

# JAARVERSLAG HOGE RAAD ARTSEN <sup>1</sup> 2022

I.	GEMEENSCHAPPELIJKE MATERIES VOOR HUISARTSEN EN VOOR ARTSEN SPECIALISTEN .....	3
I.1.	Adviesaanvraag d.d. 3.02.2022 over het portfolio zoals bepaald in artikel 8 van de Wet 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (advies 17 maart 2022).....	3
I.2.	Adviesaanvraag d.d. 3 februari 2022 over het (elektronisch) dossier van de patiënt (advies 17 maart 2022).....	5
I.3.	Esthetische geneeskunde : nieuwe adviesbevoegdheid Hoge Raad Artsen (besproken op 9 juni 2022 en 8 december 2022) .....	8
I.4.	Vraag Agentschap Binnenlands Bestuur d.d. 18 maart 2022 om advies over verplichte basisopleiding voor beëdigde artsen in het kader van verplicht tweede advies bij crematie en over de noodzaak van beëdigde artsen. ....	9
I.5.	Advies d.d. 13 oktober 2022 : onhaalbaarheid van niet opportune fluctuatie van het aantal stageplaatsen per stagedienst rekening houdend met de planningsquota van artsen .....	10
I.6.	Wetsvoorstel tot wijziging van de arbeidswet van 16 maart 1971 en van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten en tot instelling van een bescherming voor de werknemers en de werknemers die met het oog op het diagnosticeren en het behandelen van onvruchtbaarheid van het werk afwezig zijn.....	12
I.7.	Vaccination: compétences requises .....	15
I.8.	Reactie Hoge Raad Artsen in het kader van de voorbereiding van een evenredigheidsbeoordeling voor het Voorontwerp van Wet tot invoering van de basisverpleegkundige en klinisch verpleegkundig onderzoeker als gezondheidszorgberoepen. ....	17
I.9.	Werking Hoge Raad Artsen: .....	19
I.10.	Hersamenstelling Hoge Raad Artsen : .....	19
II.	Huisartsen .....	20
II.1.	Kabinetswerkgroep “New Deal” .....	20
II.2.	Werkgroep om de erkenningscriteria huisartsen te actualiseren. ....	20
III.	Artsen specialisten .....	21
III.1.	Overgangsmaatregelen erkenningscriteria klinische infectiologie (art.15 M.B. 7 mei 2020 ) en erkenningscriteria medische microbiologie (art. 18 M.B. 7 mei 2020 ).....	21
III.2.	Erkeningscriteria dermatologie – advies Hoge Raad Artsen d.d. 17 maart 2022 tot aanpassing van het M.B. 4 oktober 2016 . ....	23
III.3.	Advies Hoge Raad Artsen d.d. 17 maart 2022 tot creatie van een nieuwe beroepskwalificatie niveau 2 “Klinische farmacologie en farmaceutische geneeskunde” .....	26

<sup>1</sup> Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen.

III.4. Kwaliteitscel: e- brochure voor de artsen specialisten in professionele vorming (groenboek) en enquête .....	30
III.5. Advies tot aanpassing van de erkenningscriteria voor de niveau 2 beroepstitel gynaecologie-verloskunde (plenaire vergadering 13 oktober 2022). .....	31
III.6. Niveau 3 titel intensieve zorgen .....	32
III.7. Slaap- en waakgeneeskunde.....	33
III.8. Bespreking diverse aandachtspunten Werkgroep Specialisten d.d. 23.08.2022 .....	33
III.9. Toepassing van anesthesie door niet-anesthesisten in noodsituaties. ....	34
III.10. Heelkunde .....	34
III.11. Algologie : geen consensus binnen de Werkgroep voor een niveau 3 titel.....	34
III.12. Art 10 M.B. 23.04.2014 aandeel universitaire en niet-universitaire stages en stages un het buitenland.....	35

## I. GEMEENSCHAPPELIJKE MATERIES VOOR HUISARTSEN EN VOOR ARTSEN SPECIALISTEN

De Hoge Raad Artsen vergaderde in plenaire zitting per videoconferentie op 17 maart, 9 juni, 13 oktober en 8 december 2022 <sup>2</sup>.

Zoals aangekondigd in 2018, besliste de voorzitter prof. J. Boniver zijn activiteiten te beëindigen op 26 augustus 2019, de normaal voorziene datum voor de vernieuwing van de mandaten na zes jaar <sup>3</sup>.

De Hoge Raad Artsen werd nog niet opnieuw samengesteld en de leden oefenen verder hun functie uit tot de Minister over de vernieuwing van hun mandaat beslist heeft <sup>4</sup>.

Dr. P. Waterbley, ondervoorzitter <sup>5</sup> zit de plenaire vergaderingen in de afwezigheid van de voorzitter, voor (art 5, §2 K.B. 21 april 1983).

### I.1. Adviesaanvraag d.d. 3.02.2022 over het portfolio zoals bepaald in artikel 8 van de Wet 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg <sup>6</sup> (advies 17 maart 2022).

3

In de adviesaanvraag wordt op termijn de mogelijkheid voorgesteld om voor elke zorgverstrekker een elektronisch portfolio bij te houden in het kader van het project "Portaal", samen ontwikkeld en beheerd door FOD Volksgezondheid en het RIZIV. Dit zou de administratieve last zowel voor de zorgprofessional als voor de overheid moeten beperken.

Daarnaast wordt voorgesteld bepaalde processen voor het bijhouden van het portfolio te automatiseren.

De Hoge Raad Artsen vergaderde op 17 maart 2022 en bracht in consensus volgend advies uit.

Artikel 8, tweede alinea Wet 22 april 2019 voorziet dat de gezondheidsbeoefenaar in een portfolio de nodige gegevens bijhoudt, bij voorkeur in elektronische vorm, waaruit blijkt dat hij/zij beschikt over de nodige bekwaamheid en ervaring.

---

<sup>2</sup> Het betrof telkens een tweede vergadering met dezelfde agenda, gezien het aanwezigheidsquorum niet bereikt werd op de eerste vergadering.

<sup>3</sup> M.B. 11 januari 2013 houdende benoeming van de voorzitters en ondervoorzitters van de kamers van de Hoge Raad van geneesheren specialisten en van huisartsen, *BS* 16 augustus 2013.

M.B. 24 juli 2013 houdende benoeming van de leden van de Hoge Raad van geneesheren specialisten en van huisartsen, *BS* 16 augustus 2013.

<sup>4</sup> Art 6, §2, voorlaatste alinea K.B. 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen, *BS* 27 april 1983.

<sup>5</sup> M.B. 21 maart 2016 houdende benoeming van de voorzitter en de ondervoorzitter van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen, *BS* 4 april 2016.

<sup>6</sup> Wet 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *BS* 14 mei 2019.

De gegevens van het portfolio worden volgens deze wettelijke bepaling dus bijgehouden door de zorgprofessional zelf. Dit is een verantwoorde keuze van de wetgever, want de kwaliteit en inhoud van een registratie wordt deels bepaald door het mogelijke gebruik en de betrouwbaarheid ervan.

De registratie voor het aantonen van de bekwaamheid moet kunnen variëren van beroep tot beroep, discipline tot discipline en moet rekening houden met de concrete 'scope of practice' en de eigen aandachtspunten en uitdagingen van de professional. De relevante criteria voor bekwaamheid tot uitoefening, gaan immers breder dan het bijhouden van continue vorming maar betreffen ook kennis, kunde, attitude, geschiktheid (fysisch/psychisch), kwaliteit en veiligheid in ruimere zin. Zo kan niet uitgesloten worden dat een beroepsbeoefenaar de eigen maatregelen wil bijhouden die hij/zij nam om kwaliteit en veiligheid te garanderen bij een problematiek van fysieke of psychische bekwaamheid.

Het is dan ook ten eerste de vraag of de overheid als gegevensverantwoordelijke zou kunnen optreden in deze materie. In elk geval zou de vereiste basis voor rechtmatigheid<sup>7</sup> en de doelstelling van de gegevensverzameling en eventuele – verwerking vooraf strikt omschreven moeten zijn. Het massaal bijhouden van alle gegevens over alle verstrekkers voor een beperkt aantal situaties waar bijvoorbeeld het portfolio nuttig kan zijn voor een te onderzoeken dossier door de Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering, lijkt niet proportioneel.

