestaan van andere actoren in hun zone beter kennen.»

Au vu des explications données, la notion d’organisations paraît figurer dans la notion plus globale d’acteurs de la zone. Les mots «des acteurs et des organisations» seront remplacés par les mots «des acteurs de l’ambulatoire».

Article 23

34. Selon l’article 23 de l’avant-projet, «[l]es acteurs ambulatoires spécialisés dont le fonctionnement ne s’aligne pas sur l’approche territorialisée en bassins d’aide et de soins ou quartiers sont programmés au niveau de la région».

La portée de cette disposition n’est pas claire. Si l’intention est de prévoir une programmation distincte au niveau de la région pour certains acteurs, mieux vaudrait que l’article 29 de l’avant-projet le précise explicitement.

(38) Sur les possibilités permettant d’organiser légalement une telle représentation, voir l’avis 73.262/VR et 73.285/VR, observation 14.

(39) Avis 49.794/VR/3-49.795/VR/3 donné le 28 juin 2011 sur, notamment, une proposition devenue la loi du 23 mai 2013 «réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l’information relative à ces actes», *Doc. parl.*, Sénat, 2010-2011, n° 5-62/2. Voir aussi l’avis 59.592/2/V donné le 18 juillet 2016 sur un avant-projet devenu le décret de la Région wallonne du 16 février 2017 «modifiant le décret du 6 novembre 2008 portant rationalisation de la fonction consultative et diverses dispositions relatives à la fonction consultative», *Doc. parl.*, Parl. w., 2016-2017, n° 601/1, pp. 26-35.

Artikel 24

35. Overeenkomstig artikel 24, § 1, van het voorontwerp wordt bij de erkenningen en de financieringen die worden toegekend aan de actoren van de ambulante sector het territoriale interventieniveau van de beoogde activiteit gepreciseerd. De vraag rijst of, bovenop de erkenningen en financieringen, niet eveneens melding moet worden gemaakt van de beheersovereenkomsten bedoeld in artikel 13 van de ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 4 april 2019. Het dispositief moet opnieuw worden onderzocht in het licht van deze opmerking. In voorkomend geval moet artikel 44 van het voorontwerp dienovereenkomstig worden aangevuld.

Artikelen 24 et 29

36. In artikel 24, § 2, van het voorontwerp worden de colleges gemachtigd om (bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit) de territoriale interventieniveaus van de actoren van de ambulante sector te bepalen. De gemachtigden bevestigden dat het gaat om een delegatie van verordenende bevoegdheid, terwijl het in paragraaf 1 van het artikel gaat om een individuele beslissingsbevoegdheid.

In artikel 29, tweede lid, wordt echter bepaald dat “[b]ij de organisatie van de programmatie [...] rekening [wordt] gehouden met [...] de territoriale afbakeningen die in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie worden beoogd [...]”. Dat lijkt in te houden dat de colleges verplicht zijn de territoriale interventieniveaus van de actoren van de ambulante sector op reglementaire wijze te bepalen. Ter wille van de samenhang van het dispositief moet de bepaling worden herzien in het licht van deze opmerking.

37. Op de vraag hoe het voorontwerp aansluit bij de bestaande wetgeving van enerzijds de Franse Gemeenschapscommissie en anderzijds de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, in het bijzonder wat betreft de programmatie voorzien in artikel 29 van het voorontwerp, hebben de gemachtigden de volgende uitleg gegeven:

“Artikel 29 biedt een rechtsgrond voor een gezamenlijke GGC-FGC programmatie. Wanneer [er] een gezamenlijke programmatie zal zijn, zal deze dan de bestaand zuiver GGC of zuiver FGC programmatie opheffen.

Het is wel niet de bedoeling om de rechtsgrond[en] (in decreet en ordonnantie) voor de zuiver GGC of zuiver FGC programmatie op te [heffen] aangezien deze nog steeds zouden kunnen worden gebruikt.”

Zoals het voorontwerp gesteld is, regelt het niet uitdrukkelijk de handhaving van de programmatie die de Franse Gemeenschapscommissie eenzijdig heeft gerealiseerd op basis van artikel 32 van het decreet van 5 maart 2009. Het dispositief moet uitdrukkelijk preciseren welke weerslag de bestaande programmatie ondervindt van de machtiging die artikel 29 van het voorontwerp aan de colleges verleent. Ter wille van de rechtszekerheid moet het voorontwerp de overgangperiode regelen in afwachting van de tenuitvoerlegging van artikel 29 van het voorontwerp.

Artikel 25

38. In artikel 25, eerste lid, van het voorontwerp schrijft men “erkent en subsidieert” in plaats van “erkent en financiert”, naar analogie van artikel 11 van het voorontwerp, waar gewag wordt gemaakt van de subsidiëring van de OCMW’s.

39. In dezelfde bepaling moet worden verduidelijkt dat het gaat om een ondersteuningsstructuur die belast is met de versterking van de organisatie en de coherentie van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid, mede gelet op de definitie in artikel 2, 4°, van het voorontwerp.

Artikel 26

40. Zoals is opgemerkt in opmerking 26, dienen de opdrachten vermeld in artikel 26 van het voorontwerp in verband te worden gebracht

Article 24

35. Conformément au paragraphe 1^{er}, les agréments et financements octroyés aux acteurs de l’ambulatoire précisent le niveau d’intervention territoriale de l’activité visée. La question se pose de savoir s’il ne conviendrait pas également de mentionner, outre les agréments et financements, les contrats de gestion visés par l’article 13 de l’ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019. Le dispositif sera réexaminé au regard de cette observation. Le cas échéant, l’article 44 de l’avant-projet sera complété en conséquence.

Articles 24 et 29

36. L’article 24, § 2, de l’avant-projet habilite les collèges à fixer (par un arrêté d’exécution conjoint) les niveaux d’intervention territoriale des acteurs de l’ambulatoire. Les délégués ont confirmé qu’il s’agit d’une délégation de pouvoir réglementaire, tandis qu’au paragraphe 1^{er} de cet article, il s’agit d’un pouvoir de décision individuel.

Cependant l’article 29, alinéa 2, précise que la programmation «est organisée en prenant en considération [...] les délimitations territoriales visées dans le présent décret et ordonnance conjoints [...]», ce qui paraît imposer aux collèges de fixer, de manière réglementaire, les niveaux d’intervention territoriale des acteurs de l’ambulatoire. Le dispositif sera revu au regard de cette observation afin de veiller à la cohérence du dispositif.

37. Interrogé sur l’articulation de l’avant-projet avec la législation existante de la Commission communautaire française, d’une part, et de la Commission communautaire commune, d’autre part, tout particulièrement en ce qui concerne la programmation prévue par l’article 29 de l’avant-projet, les délégués expliquent ce qui suit:

«Artikel 29 biedt een rechtsgrond voor een gezamenlijke GGC-FGC programmatie. Wanneer [er] een gezamenlijke programmatie zal zijn, zal deze dan de bestaand zuiver GGC of zuiver FGC programmatie opheffen.

Het is wel niet de bedoeling om de rechtsgrond[en] (in decreet en ordonnantie) voor de zuiver GGC of zuiver FGC programmatie op te [heffen] aangezien deze nog steeds zouden kunnen worden gebruikt.»

Tel que rédigé, l’avant-projet n’organise pas explicitement le maintien de la programmation unilatérale réalisée par la Commission communautaire française sur la base de l’article 32 du décret du 5 mars 2009. Le dispositif doit préciser expressément quel est l’effet sur la programmation existante de l’habilitation donnée aux collèges par l’article 29 de l’avant-projet. Dans un souci de sécurité juridique, l’avant-projet organisera la période transitoire dans l’attente de la mise en œuvre de l’article 29 de l’avant-projet.

Article 25

38. À l’alinéa 1^{er}, on écrira «agrée et subventionne» au lieu de «agrée et finance», par analogie avec l’article 11 de l’avant-projet relatif au subventionnement des CPAS.

39. Dans la même disposition, il convient de préciser qu’il s’agit d’une structure d’appui chargée de renforcer l’organisation et la cohérence de la première ligne social santé, compte tenu notamment de la définition inscrite à l’article 2, 4°, de l’avant-projet.

Article 26

40. Comme évoqué dans l’observation 26, il convient de faire le lien entre les missions énoncées à l’article 26 de l’avant-projet et les missions

met de opdrachten waarmee de ondersteuningsstructuur, bedoeld in artikel 19, wordt belast. Het feit dat artikel 26, 10°, bepaalt dat de ondersteuningsstructuur “de coördinatie [organiseert] van de hulp- en zorgzones om de in artikel 21 beoogde opdrachten voor alle hulp- en zorgzones uit te voeren”, stemt niet overeen met het geheel van de in artikel 19 opgesomde opdrachten. Artikel 26 moet dienovereenkomstig worden aangepast.

41. Wat punt 11° betreft, moet het begrip “platform voor palliatieve zorg in Brussel” worden gedefinieerd.

Artikelen 25 tot 27

42. Aangezien artikel 25 van het voorontwerp voorziet in de erkenning van een ondersteuningsstructuur, staat het aan de colleges de voorwaarden van die erkenning te bepalen. Dat mag voor hen niet beperkt blijven tot louter een mogelijkheid. In de artikelen 25 en 26 worden alleen de vorm en de opdrachten van de ondersteuningsstructuur gedefinieerd zonder dat daar uitdrukkelijk erkenningsvoorwaarden van worden gemaakt. In artikel 27, eerste lid, van het voorontwerp worden de colleges gemachtigd om (bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit) de erkenningsvoorwaarden te preciseren (volgens de Franse tekst) of vast te stellen (volgens de Nederlandse tekst).