Een heel andere vraag betreft de wenselijkheid om op een automatische manier informatie te verkrijgen waarover de overheid reeds beschikt. Zo wordt het voor de professional gemakkelijker om zijn deel van het portfolio bij te houden.

Elke vereenvoudiging is welkom en een elektronisch canvas dat de zorgbeoefenaar ter zijner beschikking heeft kan faciliterend zijn.

De Hoge Raad merkt voor alle duidelijkheid op dat een onderscheid moet gemaakt worden tussen het Portfolio (art. 8 Wet 22 april 2019) en het Register (art 42) waar de wetgever gezien de doelstelling van deze laatste registratie wél de centralisatie van de gegevens heeft voorzien.

Uiteraard is de Hoge Raad Artsen geïnteresseerd en bereid verder te adviseren bij de ontwikkeling van informatieve ondersteuning aan de gezondheidszorgbeoefenaar voor het relevant bijhouden van een portfolio.

---

<sup>7</sup> Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming) (Voor de EER relevante tekst)  
*PB L 119 van 4.5.2016, blz. 1–88.*

## I.2. Adviesaanvraag d.d. 3 februari 2022 over het (elektronisch) dossier van de patiënt (advies 17 maart 2022).

In de adviesaanvraag wordt vooreerst gevraagd of naast de bepalingen van art 33 en art 34 (Afdeling 11) Wet 22 april 2019<sup>8</sup> er andere noodzakelijke gegevens moeten opgenomen zijn in het dossier van de patiënt.

Daarnaast wordt gevraagd naar de voorafgaande voorwaarden om verplicht de elektronische vorm van het dossier op te leggen.

De Hoge Raad Artsen behandelde deze adviesaanvraag tijdens de vergadering d.d. 17 maart 2022 en bracht in consensus volgend advies uit.

De adviesaanvraag beperkt zich tot belangrijke formele kwesties (de inhoud van de data en de vorm) maar bevat helaas geen informatie rond het beoogde doel, de context en scope van de voorgelegde problematiek.

In de beleidsoriëntatie rond het “dossier van de patiënt” moet volgens de Hoge Raad de patiënt centraal staan (empowerment wat betreft toegankelijkheid, gebruik en mogelijke input). De kwaliteit, veiligheid en efficiëntie van het zorgproces kan dankzij elektronische dossiers steeds verder verbeteren door een vlotte communicatie en coördinatie.

Veiligheid rond gegevensopslag en -verwerking, interoperabiliteit en het gebruik van internationale standaarden en coderingen<sup>9</sup> zijn gekende relevante aandachtspunten. De informatica toepassingen van de verstrekkers en van de organisaties (ondermeer ziekenhuizen) moeten intern (geen opeenstapeling van applicaties) en extern (geen uitwisseling van .pdf's) geïntegreerd zijn.

De coherentie van een elektronisch dossier, zou gebaseerd moeten zijn op nuttige informatie moeten bevatten zoals b.v., de allergieën, de medische en chirurgische voorgeschiedenis, de diagnoses, de complicaties, de behandelingen, de toxicomaniën en levensgewoontes. Bijkomend moet de zorgbeoefenaar een eigen dossier bijhouden met alle gegevens van de art 33 en 34 van de Wet van 22 april 2019. Deze gegevens kunnen in aparte applicaties toegankelijk zijn.

Het doel is dus gestructureerde informatie aan te bieden via registratie aan de bron en uitwisseling mits duidelijke business rules.

Flexibiliteit is een ander aandachtspunt. De verwachtingen en noden rond het dossier én de communicatie, evolueren in de tijd en verschillen van discipline tot discipline en naargelang de (lokale) context.

Een dossier van de patiënt binnen een (zorg)organisatie (zoals ondermeer maar niet uitsluitend een ziekenhuis), is geen statisch gegeven (met een inventaris aan registraties) maar interageert continu met de lokale workflows.

---

<sup>8</sup> Wet 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, BS 14 mei 2019.

<sup>9</sup> Coderingen hoeven een nuttige opbouw van een verhaal van de voorgeschiedenis en het traject van de patiënt, niet uit te sluiten.

De functionaliteit van het patiëntendossier groeit en evolueert continu binnen de zorgprocessen (in ruime zin) op het werkveld.

De Hoge Raad Artsen vindt dan ook bepaalde denkpijlers in de richting van een grote centralisatie van elektronische patiëntendossiers té ambitieus en onhaalbaar (wat al bleek uit buitenlandse negatieve ervaringen).

Overigens zou een dergelijke centraliserende aanpak van zorggebonden informaties ("patiëntendossiers") te rigied zijn én maatschappelijk moeilijk tot niet aanvaardbaar.

Het verzekeren van het vertrouwen van de bevolking is cruciaal: de gegevensverwerking moet overeenkomen met wat verwacht wordt binnen een zorgcontact en -relatie. De toets van de Gegevensbeschermingsautoriteit zal heel relevant zijn.

Interoperabiliteit en gebruik van internationale standaarden én toekomstgerichte software laten toe te communiceren, te coördineren en zorgprocessen te optimaliseren.

De medische gegevens dienen op een of andere wijze uiteindelijk verzameld te worden rond de individuele patiënt (het dossier "van de patiënt"). Waar de gegevens al dan niet centraal gestockeerd worden lijkt minder belangrijk op voorwaarde dat het bij zijn/haar gezondheidsverstrekkers of gezondheidsinstellingen is.

In geen geval kunnen individuele gezondheidsgegevens gebruikt worden voor allerlei studies en toepassingen tenzij zeer duidelijke informed consent van elk individu.

Nationale centralisatie van (geanonimiseerde, gepseudonimiseerde) gegevens is bijvoorbeeld wél een nuttig project voor research en voor toepassingen zoals ontwikkeling van artificiële intelligentie. De Franse aanpak ("le Health Data Hub") met een adequate ethische, wetenschappelijke en juridische omkadering zou hier inspirerend kunnen zijn.

Overigens moet deze hele materie continue getoetst worden met initiatieven door en binnen de E.U. <sup>10</sup>

Een ander aandachtspunt betreft de invoer van gegevens in het patiëntendossier. Naast de zorgprofessionals (van verschillende disciplines en beroepen in een duidelijk afgesproken en beveiligd kader) en de patiënt als bronnen van data, zullen steeds meer gegevens van medical devices (en internet of things en output van 'software as medical device') beschikbaar komen. Hier zal het kaf van

---

<sup>10</sup> Proposal for a REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on harmonised rules on fair access to and use of data (Data Act) (Text with EEA relevance) 23.02.2022.

Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council laying down harmonised rules on artificial intelligence (artificial intelligence act) and amending certain union legislative acts, 21.04.2021, 2021/0106 (COD).

Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on European data governance (Data Governance Act), 2020/0340 (COD).

Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social committee and the Committee of the regions A European strategy for data, Brussels, 19.2.2020 COM(2020) 66 final.

het koren moeten gescheiden worden en wordt best gedacht aan een selectie van door de bevoegde autoriteiten gecertificeerde systemen.

Het is duidelijk dat een efficiënte, flexibele gegevensverzameling en verwerking voor een optimalisatie van de zorgprocessen (communicatie en coördinatie) , meer en meer een elektronisch patiëntendossier onmisbaar maakt.

Toch zijn er situaties waar een elektronisch dossier geen verplichting kan zijn. Er zijn nog soms afgelegen en eventueel gedefavoriseerde regio's waar artsen die nog niet automatiseerden een cruciale rol spelen. De afwezigheid van een elektronisch dossier mag dan ook nooit aanleiding geven tot een soort beroepsverbod.

Resumerend wordt geadviseerd uit te gaan van volgende principes:

1. Er zijn 2 visies over de fundamentele oriëntatie die moet worden genomen:

Eenzijds de meerderheidsopvatting. Een nationaal dossier dat de huidige Elektronische patiëntendossiers (EPD) zou vervangen, wordt niet mogelijk/wenselijk geacht wordt. De reden is dat het EPD, naast een repertorium aan medische informatie, ook geëvolueerd is naar een workflowinstrument. Dit laatste is afhankelijk van de lokale situatie en dient best overgelaten te worden aan de betrokken zorgverlener/instelling.

Er wordt gepleit voor realisme en geleidelijkheid. Eerst de 'basis' op orde te brengen zowel wat betreft terminologie als interoperabiliteit. Als men dit combineert met het principe van authentieke bron voor belangrijke aspecten van het (kern-)dossier, dan kan men in dit land al heel ver springen op een realistische en redelijke termijn.

Dit haalbaar traject is realistischer dan het vooropstellen van een allesomvattende oplossing die én de problemen van workflow, én de problemen van authentieke/betrouwbare medische informatie, én gebruiksvriendelijkheid, én geavanceerde technologie voor decision support (en AI) zal oplossen voor alle zorgverleners in dit land.

Anderzijds is er de visie van een lid dat verwijst naar de verwachtingen van de huisartsen. Een Nationaal geïntegreerd interprofessioneel elektronisch platform (rond de patiënt/burger) , is een belangrijke component in de ontwikkeling en versterking van geïntegreerde zorg. De mogelijkheden voor een performant gebruik, kwaliteitsverbetering en veiligheid voor de patiënt worden onderstreept. Het is evident dat dit platform ondersteund wordt door het eigen discipline- of instellingsgebonden EPD o.a. wat betreft de functie 'workflow-instrument'.

2. De Hoge Raad Artsen benadrukt dat de uitwisseling van informatie tussen zorgverleners cruciaal is. Dit dient te gebeuren door gebruik te maken van internationale standaarden voor interoperabiliteit en internationale standaarden voor terminologie (eerder dan een

lokale, Belgische standaard).

3. Er moet dan ook eerder gewerkt worden aan een repertorium van medische informatie waarbij de lokale zorgverleners (mits authenticatie via de geijkte wegen) op een beveiligde manier toegang hebben om deze informatie te raadplegen en, desgevallend, ook te actualiseren.

In die zin zou men de bestaande eHealth services kunnen integreren en uitbreiden waarbij men het principe van de authentieke bron toepast bijvoorbeeld voor allergie, antecedenten/problemen, vaccinatie, thuismedicatie/therapie ... Er is reeds veel informatie beschikbaar via de eHealth services maar deze is eerder versnipperd en, bovendien, niet altijd (zeer) gestructureerd (i.e. conformeert ook niet naar internationale standaarden mbt medische terminologie).

4. Een elektronisch dossier zal meer en meer onmisbaar worden. Toch kan de situatie waarbij gewerkt wordt met manuele dossiers, geen aanleiding geven tot een soort beroepsverbod wegens onvoldoende elektronische connectiviteit. Er moet rekening gehouden worden met uitzonderingssituaties en nodige flexibiliteit.  
Het voorgesteld elektronisch dossier kan geen doel op zich zijn, maar een instrument dat kwalitatieve en interdisciplinaire zorg faciliteert.

### I.3. Esthetische geneeskunde : nieuwe adviesbevoegdheid Hoge Raad Artsen (besproken op 9 juni 2022 en 8 december 2022)

De wet houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 30 mei 2022. De artikelen 31-36 wijzigen de wet van 23 mei 2013 (esthetische geneeskunde en heilkunde). De Raad voor esthetische geneeskunde wordt vervangen door een nieuwe bevoegdheid van de Hoge Raad. De nieuwe kwalificatie voorzien door art. 10 van de wet van 23 mei 2013 wordt een niveau 3-titel zoals voorgesteld door het advies van de Hoge Raad van artsen van 2016.

De Expertisecel die een jaar geleden werd samengesteld door de Hoge Raad Artsen, zal haar activiteiten kunnen voortzetten in afwachting van een evaluatie van haar toekomstige samenstelling en de nieuwe uitdagingen en bevoegdheden.



Het advies van 2016 waarin de niveau 3 titel wordt voorgesteld voor artsen-specialisten in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde, werd gevolgd<sup>4</sup>. Een verduidelijking van art. 142 van de wet van 10 mei 2015 wordt nog verwacht.

De expertisecel heeft kennis genomen van het advies van de Hoge Gezondheidsraad van juni 2022 (kwalificaties per type esthetische ingrepen). De Cel heeft een eerste advies geformuleerd over 'microneedling met nanonaalden' (in bijlage bij de uitnodiging).

#### I.4. Vraag Agentschap Binnenlands Bestuur d.d. 18 maart 2022 om advies over verplichte basisopleiding voor beëdigde artsen in het kader van verplicht tweede advies bij crematie en over de noodzaak van beëdigde artsen.

Het Agentschap Binnenlands Bestuur Vlaamse Gemeenschap heeft op 21.03.2022 een vraag gesteld aan mevrouw Somer (diensthoofd Gezondheidsberoepen) over de noodzaak van de tussenkomst van een beëdigd arts en de vereiste competenties in geval van een aanvraag tot crematie<sup>11</sup>. Mevrouw Somer heeft gevraagd deze vraag voor te leggen aan de Raad. Sommige lokale overheden en vertegenwoordigers van de begrafenissector hadden voorgesteld deze tussenkomst van een tweede arts af te schaffen.

Het College van procureurs-generaal heeft op 15.11.2021 geantwoord dat het oordeel en het advies van een beëdigd arts moeten worden gehandhaafd gezien het risico dat verdachte overlijdens niet worden gemeld. Momenteel is deze second opinion vaak maar een formaliteit. Beëdigde artsen moeten beter worden opgeleid, en er moet een lijst worden opgesteld van criteria voor onverklaarde overlijdens die moeten worden gecontroleerd.

De Orde der artsen heeft op 14.01.2022 bevestigd dat de second opinion moet worden gehandhaafd. Bij voorkeur door een arts-specialist in de gerechtelijke geneeskunde, maar op zijn minst door een beëdigd arts die een specifieke opleiding heeft gevolgd.

De Raad keurt bij consensus het volgende antwoord goed:

- In het algemeen moet de gerechtelijke geneeskunde in België naar waarde worden geschat
- De Raad benadrukt het belang van voldoende competentie, ook voor de eerste arts (de arts die het overlijden vaststelt, de behandelende arts)
- We moeten vaststellen dat het aantal artsen-specialisten in de gerechtelijke geneeskunde beperkt is, en dat het dus onmogelijk is hun tussenkomst te vragen voor elke aanvraag tot crematie.

---

<sup>11</sup> Art. 19, §1, 3° Decreet 16 januari 2004 op de begraafplaatsen en de lijkbezorging, BS 10 februari 2004 (tweede uitgave).

- Er moet dus voorzien worden in specifieke opleiding en permanente opleiding. Artsen-specialisten in de gerechtelijke geneeskunde kunnen daar een belangrijke rol in spelen (procedure voor een externe lijkschouwing, situaties herkennen waar een medico-legale autopsie aangewezen is). Beëdigde artsen zouden hun opleiding kunnen aantonen door middel van een systeem dat vergelijkbaar is met het portfolio. Men kan niet voor elke kennis, competentie of attitude een specifieke beroepskwalificatie/-titel creëren.

- Internationale contacten en samenwerking zijn aan te bevelen.

#### I.5. Advies d.d. 13 oktober 2022 : onhaalbaarheid van niet opportune fluctuatie van het aantal stageplaatsen per stagedienst rekening houdend met de planningsquota van artsen

De Planningscommissie medisch aanbod bracht op 10 maart 2022 het “Advies betreffende de contingentering van de artsen: federaal quota voor de jaren 2028-2033 tot wijziging van het KB van 12 juni 2008 betreffende de planning van het medisch aanbod” uit 2.