Indien het de bedoeling is om de taken vermeld in artikel 26 van het voorontwerp als erkenningsvoorwaarden te beschouwen, kan dat beter met zoveel woorden worden bepaald. Indien de machtiging in artikel 27, eerste lid, van het voorontwerp enkel de verdere uitwerking van die voorwaarden behelst, moet ook in de Nederlandse tekst worden vermeld dat de colleges die voorwaarden kunnen preciseren. Indien het daarentegen de bedoeling is dat de colleges ook andere erkenningsvoorwaarden kunnen vaststellen, moet in de Franse tekst gewag worden gemaakt van het “vaststellen” van de erkenningsvoorwaarden.

43. Met betrekking tot de Franse tekst van artikel 27, eerste lid, rijst de vraag of het gebruik van het woord “gouvernance” adequaat is en of het niet beter zou worden vervangen door het woord “gestion”, zoals het geval lijkt te zijn voor de Nederlandse tekst (“bestuur”).

Artikel 28

44. In het tweede lid dient te worden verduidelijkt wat men moet verstaan onder de “draagwijdte” van de overeenkomst die met de ondersteuningsstructuur wordt gesloten. Het eerste lid bepaalt immers reeds dat in die overeenkomst de concrete doelstellingen en modaliteiten van de uitvoering van de opdrachten worden vastgelegd.

Artikel 44

45. In artikel 24 van het voorontwerp wordt bepaald dat bij de erkenningen en financieringen (zie daarover opmerking 35) die worden toegekend aan de actoren van de ambulante sector, het territoriale interventieniveau wordt bepaald. Op de vraag of in artikel 44 van het voorontwerp dan ook niet gewag moet worden gemaakt van de financieringen en niet enkel van de erkenningen, antwoordden de gemachtigden:

“Inderdaad, artikel 44 zou dus als volgt kunnen worden geschreven: “In de erkenningen en financieringsbeslissing worden de in artikel 24, § 1, bedoelde vermeldingen gepreciseerd binnen een door de Colleges bepaalde termijn.””

46. Artikel 44 van het voorontwerp lijkt neer te komen op een delegatie aan de colleges om (bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit) te bepalen vanaf welk tijdstip de territoriale interventieniveaus voor de betrokken actoren van de ambulante sector worden ingevoerd, met andere woorden wanneer de in de opmerkingen 8.1 tot 8.4 geschetste territoriale beperking voor die actoren wordt ingevoerd. Indien dat de draagwijdte is van artikel 44 van het voorontwerp, zouden de colleges beter worden gemachtigd om de datum van inwerkingtreding van artikel 24 van het

mises à charge de la structure d’appui visée à l’article 19. Le fait que l’article 26, 10°, prévoit que la structure d’appui «[o]rganise la coordination des bassins d’aide et de soins afin d’assurer les missions visées à l’article 21 pour l’ensemble des bassins d’aides et de soins» ne correspond pas à l’ensemble des missions énumérées par l’article 19. L’article 26 sera adapté en conséquence.

41. En ce qui concerne le 11°, la notion de «Plateforme bruxelloise de soins palliatifs» sera définie.

Articles 25 à 27

42. Dès lors que l’article 25 de l’avant-projet prévoit l’agrément d’une structure d’appui, il appartient aux collèges d’en définir les conditions d’agrément. Cela ne peut constituer dans leur chef une simple faculté. Les articles 25 et 26 se limitent à définir la forme et les missions de la structure d’appui sans en faire expressément des conditions d’agrément. L’article 27, alinéa 1^{er}, habilite les collèges à préciser (par un arrêté d’exécution conjoint) les conditions d’agrément (selon la version française) ou à les fixer («vaststellen», selon la version néerlandaise).

Si l’intention est de considérer les missions mentionnées à l’article 26 de l’avant-projet comme des conditions d’agrément, mieux vaudrait le prévoir explicitement. Si l’habilitation prévue à l’article 27, alinéa 1^{er}, de l’avant-projet implique uniquement celle d’élaborer plus avant ces conditions, la version néerlandaise doit aussi mentionner que les collèges peuvent préciser ces conditions. Si, en revanche, l’intention est que les collèges puissent également fixer d’autres conditions d’agrément, la version française devra viser la «fixation» des conditions d’agrément.

43. Dans la version française de l’article 27, alinéa 1^{er}, la question se pose de savoir si l’utilisation du mot «gouvernance» est adéquate et ne serait pas avantageusement remplacée par le mot «gestion», à l’instar de la version néerlandaise («bestuur»).

Article 28

44. À l’alinéa 2, il convient de clarifier ce qu’il y a lieu d’entendre par la «portée» de la convention conclue avec la structure d’appui. L’alinéa 1^{er} prévoit en effet déjà que cette convention fixe les objectifs et modalités concrètes d’exécution des missions.

Article 44

45. L’article 24 de l’avant-projet dispose que les agréments et financements (voir à ce sujet l’observation 35) octroyés aux acteurs de l’ambulatoire précisent le niveau d’intervention territoriale. À la question de savoir si l’article 44 ne doit pas, dès lors, mentionner les financements, et pas uniquement les agréments, les délégués ont répondu:

«Inderdaad, artikel 44 zou dus als volgt kunnen worden geschreven: «In de erkenningen en financieringsbeslissing worden de in artikel 24, § 1, bedoelde vermeldingen gepreciseerd binnen een door de Colleges bepaalde termijn»».

46. L’article 44 semble impliquer une délégation permettant aux collèges de fixer (par un arrêté d’exécution conjoint) à partir de quel moment les niveaux d’intervention territoriale sont instaurés pour les acteurs concernés de l’ambulatoire, autrement dit quand la limitation territoriale précisée aux observations 8.1 à 8.4 est instaurée pour ces acteurs. Si telle est la portée de l’article 44, mieux vaudrait habiliter les collèges à fixer la date d’entrée en vigueur de l’article 24 de l’avant-projet. En outre, il convient de fixer une date limite d’entrée en vigueur du texte avec la

voorontwerp te bepalen. Bovendien dient een uiterste datum van inwerkingtreding van de tekst te worden vastgesteld, met de mogelijkheid voor de uitvoerende macht om een vroegere datum te bepalen.⁽⁴⁰⁾

Het dispositief van artikel 44 van het voorontwerp moet worden verduidelijkt en aangevuld in het licht van deze opmerking.

Artikel 45

47. In artikel 45 van het voorontwerp is de datum van inwerkingtreding van het aan te nemen gezamenlijk decreet en ordonnantie niet ingevuld, wat moet worden verholpen. De gemachtigden verklaarden dat het in elk geval niet de bedoeling is om terugwerkende kracht te verlenen aan de ontworpen regeling.

De Griffier,

Annemie GOOSSENS

De Voorzitter,

Jeroen VAN NIEUWENHOVE

possibilité pour le pouvoir exécutif d'anticiper celle-ci⁽⁴⁰⁾.

Le dispositif de l'article 44 sera précisé et complété à la lumière de cette observation.

Article 45

47. À l'article 45, la date d'entrée en vigueur du décret et ordonnance conjoints n'a pas été complétée. Il convient d'y remédier. Les délégués ont déclaré que l'intention n'était en tout cas pas d'attribuer un effet rétroactif à la réglementation en projet.

Le Greffier,

Annemie GOOSSENS

Le Président,

Jeroen VAN NIEUWENHOVE

(40) Beginselen van de wetgevingstechniek – Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten, www.raadvst-consetat.be, tab "Wetgevingstechniek", aanbeveling 154.

(40) Principes de technique législative – Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires, www.raadvst-consetat.be, onglet «Technique législative», recommandation n° 154.

ONTWERP VAN GEZAMENLIJK DECREET EN ORDONNANTIE

van de Franse Gemeenschapscommissie
en van de Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie betreffende de
organisatie van de ambulante sector en de
eerste lijn voor welzijn en gezondheid in
het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad,

Op voordracht van de Leden van het Verenigd College,
bevoegd voor het beleid inzake Gezondheid en Bijstand
aan Personen,

Na beraadslaging,

BESLUIT:

De Leden van het Verenigd College, bevoegd voor het
beleid inzake Gezondheid en Bijstand aan Personen, zijn
ermee belast, in naam van het Verenigd College, bij de
Verenigde Vergadering het ontwerp van ordonnantie in te
dienen waarvan de tekst hierna volgt:

HOOFDSTUK 1 Algemene bepalingen

Artikel 1

Dit gezamenlijk decreet en ordonnantie regelt een aan-
gelegenheid als bedoeld in artikelen 128, 135 en 138 van
de Grondwet.