Op pagina 6 wordt opgemerkt: *“De leden van de Planningscommissie benadrukken dat het van belang is dat de voorgestelde gecontingenteerde instroomniveaus in overeenstemming zijn met het aantal beschikbare opleidingsplaatsen in elk specialisme. De beschikbaarheid van deze plaatsen en de financiering ervan om hun aantrekkelijkheid te garanderen, zijn essentiële elementen om ervoor te zorgen dat het aanbod aan artsen overeenstemt met de behoeften van de bevolking.*

10

Het Bureau Hoge Raad Artsen besprak op 11 mei 2022 deze problematiek en besliste een analyse en antwoord te vragen aan de Werkgroep Specialisten over de wenselijkheid en praktische haalbaarheid van een fluctuerend aantal stageplaatsen rekening houdend met de contingentering en subquota.

De Hoge Raad Artsen analyseert de problematiek onder 7 punten :

1. Overbodigheid van een supplementaire dure en complexe controle van de contingentering (en de sub-quota).

Normaal moet de intredebeperving van het aantal kandidaten volstaan. Een lichte overcapaciteit aan stageplaatsen wordt dan gewoon niet gebruikt.

2. De erkenning van het aantal stageplaatsen gebeurt door een evaluatie van de vormingscapaciteit op basis van criteria in een Ministerieel Besluit. Het is de vraag op basis van welke criteria het aantal stageplaatsen plots zou verminderd worden omwille van een wijziging aan de planning. Een lineaire vermindering (of een FIFO principe) zou geen rekening houden met het selecteren van de beste stageplaatsen. Het wijzigen van erkenningscriteria is een middellange termijn operatie die moet gebaseerd zijn op een kwaliteitsprioriteit.

3. Er bestaat een verschil qua tijdshorizon tussen de erkenning van stagediensten (5 jaar, met verschillende startmomenten) en de variërende imperatieven van de planning en de sub-quota.

4. De sub-quota van de verschillende Gemeenschappen kunnen variëren.
5. De uitdaging voor een proportionnaliteitstest want het zou gaan om een reglementering die indirect de toegang tot een bepaalde activiteit beperkt.
6. Er moet rekening gehouden worden met verschillende andere elementen die een vraag naar erkende stageplaatsen beïnvloeden : het vervagen van de klassieke grenzen tussen de bestaande kwalificaties, de wenselijke flexibiliteit tijdens een professionele carrière (passerelles tussen kwalificaties), rotatiestages, internationale samenwerking (art 146 Wet 10 mei 2015 <sup>12</sup>), verbeterplannen Wet kwaliteitsvolle praktijkvoering <sup>13</sup>.
7. De openstaande deur van professionele vorming in het buitenland en daaropvolgende (automatische) erkenningen.

De Werkgroep artsen specialisten heeft op 23.08.2022 geconcludeerd dat een ingangscntrole (aantal stageplannen) het respect van de quota kan garanderen. De kost en onhaalbaarheid van het laten fluctueren van het aantal stageplaatsen werd onderstreept. Cruciaal is daarentegen kwaliteitscontrole en – garantie van stagediensten. Een lichte overcapaciteit aan stageplaatsen maakt het mogelijk de beste stageplaatsen te kiezen en biedt ook de nodige flexibiliteit (ondermeer voor rotatiestages). De Werkgroep trekt de aandacht op het belang van een voldoende aantal stageplaatsen voor disciplines met tekorten aan artsen én op het belang van de geografische spreiding van stagediensten.

De Werkgroep Huisartsen stelde op 30.09.2022 vast dat een fluctuatie van het aantal stageplaatsen te duur en te ingewikkeld zou zijn. De coördinatiecentra stimuleren de evolutie naar 1 kandidaat per stagemeester. Een voldoende aantal stageplaatsen voor opleiding van kandidaat huisartsen moet gegarandeerd zijn.

De Hoge Raad Artsen vergaderde in plenaire zitting op 13 oktober 2022. Er werd hierbij ook opgeroepen tot grote voorzichtigheid wanneer men het aantal stageplaatsen in een dienst te onstabiel maakt. Dit kan een lange termijn effect hebben van stopzetting of vermindering van het aantal stageplaatsen, want een dienst gaat zich dan anders organiseren door een uitbreiding van de vaste staf wat de nodige activiteit voor kandidaten in vorming vermindert. Voor bepaalde disciplines, die soms problemen hebben om kandidaten in professionele vorming te financieren, moet opgevolgd worden of er geen capaciteitstekorten voor professionele vorming ontstaan met effecten op lange termijn. Desnoods moet de nodige (financiële) ondersteuning kunnen voorzien worden.

Tijdens de plenaire vergadering van 13 oktober 2022, werden deze vaststellingen en analyse in consensus als advies goedgekeurd.

---

<sup>12</sup> Art 146 Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, *BS (BS 18 juni 2015 (ed. 1))*.

<sup>13</sup> Art 56 Wet 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *BS 14 mei 2019*

I.6. Wetsvoorstel tot wijziging van de arbeidswet van 16 maart 1971<sup>14</sup> en van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten<sup>15</sup> en tot instelling van een bescherming voor de werkneemsters en de werknemers die met het oog op het diagnosticeren en het behandelen van onvruchtbaarheid van het werk afwezig zijn

De Hoge Raad Artsen heeft een e-mail van 23 juni 2022 ontvangen van de Commissie voor Sociale Zaken, Werk en Pensioenen van de Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers in verband met het wetsvoorstel tot wijziging van de arbeidswet van 16 maart 1971 en van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten en tot instelling van een bescherming voor de werkneemsters en de werknemers die met het oog op het diagnosticeren en het behandelen van onvruchtbaarheid van het werk afwezig zijn, nr. 798/1.

De Werkgroep Gynaecologie binnen de Hoge Raad Artsen<sup>16</sup> werd om een reactie gevraagd op het wetsvoorstel.

Het wetsvoorstel:

12

- a. Voegt een nieuw artikel 40 bis en 40 ter in de Arbeidswet van 16 maart 1971 (Hoofdstuk IV. Moederschapsbescherming) om een recht te creëren om met behoud van het normaal loon afwezig te zijn van het werk gedurende de tijd die nodig is om de geneeskundige onderzoeken te kunnen ondergaan, wanneer die niet buiten de diensturen kunnen plaatsvinden. De werkneemster (werknemer) moet vooraf de werkgever inlichten van zijn/haar afwezigheid. Het voorstel vereist bovendien dat de werkgever geïnformeerd wordt van de intentie een fertiliteitsbehandeling te volgen en er wordt ook een medisch attest “ter staving van de noodzaak daarvan” vereist.

Artikel 40 ter voorziet dat de werkgever geen eenzijdig einde aan de arbeidsovereenkomst mag maken vanaf het ogenblik dat hij in kennis wordt gesteld van de noodzaak van een fertiliteitsbehandeling en tot een maand na het einde van de behandeling, behalve om redenen die geen verband houden met de voor de fertiliteitsbehandeling noodzakelijke onderzoeken.

- b. deze afwezigheden worden ingevoegd onder artikel 28 van de Wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, Titel I, Hoofdstuk III. Schorsing van de uitvoering van de overeenkomst (schorsing en geen beëindiging van de overeenkomst).

---

<sup>14</sup> Arbeidswet van 16 maart 1971, BS van 30.03.1971.

<sup>15</sup> Wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, BS, 22 augustus 1978, Errat., BS, 30 augustus 1978 (Titel I, Hoofdstuk III).

<sup>16</sup> Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen.

De volgende vragen werden aan de werkgroep voorgelegd waarvan de antwoorden in de volgende tabel worden samengevat:

vraag	Antwoorden
<p>Noodzaak om een wettelijke bescherming te voorzien voor de werkneemsters en werknemers die afwezig zijn van het werk voor diagnose en behandeling die niet buiten de diensturen kunnen plaatsvinden (het voorstel betreft het arbeidsrecht en dus niet de zelfstandigen)</p>	<p>De leden van de werkgroep bevestigen dat het voorstel opportuun is. Door de procedures moet het koppel regelmatig van hun werk afwezig blijven, wat leidt tot stress wegens professionele verplichtingen...</p> <p>Het gaat niet om volledige dagen, maar eerder om halve dagen of nog kortere periodes (enkele uren). Aangezien de procedures voor diagnose en behandeling niet voor alle koppels gelijk zijn, kan er moeilijk een maximaal aantal dagen afwezigheid worden vastgesteld.</p> <p>Een lid vestigt de aandacht op de combinatie van afwezigheid wegens ziekte door interventies/behandelingen en afwezigheid wegens afspraken en procedures stricto sensu.</p> <p>Er werd opgemerkt dat andere medische situaties aanleiding kunnen geven tot soortgelijke vragen om wettelijke bescherming voor werkneemsters en werknemers.</p>
<p>De invoering van de wetsvoorstellen in het Hoofdstuk 'Moederschapsbescherming' van de Arbeidswet van 16 maart 1971</p>	
<p>De voorwaarden van voorafgaande informatie aan de werkgever en van het medisch attest (geïnspireerd op de voorwaarden bij afwezigheid op</p>	<p>Een lid van de Werkgroep Gynaecologie heeft gereageerd als volgt: <i>"De omschrijving 'onvruchtbaarheid' is een diagnose en valt naar mijn mening onder het medisch geheim. Ik denk niet dat de werkgever hiervan op de hoogte moet worden gesteld. Ik ben er niet zeker van dat de werknemer/werkneemster graag wil dat deze informatie wordt gedeeld. In het kader van</i></p>

<p>het werk wegens prenatale medische onderzoeken)</p>	<p><i>de wet op de moederschapsbescherming kan echter een formulering zoals: "opvolging en behandeling in het kader van een zwangerschap" worden gebruikt.</i></p> <p>Een lid bevestigt dat men moet vermijden om informatie te geven over de procedures.</p> <p>Een lid heeft opgemerkt dat het afwezigheidsattest door een arts-specialist (bijvoorbeeld een gynaecoloog) zou moeten worden ondertekend.</p>
<p>Overige opmerkingen</p>	<p>Maatregelen uitwerken om misbruik te voorkomen</p>

De derde vraag lijkt de moeilijkste: "De voorwaarden van voorafgaande informatie aan de werkgever en van het medisch attest (geïnspireerd op de voorwaarden bij afwezigheid op het werk wegens prenatale medische onderzoeken)".

In het wetsvoorstel is bepaald dat de werkneemster (en de werknemer) de werkgever op voorhand op de hoogte moet stellen van haar/zijn afwezigheid.

Het voorstel vereist bovendien dat de werkgever geïnformeerd wordt van de intentie een fertiliteitsbehandeling te volgen en er wordt ook een medisch attest "ter staving van de noodzaak daarvan" vereist.

Er wordt verwezen naar een advies van de Orde der Artsen van 16 oktober 2021 "Controlegeneeskunde – deontologische richtlijnen" en van 21 februari 2009 "Controlegeneeskunde – Overmaken van niet-medische Gegevens".

Men kan zich afvragen of deze benadering via de controlegeneeskunde <sup>17</sup> (door een wijziging voor fertiliteitsdiagnostiek en - behandeling van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten) niet meer garanties zou geven wat betreft de privacy van de betrokken personen.

Volgens de Orde der Artsen is het de bedoeling (van de controlegeneeskunde) om "... misbruiken op

<sup>17</sup> Wet van 13 juni 1999 betreffende de controlegeneeskunde, BS 13 juli 2021. Koninklijk besluit van 1 juni 2021 betreffende de aanduiding van de controleartsen en artsenscheidersrechtters, en betreffende de klachtenprocedure, BS van 18 juni 2021.

*ziekteverzuim tegen te gaan. Wanneer een werknemer door ziekte of ongeval in de onmogelijkheid verkeert om zijn werk te verrichten dient hij, op basis van een collectieve arbeidsovereenkomst of het arbeidsreglement of op verzoek van de werkgever een geneeskundig getuigschrift voor te leggen"*

*"De controlearts deelt zijn conclusies mee aan de werkgever, desgevallend via het controleorganisme dat de controle organiseert. Overeenkomstig zijn opdracht (art. 31, §3, derde lid, arbeidsovereenkomstenwet) rapporteert hij zelf of via het controleorganisme aan de werkgever enkel of de werknemer al dan niet arbeidsongeschikt is en of hij al dan niet akkoord gaat met de vermoedelijke duur van de door de behandelende arts voorgeschreven arbeidsongeschiktheid. **Hij vermeldt ten aanzien van de werkgever geen diagnose noch medische vaststellingen, evenmin de vermoedelijke evolutie van de ziekte noch enige andere mededeling. Ook niet-medische gegevens (bijv. ontevredenheid over of conflicten binnen de werksituatie, familiale problemen) vallen onder het beroepsgeheim.**"*

Samenvattend :

- *Er bestaan situaties waar een werknemer/werkneemster afwezig moet zijn van het werk wegens een nodige consultatie/medische procedure of interventie. Het Wetsvoorstel is hiervan een voorbeeld maar de problematiek zou meer globaal moeten benaderd worden om situaties van « inequity by disease or problem » te vermijden.*
- *De privacy moet beschermd worden en de mededeling aan de werkgever van een problematiek of diagnose op een directe of indirecte wijze (bv door het vermelden van het specialisme van de verstrekker) moet vermeden worden*  
*De benadering door de controlegeneeskunde werd als voorbeeld gegeven, maar men kan zich afvragen of deze procedure niet te zwaar is voor situaties waar een goede verstandhouding tussen de werkgever en de werknemer meestal tot een praktische oplossing leidt.*

## I.7. Vaccination: compétences requises

Op 17 maart 2022 nam de Hoge Raad kennis van een wijziging van de Wet 10 mei 2015<sup>18</sup> inzake de bevoegdheid van apothekers voor de vaccinatie SARS-CoV-2

Art 3, § 4

*In afwijking van paragraaf 1 zijn de personen die de artsenijsbereidkunde mogen uitoefenen overeenkomstig artikel 6, § 1 en die hun beroep in voor het publiek opengestelde apotheken uitoefenen, gemachtigd om, voorafgaandelijk aan de aflevering en de toediening, vaccins enkel vergund voor de profylaxe van het coronavirus SARS-CoV-2 voor te schrijven.*

*In afwijking van paragraaf 1 zijn de personen bedoeld in het eerste lid, ook gemachtigd om vaccins enkel vergund voor de profylaxe van het coronavirus SARS-CoV-2 toe te dienen mits het slagen van een specifieke opleiding die in dit verband door een arts of verpleegkundige wordt gegeven. Deze personen moeten op elk moment kunnen aantonen dat ze deze specifieke opleiding hebben gevolgd en ervoor geslaagd zijn.*

*Het in het eerste lid bedoelde voorschrift is slechts toegelaten, voor zover het vaccin onmiddellijk wordt toegediend in de apotheek waar het voorschrift en de aflevering werden verricht.*

*In de gevallen voorzien in het tweede lid, kan de apotheker overgaan tot het voorschrijven en subcutaan of intramusculair toedienen van adrenaline, indien de patiënt na de in het tweede lid bedoelde vaccinatie, een anafylactische shock ervaart.*

*De in het tweede lid bedoelde specifieke opleiding bevat een opleiding van minimum 8 uur, welke theoretische aspecten van vaccinatie omvat, met inbegrip van de samenstelling van de vaccins, de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad, allergieën op bepaalde bestanddelen, en allergische reacties op vaccins, en praktische aspecten rond vaccinatietechnieken, zoals het steriel toedienen, het herkennen van ernstige allergische reacties met name anafylaxie, en basistechnieken van reanimatie. De opleiding moet elke drie jaar hernieuwd worden.*

16

Op 13 oktober 2022 bracht de Hoge Raad Artsen een advies uit inzake de bevoegdheid van vroedvrouwen voor vaccinatie, op vraag van de Minister d.d. 29 april 2022 en na een advies van de Koninklijke Academieën voor Geneeskunde.

De Hoge Raad Artsen heeft de adviesaanvraag d.d. 29 april 2022 inzake de opportuniteit om vaccinatie bij zuigelingen tussen 2 en 15 maand toe te laten voor vroedvrouwen gediplomeerd na oktober 2018, onderzocht tijdens de plenaire vergaderingen van 9 juni en 13 oktober 2022.