Artikel 2

Voor de toepassing van dit gezamenlijk decreet en
ordonnantie wordt verstaan onder:

- 1° colleges: het College van de Franse
Gemeenschapscommissie en het Verenigd College van
de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie;
- 2° comité voor sociale coördinatie: het comité bedoeld
in artikel 62 van de organieke wet van 8 juli 1976
betreffende de openbare centra voor maatschappelijk
welzijn;
- 3° ambulante sector: alle actoren die actief zijn op het
gebied van welzijn en gezondheid, met uitzondering
van de residentiële en ziekenhuissector;
- 4° eerste lijn voor welzijn en gezondheid: alle actoren die
het dichtst mogelijk bij de leefomgeving van personen

PROJET DE DÉCRET ET ORDONNANCE CONJOINTS

de la Commission communautaire
française et de la Commission
communautaire commune relatifs à
l'organisation de l'ambulatoire et de
la première ligne social santé dans la
région bilingue de Bruxelles-Capitale

Le Collège réuni de la Commission communautaire
commune de Bruxelles-Capitale,

Sur la proposition des Membres du Collège réuni
compétents pour la politique de la Santé et de l'Aide aux
personnes,

Après délibération,

ARRÊTE :

Les Membres du Collège réuni compétents pour la
politique de la Santé et de l'Aide aux personnes sont
chargés de présenter à l'Assemblée réunie, au nom du
Collège réuni, le projet d'ordonnance dont la teneur suit :

CHAPITRE 1^{ER} Dispositions générales

Article 1^{er}

Le présent décret et ordonnance conjoints règle une
matière visée aux articles 128, 135 et 138 de la Constitution.

Article 2

Pour l'application du présent décret et ordonnance
conjoints, il faut entendre par:

- 1° collèges: le Collège de la Commission communautaire
française et le Collège réuni de la Commission commu-
nautaire commune;
- 2° comité de coordination sociale: le comité visé à
l'article 62 de la loi organique du 8 juillet 1976 des
centres publics d'action sociale;
- 3° ambulatoire: ensemble des acteurs actifs dans le
domaine du social et de la santé, à l'exception du
secteur résidentiel et hospitalier;
- 4° première ligne social santé: ensemble des acteurs
qui au plus proche des milieux de vie des personnes

een generalistische aanpak hebben en sociale diensten, geïntegreerde hulp en zorg bieden, bevorderen of ondersteunen die op een holistische manier een antwoord bieden op het merendeel van de problemen die personen ondervinden op het gebied van gezondheid en welzijn of ze voorkomen. Ze zorgt voor de continuïteit en coördinatie van de verzorging van personen in hun leefomgeving, ook in complexe situaties waarbij zorgverleners intensief moeten samenwerken. De eerste lijn voor welzijn en gezondheid omvat de bijstand aan personen, sociale diensten, preventie, diagnose, zorg, revalidatie, palliatieve en continue zorg. Ze maakt gebruik van geïntegreerde en op personen gerichte werkwijzen. Ze zorgt ervoor dat haar diensten voor iedere doelgroep toegankelijk zijn. Ze is een integraal onderdeel van de ambulante sector;

- 5° geïntegreerde hulp en zorg: aanpak die ervoor zorgt dat iedereen toegang heeft tot kwaliteitsvolle diensten voor hulpverlening en zorg, die in samenwerking tot stand komen op een manier die het hele leven lang aan ieders behoeften beantwoordt en met ieders voorkeuren rekening houdt;
- 6° gemeenschapsactie: uitgaande van de actiekraft van de bevolking is de gemeenschapsactie een aanpak die erop gericht is met en voor de betrokken personen collectieve antwoorden op collectieve problemen uit te werken en te ontwikkelen in een perspectief van sociale verandering, verbetering van gezondheidsdeterminanten, bestrijding van isolement en mechanismen van sociale en culturele uitsluiting.

Dit uit te voeren progressieve analyse- en actieproces is gebaseerd op de effectieve deelname van de betrokken personen en hun synergie met de welzijns- en gezondheidsprofessionals, de lokale actoren en de hulpbronnen van het grondgebied;

- 7° bevolkingsverantwoordelijkheid: collectieve verantwoordelijkheid, hetgeen inhoudt dat de actoren van de ambulante sector moeten samenwerken en streven naar de verbetering van het welzijn van de bewoners van een bepaald gebied, met inbegrip van het welzijn van de personen die de rechten waarop ze aanspraak kunnen maken niet gebruiken, rekening houdend met de middelen die ter beschikking worden gesteld door de overheden;
- 8° proportioneel universalisme: het beginsel op grond waarvan toegang tot dezelfde diensten wordt verleend aan de gehele bevolking, maar met een omvang en intensiteit die in verhouding staan tot de mate van de welzijns- of gezondheidsachterstand;
- 9° inclusieve functie: functie die door de actoren van de ambulante sector wordt vervuld om de integratie van kwetsbare doelgroepen in het welzijns- en gezondheidsstelsel mogelijk te maken door te zorgen voor en toe te stappen naar de personen die geen toegang hebben tot

ont une approche généraliste et offrent, favorisent ou soutiennent de l'action sociale, de l'aide et des soins intégrés qui préviennent ou répondent de manière holistique à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du social. Elle assure la continuité et la coordination de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie, en ce compris les situations complexes où une collaboration intense entre les prestataires est nécessaire. La première ligne social santé joue un rôle dans l'aide aux personnes, l'action sociale, la prévention, le diagnostic, le soin, la revalidation et les soins palliatifs et continués. Elle adopte des méthodes de travail intégrées et centrées sur les personnes. Elle s'assure de rendre ses services accessibles à tous les publics. Elle est partie intégrante de l'ambulatorie;

- 5° aide et soins intégrés: approche qui permet à toutes les personnes d'accéder à des services de l'aide et des soins de qualité, qui sont coproduits d'une façon qui répond à leurs besoins tout au long de leur vie et qui respecte leurs préférences;
- 6° action communautaire: en se basant sur le pouvoir d'agir des populations, l'action communautaire est une approche qui vise à élaborer et développer, avec et pour les personnes concernées, des réponses collectives à des problématiques collectives dans une perspective de changement social, d'amélioration des déterminants de la santé, de lutte contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle.

Ce processus progressif d'analyse et d'action à mettre en œuvre repose sur la participation effective des personnes concernées et leur mise en synergie avec des professionnels du social et de la santé, des acteurs locaux et des ressources du territoire;

- 7° responsabilité populationnelle: responsabilité collective qui implique chez les acteurs de l'ambulatorie la nécessité de collaborer et de viser à l'amélioration du bien-être des résidents sur un territoire donné, y compris celui des personnes en situation de non-recours aux droits auxquels ces personnes peuvent prétendre, compte tenu des moyens mis à leur disposition par les pouvoirs publics;
- 8° universalisme proportionné: principe en vertu duquel un accès aux mêmes services est offert à l'ensemble de la population, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale ou sanitaire;
- 9° fonction inclusive: fonction mise en œuvre par les acteurs de l'ambulatorie afin de rendre possible l'intégration des publics fragiles dans le système socio-sanitaire en prenant en charge, y compris en allant à leur rencontre, les personnes qui n'ont pas accès aux soins,

de zorg, hun behoeften op te vangen en hen te helpen toegang te krijgen tot het traditionele zorgsysteem, ongeacht de reden(en) waarom ze geen toegang hebben.

Artikel 3

Dit gezamenlijk decreet en ordonnantie is van toepassing op de actoren die vallen onder het beleid inzake Gezondheid en Bijstand aan Personen bedoeld in artikel 5, § 1, I en II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, met uitzondering van de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4°, van dezelfde bijzondere wet en aangelegenheden met betrekking tot crèches.

HOOFDSTUK 2 Oprachten

Artikel 4

In het kader van een geïntegreerde welzijns- en gezondheidsbenadering, hebben de actoren van de ambulante sector als opdracht:

- 1° professionele begeleiding op welzijns- en gezondheidsgebied te bieden die toegespitst is op het individu en zijn/haar prioriteiten;
- 2° samen te werken met de OCMW's die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de opdrachten in de welzijns- en gezondheidswijken, de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector, en de overheden die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de geïntegreerde welzijns- en gezondheidsbenadering die overeenkomt met hun niveau(s) van tussenkomst (de wijk, de zone en het gewest) met het oog op de verwezenlijking van de doelstellingen van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan;
- 3° samen te werken met elkaar en met de residentiële instellingen om de verzorging en de continuïteit van de hulp en zorg van de begunstigden te verbeteren;
- 4° kwaliteitsvolle, veilige, toegankelijke en ononderbroken hulp en zorg te bieden;
- 5° bij te dragen tot de registratie en uitwisseling van gegevens om de continuïteit en kwaliteit voor hulp- en zorgverlening te waarborgen;
- 6° te werken aan de toegang tot de rechten van personen om het niet-gebruik van de rechten waarop die personen aanspraak kunnen maken te bestrijden en de inclusieve functie te waarborgen.

Artikel 5

Daarnaast hebben actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid als opdracht:

leurs besoins, et en les aidant à accéder au système de soins classique quelle(s) que soi(en)t la ou les raisons de leur manque d'accès.

Article 3

Le présent décret et ordonnance conjoints s'applique aux acteurs relevant de la politique de la santé et de l'aide aux personnes visée à l'article 5, § 1^{er}, I et II, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, à l'exception des matières visées à l'article 5, § 1^{er}, II, 3° et 4°, de la même loi spéciale et des matières relatives aux crèches.