Op 13 oktober 2022 bracht de Hoge Raad Artsen in consensus het volgend advies uit:

- De vorming<sup>19</sup> van vroedvrouwen (gediplomeerd na oktober 2018) is specifiek en georiënteerd naar een doelgroep die niet de pediatrie bevat.
- Het voorstel om vroedvrouwen gediplomeerd na oktober 2018 toe te laten zuigelingen tussen 2 en 15 maand te vaccineren, bevat risico's. Het gaat immers om meerdere verschillende vaccinaties. De coherentie van zorg kan in gevaar gebracht worden: het belang van de anamnese, desgevallend van

<sup>18</sup> Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, BS (BS 18 juni 2015 (ed. 1)).

<sup>19</sup> Art 63 Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, BS (BS 18 juni 2015 (ed. 1)).



de diagnose, de toegang tot vaccins, de registratie van de vaccinatie en de overdracht van de informatie naar het medisch dossier. Gefractioneerde zorg kan mogelijks leiden tot een daling van de vaccinatiegraad.

- Er zullen dan ook strikte voorwaarden moeten gelden indien vaccinatie van zuigelingen tussen 2 en 15 maand door vroedvrouwen gediplomeerd na oktober 2018 zou toegestaan worden : voorwaarde van een medisch voorschrift en van de aanwezigheid van een arts in een erkende georganiseerde preventieve structuur (Kind & Gezin, Office national de l'enfance) . Een parallel circuit en gefractioneerde zorg moeten absoluut vermeden worden.

- De vorming van vroedvrouwen in deze materie zou moeten voldoende zijn (6 à 8 uur volstaat absoluut niet) en zou ondermeer een vorming in APLS (advanced paediatric life support) moeten bevatten. Deze vorming zou continue en regelmatig moeten zijn, wat het belang van de organisatie binnen erkende georganiseerde preventieve structuren bevestigt.

Tenslotte merkte de Hoge raad nog op date en globaal plan voor aanpak van vaccinatie, heel nuttig zou zijn.

I.8. Reactie Hoge Raad Artsen in het kader van de voorbereiding van een evenredigheidsbeoordeling <sup>20</sup> voor het Voorontwerp van Wet tot invoering <sup>21</sup> van de basisverpleegkundige en klinisch verpleegkundig onderzoeker als gezondheidszorgberoepen.

De Hoge Raad Artsen formuleerde volgende reactie op het Voorontwerp van Wet:

1. Imperatieven van kwaliteit, veiligheid en aansprakelijkheid in de zorg:

Het aantal beroepskwalificaties moet beperkt blijven omwille van de duidelijkheid van de gewaarborgde competenties van de medewerkers in een zorgteam.

Het voorontwerp voert een bijkomende beroepskwalificatie in tussen zorgkundige <sup>22</sup> en (verantwoordelijk algemeen zieken-) verpleegkundige.

---

<sup>20</sup> Wet 23 maart 2021 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan de invoering of de wijziging van een beroepsreglementering in de gezondheidssector, *BS* 9.04.2021.

<sup>21</sup> Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, *BS (BS 18 juni 2015 (ed. 1))*.

<sup>22</sup> Koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige, *B.S.*, 3 februari 2006 (eerste uitg.)

De nieuwe beroepskwalificatie zou op autonome wijze in minder complexe situaties de verpleegkunde kunnen uitoefenen (art. 2, 7°, 2<sup>e</sup> en 5<sup>e</sup> alinea tot invoering van §1/2 in art 45 Wet 10 mei 2015). Voor complexere situaties, kan deze professional daarentegen enkel werken binnen een gestructureerd zorgteam en in nauwe samenwerking met de verantwoordelijke algemeen ziekenverpleger en/of de arts.

In praktijk en in de drukte van zorg, is het niet haalbaar telkens een evaluatie te maken van een onduidelijke variatie aan minimaal gegarandeerde competenties van een medewerker voor de (wisselende) graad van complexiteit van de zorg. Dergelijke situaties kunnen kwaliteits-, veiligheids- en aansprakelijkheidsproblemen stellen.

In het Voorontwerp wordt volgend op het onderscheid tussen minder complexe en complexe situaties nog vermeld dat de basisverpleegkundige "... handelt in het kader van de preventie, het behoud en de bevordering van de gezondheid in relatie tot de kwaliteit van het leven".

Het is niet duidelijk of dit een beperking is van het activiteitsterrein die bv de bijdrage aan curatieve en actieve zorgactiviteiten uitsluit.

## 2. Een noodzakelijke hygiëne qua terminologie

De Franstalige versie vermeldt "aide-infirmier", de Nederlandstalige versie "basisverpleegkundige". De vertaling moet conform worden.

Het suggereren van een kwalificatie als (basis)verpleegkundige terwijl niet voldaan wordt aan de minimale voorwaarden van art 31 en bijlage V.2 van de Europese Richtlijn Beroepskwalificaties 2005/36/EC kan in het kader van de toepassing van mobiliteit binnen de E.U. aanleiding tot kritiek inzake (on)duidelijkheid en loyauteit.

De minimale criteria van de Richtlijn Beroepskwalificaties moeten gegarandeerd worden voor elke verpleegkundige. Zoniet moet een aangepaste en minder verwarrende terminologie gebruikt worden.

## 3. Het voorstel voor een nieuwe beroepstitel "klinisch verpleegkundig onderzoeker".

De Hoge Raad Artsen ondersteunt uiteraard het wetenschappelijk onderzoek inzake verpleegkundige kennis, kunde en zogprocessen, evenals het behalen van geavanceerde academische competenties.

Er zijn evenwel heel wat zorgberoepen en beroepen waar professionals al dan niet op een continue basis aan onderzoek doen.

Het is de vraag of voor deze activiteiten de creatie van een beroepstitel, met of zonder een restrictie van

toegang tot deze activiteiten, aangewezen is. De proportionaliteitstoets<sup>23</sup> zal hier meer duidelijkheid over brengen.

De Hoge Raad Artsen is steeds geïnteresseerd in verder overleg.

### I.9. Werking Hoge Raad Artsen:

Dr D. Claeys volgt dr M. Moens, die zijn mandaat beëindigde, op als lid van het Bureau (vergadering 8 december 2022).

De Hoge Raad vroeg aan het Bureau een formule te ontwikkelen om kandidaten in professionele vorming reeds te laten deelnemen aan (een deel) van de plenaire vergaderingen met uitzondering van individuele dossiers beperkt tot behandeling door gemandateerde leden.

19

---

### I.10. Hersamenstelling Hoge Raad Artsen :

De stand van zaken werd geagendeerd op elke plenaire vergadering van 2022. Op basis van representativiteitscriteria voor beroepsorganisaties en na hun aanduiding, zal de procedure voor hersamenstelling kunnen gestart worden.

---

<sup>23</sup> Art. 59, 3 Richtlijn 2005/36/EC  
Richtlijn (EU) 2018/958 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen, *PB L* 173 van 9.7.2018, blz. 25–34  
Wet 23 maart 2021 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan de invoering of de wijziging van een beroepsreglementering in de gezondheidssector, *BS* 9.04.2021.

## II. Huisartsen

### II.1. Kabinetswerkgroep “New Deal”

De hr Minister publiceerde een oriëntatienota en vroeg aan werkgroepen het document te analyseren.

Er worden vijf peilers voorgesteld om de huisartsen de nodige ondersteuning te geven :

- Een voldoende aantal en een goede spreiding van huisartsen(praktijken).
- Verminderen van de onnodige administratieve formaliteiten
- Verbeteren van de toegankelijkheid voor de patiënten
- Een goed organisatiemodel met taakdelegatie
- Uitwerken van een evenwichtig financieringsmodel dat beter rekening houdt met de beschikbaarheid, de intra- en interdisciplinaire samenwerking, de continuïteit van zorg, de kwaliteit en de preventie.

Het dossier werd geagendeerd po de plenaire vergadering van de Hoge Raad Artsen op 13 oktober 2022 en 8 december 2022. De Hoge Raad vroeg aan de Werkgroep huisartsen om de implicaties voor de professionele vorming te onderzoeken zodra het eindrapport beschikbaar wordt.