CHAPITRE 2 Missions

Article 4

Dans le cadre d'une approche social santé intégrée, les acteurs de l'ambulatoire ont pour mission:

- 1° d'offrir un accompagnement professionnel social santé centré sur la personne et ses priorités;
- 2° de collaborer avec les CPAS en charge de la mise en œuvre des missions exercées dans les quartiers social santé, avec la structure d'appui à l'ambulatoire et avec les autorités publiques en charge de la mise en œuvre de l'approche intégrée social santé qui correspond à leur(s) niveau(x) d'intervention (le quartier, le bassin et la région) en vue de réaliser les objectifs du Plan Social Santé Intégré;
- 3° de collaborer entre eux et avec les institutions résidentielles afin d'améliorer la prise en charge et la continuité de l'aide et des soins des bénéficiaires;
- 4° d'offrir de l'aide et des soins de qualité, sûrs, accessibles et continus;
- 5° de contribuer à l'enregistrement des données et à l'échange des données en utilisant de préférence les outils numériques afin d'assurer la continuité et la qualité de l'aide et des soins;
- 6° d'œuvrer à l'accès aux droits des personnes afin de lutter contre le non-recours aux droits auxquels ces personnes peuvent prétendre et d'assurer une fonction inclusive.

Article 5

Les acteurs de la première ligne social santé ont, en outre, pour mission:

- 1° personen te begeleiden, door te verwijzen, te verzorgen en op te volgen doorheen het volledige hulp- en zorgsysteem;
- 2° bij te dragen tot de verbetering, het behoud of het herstel van het welzijn van de bevolking dat zich in hun referentiegebied bevindt op het gebied van welzijn en gezondheid, onder meer door gemeenschapsacties;
- 3° personen die hulp- en zorgbehoevend zijn te ondersteunen in hun zelfredzaamheid, alsook hun familie en mantelzorgers te ondersteunen;
- 4° een lokale samenwerking uit te bouwen tussen hen, zodat men geïntegreerde, op de persoon toegespitste verzorging kan bieden vanuit een buurtwerkbenadering;
- 5° rekening te houden met alle noden van de inwoners van het gebied op het vlak van welzijn en gezondheid.

HOOFDSTUK 3 Territorialisering

Afdeling I – Algemene bepalingen

Artikel 6

Het aanbod van de ambulante sector is op territoriale basis georganiseerd.

Artikel 7

Het grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad wordt in het kader van de uitvoering van het hulp- en zorgbeleid in drie niveaus opgedeeld:

- 1° de welzijns- en gezondheidswijken;
- 2° de hulp- en zorgzones;
- 3° het gewest.

Artikel 8

Het subsidiariteitsbeginsel wordt in de acties van elk niveau nageleefd.

Artikel 9

De actoren van de ambulante sector treden op en voeren de in artikel 4 en 5 beoogde opdrachten uit in een bepaald gebied om het beginsel van de bevolkingsverantwoordelijkheid toe te passen.

- 1° d'accompagner, d'orienter, de soigner et de suivre les personnes à travers l'ensemble du système de l'aide et des soins;
- 2° de contribuer à améliorer, maintenir ou rétablir le bien-être de la population se trouvant sur leur territoire de référence sur le plan social et sanitaire, y compris à travers des actions communautaires;
- 3° de soutenir les personnes en besoin d'aide et de soins, leur famille, leurs aidants proches, dans leur autonomie;
- 4° de développer une collaboration locale entre eux afin d'offrir une prise en charge intégrée, centrée sur la personne et de proximité;
- 5° de prendre en compte l'ensemble des besoins des habitants du territoire qui les concernent dans les domaines du bien-être et de la santé.

CHAPITRE 3 Territorialisation

Section I^{re} – Dispositions générales

Article 6

L'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale.

Article 7

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'aide et des soins, le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale est divisé en trois niveaux:

- 1° les quartiers social santé;
- 2° les bassins d'aide et de soins;
- 3° la région.

Article 8

L'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité.

Article 9

Les acteurs de l'ambulatoire inscrivent leurs actions et mettent en œuvre les missions visées aux articles 4 et 5 sur un territoire donné afin d'y mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle.

Afdeling II – Welzijns- en gezondheidswijken

Onderafdeling I – Algemene bepalingen

Artikel 10

§ 1. De welzijns- en gezondheidswijken zijn ononderbroken geografische zones die elkaar niet overlappen en die het hele grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken.

Elke welzijns- en gezondheidswijk bestaat uit maximaal 30.000 inwoners. Afhankelijk van de demografische evolutie van wijken kunnen de colleges afwijken van het aangegeven aantal inwoners.

De colleges bepalen bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit de geografische afbakening van die eenheden door zich te baseren op de sociologische kenmerken van elk gebied en door de gemeentegrenzen te respecteren.

§ 2. Alle welzijns- en gezondheidsactoren die op het niveau van de wijk actief zijn, dragen collectief bij tot de verbetering van het welzijn van de bewoners door:

- 1° non-take-up te bestrijden;
- 2° het welzijns- en gezondheidsaanbod in de wijk zo te organiseren dat de levensdoelen van personen die hulp en zorg nodig hebben, centraal staan in de aangeboden diensten;
- 3° invloed uit te oefenen op de gezondheidsdeterminanten.

Onderafdeling II – Opdrachten en bestuur

Artikel 11

§ 1. Het Verenigd College subsidieert de OCMW's binnen de perken van de beschikbare kredieten om hen de uitvoering van de volgende opdrachten op het grondgebied van elke welzijns- en gezondheidswijk van hun gemeente toe te vertrouwen:

- 1° de afstemming tussen de actoren die actief zijn op het niveau van de wijk bevorderen;
- 2° de maatregelen ter ondersteuning van de toegankelijkheid van de actoren van de ambulante sector versterken;
- 3° de aanpak waarbij de hulp en zorg zijn toegespitst op de persoon vergemakkelijken;
- 4° de intersectorale werkmethode ondersteunen op schaal van de wijk;
- 5° de actiekraft van de inwoners van de wijk versterken door gemeenschapsactie.

Section II – Les quartiers social santé

Sous-section I^{re} – Dispositions générales

Article 10

§ 1^{er}. Les quartiers social santé sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Chaque quartier social santé regroupe maximum 30.000 habitants. En fonction de l'évolution démographique des quartiers, les collèges peuvent déroger au nombre d'habitants indiqué.

Les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint les délimitations géographiques de ces unités en se basant sur les caractéristiques sociologiques de chaque territoire et en respectant les frontières communales.

§ 2. L'ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier contribuent collectivement à améliorer le bien-être des habitants en:

- 1° luttant contre le non-recours;
- 2° organisant l'offre social santé du quartier de manière à mettre au mieux les objectifs de vie des personnes en besoin d'aide et de soins au cœur de l'offre;
- 3° agissant sur les déterminants de la santé.

Sous-section II – Missions et gouvernance

Article 11

§ 1^{er}. Dans les limites des crédits disponibles, le Collège réuni subventionne les CPAS afin de leur confier l'exécution des missions suivantes sur le territoire de chacun des quartiers social santé de leur commune:

- 1° favoriser l'articulation entre les acteurs actifs à l'échelle du quartier;
- 2° renforcer les mesures soutenant l'accessibilité des acteurs de l'ambulatoire;
- 3° faciliter l'approche de l'aide et des soins centrée sur la personne;
- 4° soutenir à l'échelle du quartier le travail intersectoriel;
- 5° renforcer le pouvoir d'agir des habitants du quartier par l'action communautaire.

De colleges kunnen bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit de opdrachten die op het grondgebied van de welzijns- en gezondheidswijken worden uitgevoerd nader bepalen.

§ 2. De operationalisering van die opdrachten wordt uitgevoerd door het comité voor sociale coördinatie dat afhankelijk van de noodzaak werkgroepen of comités voor de coördinatie van de wijk organiseert.

§ 3. Wanneer voor een coherente uitvoering van die opdrachten, tussen aangrenzende wijken die tot verschillende OCMW's behoren, een nauwe samenwerking tussen de betrokken comités voor sociale coördinatie noodzakelijk is, richten zij een gezamenlijke werkgroep of werkgroepen op.

Artikel 12

Om de doelstellingen en concrete uitvoeringsmodaliteiten van de in artikel 11 beoogde opdrachten vast te leggen, sluit het Verenigd College een lokaal welzijns- en gezondheidscontract met het OCMW dat bevoegd is voor die wijk. In dat contract worden de werkwijze voor de diagnose, het actieplan, de uitvoering van het contract, de evaluatie en de verlenging vastgelegd.

Het Verenigd College bepaalt de modaliteiten voor het sluiten van lokale welzijns- en gezondheidscontracten en kan de elementen specificeren die daarin moeten worden opgenomen.

Artikel 13

Wanneer meerdere wijken onder een lokaal welzijns- en gezondheidscontract vallen binnen één en dezelfde gemeente, zorgt het comité voor sociale coördinatie voor de afstemming en samenhang van de acties tussen de verschillende betrokken wijken.

Artikel 14

De colleges bepalen bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit de bestuursmodaliteiten die nodig zijn om de lokale welzijns- en gezondheidscontracten uit te voeren.

Het Verenigd College bepaalt het bedrag van de subsidie, evenals andere subsidievoorwaarden, de modaliteiten voor de controle ervan en voor de aanleg van een reserve.

Onderafdeling III – Prioritering van de welzijns- en gezondheidswijken

Artikel 15

Op basis van de door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn voorgestelde indicatoren die de gezondheidstoestand, het gebruik van gezondheidspre-

Les collèges peuvent préciser par un arrêté d'exécution conjoint les missions exécutées sur le territoire des quartiers social santé.

§ 2. L'opérationnalisation de ces missions est mise en œuvre par le comité de coordination sociale qui, selon la nécessité, organise des groupes de travail ou comités de coordination de quartier.

§ 3. Dans le cas où une mise en œuvre cohérente de ces missions, entre des quartiers contigus mais relevant de CPAS différents, nécessite une collaboration rapprochée entre les comités de coordination sociale concernés, ceux-ci mettent en place un ou des groupes de travail communs.

Article 12

Afin de fixer les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions visées à l'article 11, le Collège réuni conclut un contrat local social santé avec le CPAS qui est compétent pour ce quartier. Ce contrat précise la méthode de travail relative au diagnostic, au plan d'action, à la mise en œuvre du contrat, à son évaluation et à son renouvellement.

Le Collège réuni fixe les modalités de conclusion des contrats locaux social santé et peut préciser les éléments devant y être repris.

Article 13

Dans le cas où plusieurs quartiers bénéficient d'un contrat local social santé au sein d'une même commune, le comité de coordination sociale assure l'articulation et la cohérence des actions entre les différents quartiers concernés.

Article 14

Les collèges précisent par un arrêté d'exécution conjoint les modalités de gouvernance requises pour la mise en œuvre des contrats locaux social santé.

Le Collège réuni fixe le montant de la subvention ainsi que d'autres conditions de subventions, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

Sous-section III – Priorisation des quartiers social santé

Article 15

Sur la base d'indicateurs proposés par l'Observatoire de la Santé et du Social reflétant l'état de santé, le recours à la prévention en santé et la situation sociale dans chaque

ventie en de sociale situatie in elke wijk weerspiegelen, bepalen de colleges bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit de prioritaire wijken.

De prioritaire wijken zijn die met de grootste kwetsbaarheid op het gebied van welzijn en gezondheid en waarvan het aanbod van ambulante diensten niet volstaat om aan die behoeften te voldoen.

Artikel 16

§ 1. Indien met de beschikbare kredieten de uitvoering van de in artikel 11 beoogde opdrachten niet voor alle welzijns- en gezondheidswijken kan worden gefinancierd, subsidieert het Verenigd College, overeenkomstig het beginsel van proportioneel universalisme, slechts een deel van de welzijns- en gezondheidswijken in functie van de volgorde van de prioritaire wijken.

§ 2. Overeenkomstig het beginsel van proportioneel universalisme en om het aantal gefinancierde welzijns- en gezondheidswijken te vergroten, kan het Verenigd College, in functie van de volgorde van de prioritaire wijken en binnen de grenzen van de beschikbare kredieten, bepaalde welzijns- en gezondheidswijken subsidiëren in aanvulling op de welzijns- en gezondheidswijken die op basis van de eerste paragraaf worden gefinancierd, zodat ze slechts een deel van de in artikel 11 bedoelde opdrachten uitvoeren.

De colleges bepalen bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit de modaliteiten dankzij welke slechts een deel van de opdrachten van de OCMW's overeenkomstig het eerste lid wordt gesubsidieerd.

Afdeling III – De hulp- en zorgzones

Artikel 17

De hulp- en zorgzones zijn ononderbroken geografische zones die elkaar niet overlappen en die hele gemeenten en/of delen ervan omvatten en het hele grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad bestrijken.

Elke hulp- en zorgzone bestaat uit minstens vijf welzijns- en gezondheidswijken en telt niet meer dan 350.000 inwoners.

De colleges bepalen bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit de geografische afbakening van die eenheden en baseren zich daarvoor op de bestaande samenwerkingsverbanden tussen de actoren van de ambulante sector, het gebruik van diensten van de hulp- en zorgactoren door de inwoners van de betrokken gebieden en de afbakening van de welzijns- en gezondheidswijken.

quartier, les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint la priorisation des quartiers.

Les quartiers classés en priorité sont ceux faisant état du niveau de vulnérabilité sociale et sanitaire le plus élevé et dont l'offre de services ambulatoires ne permet pas de répondre à ces besoins.

Article 16

§ 1^{er}. Dans le cas où les crédits disponibles ne permettent pas de financer l'exécution des missions visées à l'article 11 pour tous les quartiers social santé, le Collège réuni, conformément au principe d'universalisme proportionné, subventionne uniquement une partie des quartiers social santé en fonction de l'ordre de priorisation des quartiers.

§ 2. Conformément au principe d'universalisme proportionné et afin de permettre d'augmenter le nombre de quartiers social santé financés, le Collège réuni peut subventionner, en fonction de l'ordre de priorisation des quartiers et dans la limite des crédits disponibles, certains quartiers social santé complémentaires aux quartiers social santé financés sur la base du paragraphe premier afin qu'ils exécutent uniquement une partie des missions visées à l'article 11.

Les collèges précisent par un arrêté d'exécution conjoint les modalités permettant de subventionner uniquement une partie des missions des CPAS conformément à l'alinéa premier.

Section III – Les bassins d'aide et de soins

Article 17

Les bassins d'aide et de soins sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, incluant des communes entières et/ou des parties de ces dernières et couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Chaque bassin d'aide et de soins regroupe au minimum cinq quartiers social santé et ne comprend pas plus de 350.000 habitants.

Les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint les délimitations géographiques de ces unités en se basant sur les coopérations existantes entre les acteurs de l'ambulatoire, le recours aux services des acteurs de l'aide et des soins des résidents sur les territoires concernés et les délimitations des quartiers social santé.

Artikel 18

De hulp- en zorgzone is een intermediaire territoriale eenheid tussen het gewest en de welzijns- en gezondheidswijken. Ze vormt het coördinatie- en overlegniveau tussen enerzijds de actoren van de ambulante sector die actief zijn op het grondgebied van de zone en anderzijds tussen die actoren en de residentiële diensten en de actoren van het gewestelijke of nationale niveau.

De tot stand gebrachte samenwerkingen op het niveau van de zone dragen bij tot een geïntegreerde organisatie tussen de welzijns- en gezondheidsactoren met het oog op een verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid, efficiëntie en ervaring van de gebruikers en van de arbeidsvoorwaarden van de actoren.

Artikel 19

De in artikel 26 bedoelde ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector voert de volgende opdrachten uit op het niveau van de hulp- en zorgzones:

- 1° een antenne opzetten per hulp- en zorgzone die verantwoordelijk is voor de operationele uitvoering van de in artikel 21 beoogde opdrachten;
- 2° de antennes en de beschikbare middelen en hulpbronnen voor de werking ervan beheren;
- 3° de representativiteit en de functionaliteit van de hulp- en zorgraden van elke zone waarborgen;
- 4° de antennes onderling en met de actoren op gewestelijk of bovengewestelijk niveau coördineren;
- 5° op initiatief of op aanvraag advies uitbrengen aan de colleges over de doelstellingen en operationele prioriteiten voor de - en zorgzones en het gewest;
- 6° voor monitoring en evaluatie zorgen van de operationalisering van de welzijns- en gezondheidsdoelstellingen die voor de hulp- en zorgzones zijn vastgelegd.

De ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector wijst middelen toe aan de zones die haar ter beschikking worden gesteld op basis van de beginselen van proportioneel universalisme en binnen de grenzen van de beschikbare kredieten.

Artikel 20

De hulp- en zorggraad van de zone is het strategisch bestuursorgaan op het niveau van een zone waarbinnen alle welzijns- en gezondheidsactoren die actief zijn in de zone vertegenwoordigd zijn.

Het is de opdracht van de hulp- en zorggraad van de zone om de operationele doelstellingen vast te stellen en bij te dragen aan de uitvoering van het actieplan van de hulp- en zorgzone.

Article 18

Le bassin d'aide et de soins est une unité territoriale intermédiaire entre la région et les quartiers social santé. Il est le niveau de coordination et de concertation d'une part entre les acteurs de l'ambulatorie actifs sur le territoire du bassin et d'autre part entre ces derniers et les services résidentiels et les acteurs du niveau régional ou national.

Les collaborations mises en place au niveau du bassin contribuent à une organisation intégrée entre les acteurs du social et de la santé en vue de renforcer la qualité, l'accessibilité, l'efficacité, l'expérience des usagers et les conditions de travail des acteurs.

Article 19

La structure d'appui à l'ambulatorie visée à l'article 26 exerce les missions suivantes au niveau des bassins de l'aide et des soins:

- 1° mettre en place en son sein une antenne par bassin d'aide et de soins chargée d'assurer la mise en œuvre opérationnelle des missions visées à l'article 21;
- 2° gérer les antennes et les moyens et ressources disponibles nécessaires à leur fonctionnement;
- 3° s'assurer de la représentativité et de la fonctionnalité des conseils d'aide et de soins dans chaque bassin;
- 4° coordonner les antennes entre elles et avec les acteurs du niveau régional ou suprarégional;
- 5° d'initiative ou sur demande, remettre un avis aux collèges sur les objectifs et priorités opérationnelles pour les bassins d'aide et de soins et la région;
- 6° assurer un monitoring et une évaluation de l'opérationnalisation des objectifs sociaux et de santé définis pour les bassins d'aide et de soins.