### II.2. Werkgroep om de erkenningscriteria huisartsen te actualiseren.

20

---

In oktober 2021 nam de Hoge Raad kennis van een analyse van de vigerende ministeriële besluiten, eerdere adviezen en van de grote oriëntaties voor de toekomst.

Er werd een ‘gemengde wekgroep’ (leden Hoge Raad en leden van de twee Erkenningscommissies) opgericht. Deze werkgroep vergaderde op 1 februari en 21 juni 2022.

### III. Artsen specialisten

#### III.1. Overgangsmatregelen erkenningscriteria klinische infectiologie (art.15 M.B. 7 mei 2020 <sup>24</sup>) en erkenningscriteria medische microbiologie (art. 18 M.B. 7 mei 2020 <sup>25</sup>)

In 2020 werden bovenstaande erkenningscriteria gepubliceerd voor de nieuwe niveau 3 beroepstitels “Klinische infectiologie” en “Medische microbiologie”.

Bij het invoeren van nieuwe beroepskwalificaties, worden telkens overgangsmatregelen voorzien. Hierbij kunnen op basis van vastgelegde criteria, erkenningen toegekend worden voor artsen die beschikken over de vereiste competenties en ervaring en dit kunnen aantonen.

Deze overgangsmatregelen zijn nodig opdat de gefedereerde entiteiten de eerste leden van de Erkenningscommissies kunnen aanduiden, erkenningen voor de nieuwe beroepstitels kunnen afgeleverd worden waardoor vervolgens stagemeeesters en -diensten kunnen erkend worden en nieuwe stageplannen van nieuwe kandidaten kunnen goedgekeurd worden.

De overgangscriteria mogen evenwel niet te soepel zijn. In het kader van de kwalitatieve mobiliteit binnen de E.U. bepaalt art 25, 3, a) Richtlijn Beroepskwalificatie 2055/36/EC regels voor het toekennen van een tweede beroepskwalificatie van bijlage V van de Richtlijn. De vrijstellingen voor de tweede kwalificatie op basis van eerder verworven competenties, mogen maximaal de helft van de voorziene duurtijd bedragen. Deze regel werd opgenomen in art 3/1 van het M.B. 23.04.2014 <sup>26</sup>.

Vanuit de Experten- en Erkenningscommissies van de Vlaamse Gemeenschap werd in februari-maart 2021 gevraagd de overgangsmatregelen voor het toekennen van een niveau 3 titel voorzien in bovenstaande M.B.'s te versoepelen. Er wordt in beide M.B.'s van 7 mei 2020 onvoldoende rekening gehouden met bijvoorbeeld artsen die na het behalen van hun niveau 2 titel na 30 mei 2015 titel alle of sommige componenten van de opleiding klinische infectiologie (of microbiologie) hebben gevolgd. Deze jonge goed gevormde artsen zien zich met de huidige overgangsmatregelen verplicht hun professionele activiteiten te staken om een professionele vorming te volgen van 2 jaar.

De Experten- en Erkenningscommissies verwezen naar de adviezen van de Hoge Raad Artsen uit 2019 waar een soepeler <sup>27</sup> overgangsregeling zou gelden: voor artsen die na 2015 hun niveau 2 titel behaalden, kon een reeds gevolgde bijkomende opleiding inroepen om een niveau 3 titel te bekomen.

---

<sup>24</sup> M.B. 7 mei 2020 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de klinische infectiologie, alsmede van stagemeeesters en stagediensten, *BS* 20.05.2020.

<sup>25</sup> M.B. 7 mei 2020 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de medische microbiologie, alsmede van stagemeeesters en stagediensten, *BS* 20.05.2020.

<sup>26</sup> M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, *BS* 27 mei 2014.

<sup>27</sup> Zie ook adviezen Raad van State van 14 april 2020 (67.111/2 inzake klinische infectiologie en 67.112/2 inzake medische microbiologie).

De Hoge Raad Artsen besprak deze problematiek op 10 juni, 14 oktober, 9 december 2021 en 17 maart 2022.

De Hoge Raad adviseerde op 14 oktober 2021 (zie het schrijven d.d. 28 oktober 2022) dat de – in de tijd voldoende te beperken - overgangsmatregelen best versoepeld worden om een erkenning niveau 3<sup>28</sup> te kunnen toekennen aan jongere artsen die kunnen aantonen dat ze reeds een doorgedreven (theoretische en praktische) (volledige of gedeeltelijke) vorming volgden.

Tevens werd gemeld dat een uitgewerkt concreet voorstel zou ontwikkeld worden met scherpe criteria voor aangepaste overgangsmatregelen.

De Hoge Raad Artsen bracht op 17 maart 2022 volgend advies in consensus uit met een concreet voorstel voor de aanpassing van de overgangsmatregelen in de erkenningscriteria voor de nieuwe niveau 3 beroepstitels “Klinische infectiologie” (art. 15 M.B. 7 mei 2020) en “Medische microbiologie” (art. 18 M.B. 7 mei 2020):

a) Er moet een uiterste datum vastgesteld worden in de M.B.’s voor indiening van een aanvraag tot toepassing van overgangsmatregelen.

b) De bestaande overgangsmatregelen worden behouden maar de 5 jaar anciënniteit voorafgaand aan de inwerkingtreding (30 mei 2020) van de M.B.’s betreft anciënniteit na het behalen van een niveau 2 titel.

De voorwaarde ‘arts specialist’ zoals nu opgenomen vervalt dus waardoor een sinds 5 jaar erkend huisarts eveneens in aanmerking komt voor overgangsmatregelen mits hij/zij aan alle voorwaarden voldoet. Dit is logisch gezien de niveau 3 titel toegankelijk is voor elke niveau 2 titel (waaronder ook de erkend huisarts).

c) Voor artsen die hun niveau 2 titel behaalden voorafgaand aan de datum van inwerkingtreding (30 mei 2020) anciënniteit na het behalen van de niveau 2 titel beschikken, worden volgende criteria voorgesteld als overgangsmatregel. Het cumulatief voorleggen van volgende overtuigingsstukken:

- Een gevolgde klinische (professionele) vorming van minimum één voltijds jaar (als drempel om de ernst van de aanvraag en de substantie van de reeds behaalde competenties te verzekeren) voorafgaand aan 1 augustus 2021. Niet noodzakelijk in erkende diensten, want die waren nog niet aanwezig. De datum van 1 augustus 2021 wordt voorgesteld omdat de erkenning van stagemesters en -diensten niet onmiddellijk na publicatie van de MB’s mogelijk was.

- Er gebeurt door de Erkenningscommissie een evaluatie van de reeds behaalde competenties. Indien alle eindcompetenties vereist in de erkenningscriteria reeds behaald zijn, kan een niveau 3 titel toegekend worden. Indien nog niet alle eindcompetenties behaald zijn, kan de Erkenningscommissie een compenserend stageplan 7 voorstellen dat leidt tot het behalen van de niveau 3 titel.

Voor artsen die hun niveau 2 titel pas behaalden na inwerkingtreding (30 mei 2020) van de M.B.’s van 7 mei 2020, worden geen overgangsmatregelen voorzien gezien de erkenningscriteria voor de niveau 3 titel vanaf dan bekend waren. 20) van de M.B.’s van 7 mei 2020, maar over minder dan 5 jaar

---

<sup>28</sup> Klinische infectiologie en Medische microbiologie.

III.2. Erkenningscriteria dermatologie – advies Hoge Raad Artsen <sup>29</sup> d.d. 17 maart 2022 tot aanpassing van het M.B. 4 oktober 2016 <sup>30</sup>.

De Hoge Raad Artsen heeft na probleemmeldingen vanuit de betrokken Erkenningscommissies van de Fédération Wallonie-Bruxelles en van de Vlaamse Gemeenschap, wenselijke aanpassingen aan de erkenningscriteria dermatologie nader onderzocht.

Op 17 maart 2022 werd in consensus volgend advies uitgebracht tot aanpassing van het M.B. 4 oktober 2016.

1. Inzake rotatiestages (stages in erkende stagediensten van andere medische disciplines):

De regeling zoals opgenomen in art. 13 van het algemeen besluit M.B. 23.04.2014 <sup>31</sup> wordt toegepast: maximum één jaar zonder beperking van de aard van de andere medische discipline.