La structure d'appui à l'ambulatorie répartit les moyens à destination des bassins mis à sa disposition sur la base des principes de l'universalisme proportionné et dans la limite des crédits disponibles.

Article 20

Le conseil d'aide et de soins du bassin est l'instance au niveau d'un bassin au sein de laquelle l'ensemble des acteurs du social et de la santé actifs dans le bassin sont représentés.

Le conseil d'aide et de soins du bassin a pour mission de définir les objectifs opérationnels et de contribuer à la réalisation du plan d'action du bassin d'aide et de soins.

Artikel 21

De opdracht van de antennes van de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector is het bieden van ondersteuning aan de ambulante actoren binnen de zone en, als onderdeel daarvan:

1. het centraliseren, organiseren en beschikbaar stellen van kennis over de behoeften, het aanbod en de toegankelijkheid ervan, alsook over het gebruik van diensten in verband met de opdrachten ervan;
2. het ontwikkelen van onderlinge kennis tussen de actoren en de organisaties;
3. het ondersteunen van de coördinatie tussen welzijnsactoren (onderling) en gezondheidsactoren (onderling) en tussen gezondheids- en welzijnsactoren;
4. het ondersteunen en ontwikkelen van acties voor preventie en gezondheidsbevordering binnen de hulp- en zorgzone;
5. het opzetten en ondersteunen van de werking van de hulp- en zorgraad van de zone.

De colleges preciseren bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit de opdrachten, de samenstelling en de werkingsmodaliteiten van de hulp- en zorggraden en de antennes.

Afdeling IV – Het gewest*Artikel 22*

Het gewest is het hoogste niveau waarop vorm wordt gegeven aan het welzijns- en gezondheidsbeleid op het grondgebied van het gewest.

Artikel 23

De gespecialiseerde ambulante actoren waarvan de werking niet strookt met de territoriale benadering in hulp- en zorgzones of wijken worden op het niveau van het gewest geprogrammeerd.

Afdeling V – Territoriaal interventieniveau*Artikel 24*

In de erkenningen, beheersovereenkomsten, overeenkomsten en financieringen die worden toegekend aan de actoren van de ambulante sector wordt het territoriaal interventieniveau van de beoogde activiteit gepreciseerd.

De colleges kunnen bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit de territoriale interventieniveaus van de actoren van de ambulante sector bepalen.

Article 21

Les antennes de la structure d'appui à l'ambulatoire ont pour mission de venir en appui aux acteurs de l'ambulatoire au sein du bassin et, dans ce cadre, de:

1. centraliser, organiser et mettre à disposition la connaissance sur les besoins, l'offre et l'accessibilité de celle-ci ainsi que sur l'utilisation des services en lien avec ses missions;
2. développer l'interconnaissance des acteurs et des organisations;
3. soutenir la coordination entre acteurs du social (entre eux) et de la santé (entre eux) et entre acteurs de la santé et du social;
4. soutenir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé au sein du bassin d'aide et de soins;
5. mettre en place et soutenir le fonctionnement du conseil d'aide et de soins du bassin.

Les collègues précisent par un arrêté d'exécution conjoint les missions, la composition et les modalités de fonctionnement des conseils d'aide et de soins et des antennes.

Section IV – La région*Article 22*

La région est le niveau supérieur auquel se dessine la politique d'aide et de soins sur le territoire de la région.

Article 23

Les acteurs ambulatoires spécialisés dont le fonctionnement ne s'aligne pas sur l'approche territorialisée en bassins d'aide et de soins ou quartiers sont programmés au niveau de la région.

Section V – Niveau d'intervention territoriale*Article 24*

Les agréments, contrats de gestion, conventions et financements octroyés aux acteurs de l'ambulatoire précisent le niveau d'intervention territoriale de l'activité visée.

Les collègues peuvent par un arrêté d'exécution conjoint fixer les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire.

HOOFDSTUK 4
Ondersteuning van de eerstelijns hulp en -zorg

Artikel 25

De in artikel 26 bedoelde ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector voert de volgende opdrachten uit om de samenhang van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid te versterken:

- 1° optreden als platform voor hulp en begeleiding van de actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid. Die ondersteuning heeft ook betrekking op de banden met alle actoren van de ambulante, residentiële en ziekenhuissector. De uiteindelijke begunstigden zijn alle personen in Brussel die hulp en zorg nodig hebben, in het bijzonder personen in complexe of kwetsbare situaties;
- 2° vergemakkelijken van de ontwikkeling van multidisciplinaire praktijken op het niveau van de begunstigden en interprofessionele, intersectorale en interinstitutionele praktijken op het niveau van de verschillende territoriale afbakeningen waarnaar in artikel 7 wordt verwezen;
- 3° ruimtes voor experimenten bieden en innovatie ondersteunen om de eerste lijn voor welzijn en gezondheid te laten deelnemen aan het opzetten van een geïntegreerde territoriale organisatie van welzijn en gezondheid;
- 4° een referentiepunt voor de actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid vormen voor de oriëntatie en de invoering van hulp die nodig is om begeleiding te voorzien in complexe situaties;
- 5° vergemakkelijken van de uitwisseling van ervaringen en samenwerking tussen actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid en diensten voor kwetsbare groepen, om de drempels voor toegang tot diensten en hulp te verlagen;
- 6° binnen de grenzen van haar opdrachten, diensten ontwikkelen die informatie, begeleiding, methodologische ondersteuningsteams, ontmoetings- en overleg-ruimten omvatten;
- 7° prioritaire informatie aan actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid geven en, meer in het algemeen, het welzijns- en gezondheidssysteem begrijpelijker maken;
- 8° via haar diensten, en in samenwerking met de overheden en bestaande actoren van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid, de toegankelijkheid, kwaliteit, veiligheid en continuïteit van de eerstelijns hulp en -zorg ondersteunen;
- 9° deelnemen aan het definiëren, controleren en evalueren van de gewestelijke gezondheidsdoelstellingen;
- 10° de coördinatie van de hulp- en zorgzones organiseren om de in artikel 21 beoogde opdrachten voor alle hulp- en zorgzones uit te voeren;

CHAPITRE 4
Appui à la première ligne de l'aide et des soins

Article 25

La structure d'appui à l'ambulatoire visée à l'article 26 exerce les missions suivantes afin de renforcer la cohérence de la première ligne social santé:

- 1° agir en tant que plateforme d'aide et d'accompagnement des acteurs de la première ligne social santé. Ce soutien concerne également les articulations avec tous les intervenants de l'ambulatoire, du résidentiel et de l'hospitalier. Les bénéficiaires finaux sont toutes les personnes en besoin d'aide et de soins à Bruxelles, notamment les personnes en situation complexe ou de vulnérabilité;
- 2° faciliter le développement de pratiques multidisciplinaires au niveau des bénéficiaires, et interprofessionnelle, intersectorielle et interinstitutionnelle au niveau des différentes délimitations territoriales visées à l'article 7;
- 3° proposer des espaces d'expérimentation et soutenir l'innovation afin de permettre la participation de la première ligne social santé à la mise en place d'une organisation territoriale social santé intégrée;
- 4° constituer un point de référence pour les acteurs de la première ligne social santé pour l'orientation et la mise en place des aides nécessaires afin de soutenir l'accompagnement des situations complexes;
- 5° faciliter le partage d'expérience et les collaborations entre les acteurs de la première ligne social santé et les services dédiés aux publics vulnérables afin de travailler à l'abaissement des seuils d'accès aux services et aux aides;
- 6° développer, dans les limites de ses missions, des services qui comprennent notamment de l'information, de l'orientation, des équipes d'appui méthodologique, des espaces de rencontres et de concertation;
- 7° visibiliser les informations prioritaires pour les acteurs de la première ligne social santé et plus largement améliorer la lisibilité du système social santé;
- 8° soutenir à travers ses services, conjointement avec les autorités et les acteurs existants de la première ligne social santé, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité de la première ligne de l'aide et des soins;
- 9° participer à la définition, au monitoring et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé;
- 10° organiser la coordination des bassins d'aide et de soins afin d'assurer les missions visées à l'article 21 pour l'ensemble des bassins d'aide et de soins;

- 11° fungeren als platform voor palliatieve zorg in Brussel;
- 12° samenwerken met de ondersteuningsstructuren die zijn erkend door de andere bevoegde entiteiten op het grondgebied;
- 13° zich baseren op de kennis en bekwaamheden van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn.

HOOFDSTUK 5

Ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector

Artikel 26

Het Verenigd College erkent en financiert, binnen de grenzen van de beschikbare kredieten, een ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector die belast is met de uitvoering van de in artikel 11 en 25 bedoelde opdrachten.

De ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector heeft de vorm van een privaatrechtelijke vereniging met rechtspersoonlijkheid die rechtstreeks noch onrechtstreeks enig vermogensvoordeel mag uitkeren of verstrekken, behalve voor het in haar statuten bepaald belangeloos doel.

Om aan de erkenningsvoorwaarden te voldoen, moet de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector met name de opdrachten uitvoeren die door de colleges in een gezamenlijk uitvoeringsbesluit zijn gespecificeerd.

Artikel 27

In een gezamenlijk uitvoeringsbesluit bepalen en specificeren de colleges de erkenningsvoorwaarden van de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector, evenals de opdrachten en het bestuur ervan, met inbegrip van de samenstelling.

Het Verenigd College bepaalt de duur van de erkenning, de regels voor het verlenen van de erkenning en voor het geheel of gedeeltelijk schorsen of intrekken van de erkenning in geval van niet-naleving van de erkenningsvoorwaarden, evenals het bedrag van de subsidie, andere subsidievoorwaarden, de modaliteiten voor de controle ervan en voor de aanleg van een reserve.

Het bedrag van de subsidie met betrekking tot de uitvoering van de in artikel 19 en 21 bedoelde opdrachten, wordt op basis van het beginsel van proportioneel universalisme verdeeld over elk van de antennes voor de werking ervan. Het Verenigd College bepaalt de objectieve criteria op basis waarvan de verdeling plaatsvindt.

- 11° exercer les missions de plateforme bruxelloise de soins palliatifs;
- 12° collaborer avec les structures d'appui agréées par les autres entités compétentes sur le territoire;
- 13° s'appuyer sur les connaissances et compétences de l'Observatoire de la Santé et du Social.

CHAPITRE 5

Structure d'appui à l'ambulatorio

Article 26

Le Collège réuni agréé et subventionne dans la limite des crédits disponibles une structure d'appui à l'ambulatorio chargée d'exécuter les missions visées aux articles 11 et 25.

La structure d'appui à l'ambulatorio prend la forme d'une association de droit privé dotée de la personnalité juridique, qui ne peut, directement ou indirectement, distribuer ou fournir un quelconque avantage patrimonial, sauf pour l'objectif désintéressé défini dans ses statuts.

Afin de répondre aux conditions d'agrément, la structure d'appui à l'ambulatorio doit notamment exercer les missions telles que notamment précisées par les collèges dans un arrêté d'exécution conjoint.

Article 27

Les collèges fixent et précisent par un arrêté d'exécution conjoint les conditions d'agrément de la structure d'appui à l'ambulatorio ainsi que ses missions et sa gouvernance, en ce compris sa composition.

Le Collège réuni fixe la durée de l'agrément, les règles pour accorder l'agrément et pour suspendre ou retirer l'agrément, en tout ou en partie, en cas de non-respect des conditions d'agrément ainsi que le montant de la subvention, d'autres conditions de subventionnement, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

Le montant de la subvention relatif à l'exécution des missions visées aux articles 19 et 21 est réparti entre chacune des antennes, pour son fonctionnement, sur la base du principe de l'universalisme proportionné. Le Collège réuni fixe les critères objectifs sur la base desquels la répartition doit être opérée.

Artikel 28

Het Verenigd College sluit een overeenkomst met de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector om de concrete doelstellingen en modaliteiten van de uitvoering van de opdrachten vast te leggen in functie van de beschikbare middelen. Die overeenkomst heeft enerzijds betrekking op de uitvoering van de opdrachten op het niveau van de hulp- en zorgzones, waarbij in het bijzonder de specifieke kenmerken van elke zone en de afstemming van het optreden tussen de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector, haar antennes en de hulp- en zorgraden worden gepreciseerd. De overeenkomst heeft ook betrekking op de in artikel 25 beoogde opdrachten van de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector.

Het Verenigd College bepaalt de modaliteiten voor het sluiten van de overeenkomst en kan de elementen specificeren die daarin moeten worden opgenomen.

HOOFDSTUK 5 Programmatie

Artikel 29

De colleges bepalen bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit de programmatie van het hulp- en zorgaanbod van de actoren van de ambulante sector.

Bij de organisatie van de programmatie wordt rekening gehouden met de beschikbare kredieten, de territoriale afbakeningen die in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie worden beoogd en het beginsel van proportioneel universalisme.

HOOFDSTUK 6 Wijzigingsbepalingen

Artikel 30

In de ordonnantie van 4 april 2019 betreffende het eerstelijnszorgbeleid, onder meer in het opschrift, wordt het woord “eerstelijnszorg” vervangen door de woorden “eerste lijn voor welzijn en gezondheid”.

Artikel 31

Artikel 2 van dezelfde ordonnantie wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 2. De definities bedoeld in het gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Franse Gemeenschapscommissie en van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van [datum] betreffende de organisatie van de ambulante

Article 28

Le Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui à l'ambulatoire afin de fixer les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions en fonction des moyens disponibles. Cette convention porte, d'une part, sur l'exécution des missions exercées au niveau des bassins d'aide et de soins, en précisant notamment les particularités propres à chaque bassin et l'articulation de l'action entre la structure d'appui à l'ambulatoire, ses antennes et les conseils d'aide et de soins. La convention porte, d'autre part, sur les missions de la structure d'appui à l'ambulatoire visées à l'article 25.

Le Collège réuni fixe les modalités de conclusion de la convention et peut préciser les éléments devant y être repris.

CHAPITRE 5 Programmation

Article 29

Les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint la programmation de l'offre d'aide et des soins des acteurs de l'ambulatoire.

La programmation est organisée en prenant en considération les crédits disponibles, les délimitations territoriales visées dans le présent décret et ordonnance conjoints ainsi que le principe d'universalisme proportionné.

CHAPITRE 6 Dispositions modificatives

Article 30

Dans l'ordonnance du 4 avril 2019 relative à la politique de première ligne de soins, en ce compris dans l'intitulé, les mots «première ligne de soins» sont remplacés par les mots «première ligne social santé».

Article 31

L'article 2 de la même ordonnance est remplacé par ce qui suit:

«Art. 2. Les définitions visées dans le décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune des [date] relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et

sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad zijn van toepassing op deze ordonnantie.”.

Artikel 32

Artikel 3 van dezelfde ordonnantie wordt vervangen door wat volgt:

“Art. 3. De opdrachten van de eerste lijn voor welzijn en gezondheid zijn de opdrachten die zijn bedoeld in hoofdstuk 2 van het gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Franse Gemeenschapscommissie en van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van [datum] betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.”.

Artikel 33

De artikelen 4 tot 7 van dezelfde ordonnantie worden opgeheven.

Artikel 34

In artikel 8 van dezelfde ordonnantie worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1° de woorden “, met uitsluiting van de activiteiten gereguleerd door de ordonnantie van 7 november 2002 betreffende de centra en diensten voor Bijstand aan Personen en de ordonnantie van 14 juni 2018 betreffende de noodhulp aan en de inschakeling van daklozen” worden opgeheven;
- 2° in 1° worden de woorden “bedoeld in artikel 2, 2°” opgeheven;
- 3° in 6° worden de woorden “0,5-lijn bedoeld in artikel 2, 3°” vervangen door de woorden “inclusieve functie”.

Artikel 35

In dezelfde ordonnantie wordt na artikel 9 een hoofdstuk II/1 ingevoegd, dat luidt als volgt: “Geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum”.

Artikel 36

In hoofdstuk II/1, ingevoegd bij artikel 35, wordt een artikel 9/1 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/1. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum is een actor van de eerstelijns- en gezondheidszorg die de gebruikers geïntegreerde generalistische zorg biedt voor somatische en geestelijke gezondheid en welzijn.”.

de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sont applicables à la présente ordonnance.».

Article 32

L'article 3 de la même ordonnance est remplacé par ce qui suit:

«Art. 3. Les missions de la première ligne social santé sont les missions visées au chapitre 2 du décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune des [date] relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.».

Article 33

Les articles 4 à 7 de la même ordonnance sont abrogés.

Article 34

À l'article 8 de la même ordonnance, les modifications suivantes sont apportées:

- 1° les mots «, à l'exclusion des activités réglementées par l'ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux centres et services de l'aide aux personnes et l'ordonnance du 14 juin 2018 relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans abri» sont abrogés;
- 2° au 1°, les mots «visés à l'article 2, 2°» sont abrogés;
- 3° au 6°, les mots «ligne 0.5 visés à l'article 2, 3°» sont remplacés par les mots «fonction inclusive».

Article 35

Dans la même ordonnance, après l'article 9, il est inséré un chapitre II/1, rédigé comme suit: «Centre social santé intégré».

Article 36

Dans le chapitre II/1, inséré par l'article 35, il est inséré un article 9/1 rédigé comme suit:

«Art. 9/1. Le centre social santé intégré est un acteur de la première ligne de l'aide et des soins qui offre aux usagers une prise en charge généraliste intégrée de santé somatique et mentale, et d'action sociale.»

Artikel 37

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/2 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/2. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum voert de volgende opdrachten uit:

1° de persoon in zijn geheel en in al zijn integratiemogelijkheden helpen door de gebruikers een eerste opvang te bieden, hun situatie te analyseren en hun vraag indien nodig door te verwijzen naar de bevoegde dienst binnen het centrum of naar een andere gespecialiseerde dienst;

2° de sociale band versterken en de personen een betere toegang tot de collectieve voorzieningen en hun grondrechten waarborgen. Inwerken op alle factoren die de sociale onzekerheid veroorzaken;

3° een beroep doen op de actieve medewerking van de geholpen personen, hun inburgering alsmede die van hun families in de hand werken;

4° eerstelijnsgezondheidszorg verstrekken;

5° zorgen voor begeleiding en opvolging van de gebruiker op lange termijn;

6° zorgen voor generalistische psychologische begeleiding;

7° gegevens verzamelen die een epidemiologische beschrijving van de bediende bevolking, de evaluatie van de doelstellingen en de zelfevaluatie van de activiteiten van het centrum met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de zorg mogelijk maken;

8° de functies van gemeenschapsactie waarborgen;

9° de banden met de gespecialiseerde diensten versterken, met name door samenwerkingen op te zetten in verband met één of meer erkende gespecialiseerde opdrachten;

10° werken aan het waarborgen van de zorg voor alle gebruikers, ongeacht hun administratief statuut en financiële verzekeraar;

11° interprofessionele verbindingsmechanismen invoeren;

12° praktijken invoeren die continuïteit in de aanpak van hulp en zorg mogelijk maken, ook wanneer de gebruiker ervoor kiest van ambulante dienst te veranderen, wat hij vrij kan doen, om hem in het zorgsysteem te houden.”.

Artikel 38

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/3 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/3. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum kan ook een specifieke inclusieve functie hebben, bestaande uit:

Article 37

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/2 rédigé comme suit:

«Art. 9/2. Le centre social santé intégré exerce les missions suivantes:

1° aider la personne dans sa globalité et dans toutes ses possibilités d'intégration en offrant un premier accueil aux usagers, analyser leur situation et le cas échéant, orienter leur demande vers le service compétent au sein du centre ou vers un autre service spécialisé;

2° développer le lien social et un meilleur accès des personnes aux équipements collectifs et à leurs droits fondamentaux. Agir sur l'ensemble des facteurs de précarisation sociale;

3° solliciter la participation active des personnes aidées, les intégrer, elles et leur famille, dans la vie citoyenne;

4° dispenser des soins de santé primaire;

5° assurer un accompagnement et un suivi de l'utilisateur dans la durée;

6° assurer un accompagnement psychologique généraliste;

7° recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation des activités du centre en vue d'une amélioration de la qualité des soins;

8° assurer des fonctions d'action communautaire;

9° renforcer les liens avec les services spécialisés, notamment en mettant en place des collaborations relatives à une ou plusieurs mission(s) spécialisée(s) agréée(s);

10° œuvrer à garantir la prise en charge de tous les usagers et ce indépendamment de leur statut administratif et de leur assurabilité financière;

11° mettre en place des dispositifs de liaison interprofessionnelle;

12° mettre en place des pratiques permettant la continuité dans la démarche de l'aide et des soins, y compris lorsque l'utilisateur choisit de changer de service ambulatoire, ce qu'il peut faire librement, afin de le maintenir dans le système soignant.».

Article 38

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/3 rédigé comme suit:

«Art. 9/3. Le centre social santé intégré peut en outre exercer une fonction inclusive spécifique, consistant à:

1° het opzetten van een outreachende dienst om in zijn werkgebied groepen te bereiken die moeilijker toegang hebben tot zorg- of dienstverlening;

2° het verzekeren van de opvang en verzorging van een minimumpercentage patiënten die in aanmerking komen voor de verhoogde tegemoetkoming en dringende medische hulp, zoals vastgesteld door het Verenigd College;

3° het voorzien in een reactievermogen in noodsituaties om externe maatregelen voor de toegang tot rechten en diensten die nodig zijn voor het beheer van de noodsituatie, op te nemen.”.

Artikel 39

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/4 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/4. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum kan samenwerkingsverbanden opzetten met:

- 1° een schuldbemiddelingsdienst;
- 2° een centrum voor gezinsplanning;
- 3° een coördinatiedienst voor thuiszorgdiensten;
- 4° een dienst die actief is op het gebied van drugs en verslavingen;
- 5° een dienst voor geestelijke gezondheidszorg.”.

Artikel 40

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/5 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/5. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum kan een beroep doen op begeleiding om de uitvoering van zijn opdrachten te verzekeren.

Het Verenigd College bepaalt de modaliteiten van die begeleiding.”.

Artikel 41

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/6 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/6. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum is opgericht in de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk die voldoet aan een van de volgende kenmerken:

- 1° tot doel hebben de opdrachten te vervullen van een geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum;

1° mettre en place un service d’outreaching en vue d’aller à la rencontre des populations se trouvant sur le territoire de leur activité qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services;

2° assurer l’accueil et la prise en charge d’un pourcentage minimum de patients bénéficiaires de l’intervention majorée et de l’aide médicale urgente, tel que fixé par le Collège réuni;

3° prévoir une réactivité aux situations d’urgence afin d’accueillir des dispositifs externes d’accès aux droits et aux services nécessaires à la gestion de la situation d’urgence.».

Article 39

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/4 rédigé comme suit:

«Art. 9/4. Le centre social santé intégré peut mettre en place des collaborations avec:

- 1° un service de médiation de dettes;
- 2° un centre de planning familial;
- 3° un service de coordination de soins et de services à domicile;
- 4° un service actif en matière de drogue et d’addiction;
- 5° un service de santé mentale.».

Article 40

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/5 rédigé comme suit:

«Art. 9/5. Afin d’assurer l’exercice de ses missions, le centre social santé intégré peut bénéficier d’un accompagnement.

Les modalités de cet accompagnement sont fixées par le Collège réuni.».

Article 41

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/6 rédigé comme suit:

«Art. 9/6. Le centre social santé intégré est constitué sous la forme d’une association sans but lucratif qui répond à l’une des caractéristiques suivantes:

- 1° avoir pour objet de remplir les missions d’un centre social santé intégré;

2° tot doel hebben samenwerking tot stand te brengen tussen verschillende structuren die verschillende erkende diensten exploiteren om een dienst aan te bieden die voldoet aan de erkenningsnormen van een geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum;

3° beschikken over verschillende erkenningen die allemaal voldoen aan de erkenningsnormen van een geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum.”.

Artikel 42

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/7 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/7. Het geïntegreerd welzijns- en gezondheidscentrum beschikt over een multidisciplinair team waarvan de minimale personeelsbezetting door het Verenigd College is vastgelegd.”.

Artikel 43

In hetzelfde hoofdstuk wordt een artikel 9/8 ingevoegd, dat luidt als volgt:

“Art. 9/8. Het Verenigd College bepaalt de erkenningsvoorwaarden, de duur van de erkenning, de regels voor het toekennen van de erkenning en voor het schorsen of intrekken van de erkenning in geval van niet-naleving van de erkenningsvoorwaarden, alsook de subsidie en de modaliteiten voor de controle ervan en voor de aanleg van een reserve.”.

HOOFDSTUK 7 Slot- en overgangsbepalingen

Artikel 44

Het college van de Franse Gemeenschapscommissie verleent een financiering aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voor de diensten die de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie levert in het kader van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie.

De colleges stellen het bedrag van de in het eerste lid bedoelde financiering vast bij gezamenlijk besluit.

Artikel 45

Artikel 24, eerste lid, van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie treedt in werking op 1 januari 2029.

De colleges kunnen een eerdere datum van inwerking-treding vaststellen dan de in het eerste lid genoemde datum.

2° avoir pour objet de mettre en place une collaboration entre plusieurs structures distinctes exploitant des services agréés distincts afin d’offrir un service correspondant aux normes d’agrément d’un centre social santé intégré;

3° disposer de plusieurs agréments qui ensemble répondent aux normes d’agrément d’un centre social santé intégré.».

Article 42

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/7 rédigé comme suit:

«Art. 9/7. Le centre social santé intégré dispose d’une équipe pluridisciplinaire dont le cadre minimum du personnel est fixé par le Collège réuni.».

Article 43

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/8 rédigé comme suit:

«Art. 9/8. Le Collège réuni fixe les conditions d’agrément, la durée de l’agrément, les règles pour accorder l’agrément et pour suspendre ou retirer l’agrément en cas de non-respect des conditions d’agrément ainsi que la subvention, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d’une réserve.».

CHAPITRE 7 Dispositions finales et transitoires

Article 44

Le Collège de la Commission communautaire française octroie un financement à la Commission communautaire commune relatif aux prestations de la Commission communautaire commune prévues par le présent décret et ordonnance conjoints.

Les collèges fixent par arrêté conjoint le montant du financement visé à l’alinéa 1^{er}.

Article 45

L’article 24, alinéa 1^{er}, du présent décret et ordonnance conjoints entre en vigueur le 1^{er} janvier 2029.

Les collèges peuvent fixer une date d’entrée en vigueur antérieure à celle mentionnée à l’alinéa 1^{er}.

Artikel 46

De programmaties die afzonderlijk zijn goedgekeurd door de Franse Gemeenschapscommissie en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie blijven van kracht zolang de colleges niet voorzien in een gezamenlijke programmatie op basis van artikel 29 van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie.

Brussel, 9 november 2023.

De Leden van het Verenigd College bevoegd voor Welzijn en Gezondheid,

Elke VAN den BRANDT
Alain MARON

Article 46

Les programmations adoptées distinctement par la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune restent en vigueur tant que les collèges ne prévoient pas de programmation conjointe sur la base de l'article 29 du présent décret et ordonnance conjoints.

Bruxelles, le 9 novembre 2023.

Les Membres du Collège réuni en charge de l'Action sociale et de la Santé,

Elke VAN den BRANDT
Alain MARON