Dit laat een zekere flexibiliteit toe voor het opdoen van ervaring en verkrijgen van andere competenties (en ondermeer bv ervaring inzake anatomopathologie van de huid).

Het art. 4 van het specifiek M.B. 4 oktober 2016, dat bijkomende rotatiestages al te strikt beperkt tot chirurgie en plastische chirurgie, moet in die zin aangepast worden.

De verplichte rotatiestages zoals momenteel bepaald in art. 3, §2, 4° van het M.B. 4 oktober 2016, verwijzen nog naar bedindexen (D, E) en bevatten eigenaardige criteria zoals de bepaling dat stages geriatrie en revalidatie in geïsoleerde diensten moeten plaatsvinden. De Hoge Raad stelt volgende nieuwe regeling voor die de kwaliteit van het vormingstraject centraal stelt: een verplichting van “minimaal 6 maand rotatiestage in een erkende stagedienst inwendige geneeskunde of geriatrie”.

Gezien de maximale duur voor rotatiestages één jaar bedraagt en gelet op bovenstaande verwijzing naar het art 13 van het M.B. 23.04.2014, worden stages in pediatrie en stages in revalidatie een optie voor maximaal 6 maand.

---

<sup>29</sup> Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen.

<sup>30</sup> M.B. 4 oktober 2016 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van artsen-specialisten, stagemeeesters en stagediensten dermato-venereologie, BS 25.10.2016.

<sup>31</sup> M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, BS 27 mei 2014.

## 2. Stages in universitaire en niet-universitaire stagediensten/ziekenhuizen:

Art. 3, §2, 1° en 2° van het specifiek besluit M.B. 4 oktober 2016 bevat terzake een afwijkende regeling ten opzichte van de regeling in art. 10 van het algemeen besluit M.B. 23.04.2014.

De Hoge Raad Artsen benadrukt het belang voor kandidaten in professionele vorming van een ervaring zowel in een niet-universitaire als in een universitaire context.

Art. 10 van het M.B. 23.04.2014 vereist minimaal 12 maand ziekenhuisstage in beide contexten.

Er wordt geadviseerd de specifieke regeling in het M.B. 4 oktober 2016 te schrappen waardoor de algemene regeling van art 10 MB 23.04.2014 zal gelden.

Er werd opgemerkt dat er momenteel een tekort is aan niet-universitaire ziekenhuisstagediensten. In een advies van 13 juni 2019 had de Hoge Raad reeds de aandacht getrokken op een capaciteitsprobleem. De Hoge Raad pleit voor een soepele toepassing zolang dit capaciteitsprobleem zich voordoet.

Het capaciteitsprobleem van niet-universitaire ziekenhuisdiensten wordt deels veroorzaakt door de huidige criteria inzake de vereiste aanwezigheid van de stagemeester in de ziekenhuisstagedienst (art 7, §1 voltijds en § 2 acht halve dagen M.B. 4 oktober 2016).

24

De Hoge Raad wil deze problematiek verder onderzoeken en dit voor meerdere disciplines zoals dermatologie, oftalmologie, ORL ... Wanneer een medische discipline zich in de praktijk op een andere manier georganiseerd heeft, moet de regelgeving hiermee rekening houden. Overigens moeten kandidaten in professionele vorming ervaring opdoen met een context waarin ze zelf zullen functioneren.

Er moet dan ook onderzocht worden hoe 3 situaties best geregeld worden:

- de criteria voor de stagemeester die enkel in een stagedienst in een ziekenhuis werkt (momenteel art 7, §1 en §2 M.B. 4 oktober 2016)
- de criteria voor een stagemeester die louter of hoofdzakelijk extramuraal werkt (zie punt 4 van dit advies) : geregeld door art 7, §3 en art 12, 1° van het specifiek besluit en door art 12/1 van het algemeen besluit M.B. 23.04.2014.

De Hoge Raad adviseert momenteel enkel nog de regeling van art 12/1 MB 23.04.2014 te behouden en een verdere aanpassing te onderzoeken.

- noodzaak aan criteria voor stagemeesters die met een stageteam zowel actief zijn in een ziekenhuisdienst als in een extramuraal dienst waarbij de supervisie, kwaliteit en veiligheid van de professionele vorming telkens gewaarborgd worden (het garanderen van een kwalitatieve 'clinical learning environment').



### 3. Buitenlandse stages

De Hoge Raad Artsen nam kennis van de vraag om een uitzondering te voorzien op de laatste alinea van art 10 van het M.B. 23.04.2014. Hierdoor zou een buitenlandse stage in aanmerking komen als hetzij niet-universitaire hetzij universitaire ziekenhuisdienst.

Deze laatste paragraaf van art 10 van het M.B. 23.04.2014 werd destijds evenwel toegevoegd om allerhande discussies rond universitaire of niet-universitaire buitenlandse statuten te vermijden. Overigens verwijst art 10 naar de Belgische ziekenhuiswetgeving. En de minimumduurtijd in beide ziekenhuiscontexten, werd verminderd tot telkens 12 maand (voordien 1/3<sup>e</sup> van de vormingsduur).

De Hoge Raad adviseert het volledig artikel 10 MB 23.04.2014 verder toe te passen.

De buitenlandse stages zijn geregeld in art 11 en 11/1 van het M.B. 23.04.2014, waardoor de bepalingen in de laatste zin van art 3, §2, 4° MB 4 oktober 2016 overbodig lijken.

### 4. Extramurale stagediensten:

De criteria voor een stagemeeester die louter of hoofdzakelijk extramuraal werkt en voor de extramurale stagediensten, zijn voorzien in art 7, §3 en art 12, 1° van het specifiek besluit MB 4 oktober 2016 en door art 12/1 van het algemeen besluit M.B. 23.04.2014.

De Hoge Raad adviseert momenteel enkel nog de regeling van art 12/1 MB 23.04.2014 te behouden.

Hierdoor zou de verplichting wegvallen voor de stagemeeester om ook tenminste 2 halve dagen per week in een ziekenhuis te werken (art 7, §3 en 12, 1° MB 4 oktober 2016) en zouden meer extramurale stagediensten kunnen erkend worden.

Art 12/1 MB 23.04.2014 beperkt de maximale stageduur in een extramurale stagedienst hoe dan ook tot 12 maand.

Er werd kritiek geuit op de vereiste in art 12/1 MB 23.04.2014 waarbij de kandidaat in professionele vorming tijdens zijn extramurale stage moet deelnemen aan de medische permanentie van een ziekenhuis. Dit zou praktisch heel moeilijk te regelen zijn wanneer de stagemeeester enkel extramuraal werkt.

De Hoge Raad neemt zich voor dit aspect verder te onderzoeken, gezien het discipline-overschrijdend is (zie overwegingen laatste alinea punt 2).

### 5. Tenslotte wordt geadviseerd om het criterium voor de bepaling van het aantal op te leiden kandidaten aan te passen.

Artikel 8 van het M.B. 7 oktober 2016 bepaalt dat per kandidaat 6000 gevarieerde consultaties vereist worden.

De voorzitters van beide Erkenningscommissies melden dat het de bedoeling was dit te vereisen voor de eerste kandidaat, maar dat vervolgens per schijf van 3000 bijkomende consultaties een bijkomende kandidaat kan toegekend worden. Overigens moet dit nu zo toegepast worden omdat er anders een tekort aan stageplaatsen zou zijn.

De Hoge Raad adviseerde deze aanpassing in art 8 door te voeren.

Enkele belangrijke aandachtspunten met een discipline overschrijdend karakter zullen dus verder worden onderzocht. Maar dit mag de aanpassing van de reglementering voor de andere elementen van dit advies niet afremmen.

### III.3. [Advies Hoge Raad Artsen <sup>32</sup> d.d. 17 maart 2022 tot creatie van een nieuwe beroepskwalificatie niveau 2 “Klinische farmacologie en farmaceutische geneeskunde”](#)

26

---

Op 17 maart 2022 heeft de Hoge Raad Artsen in consensus een advies uitgebracht tot creatie van een nieuwe beroepskwalificatie niveau 2 “Klinische farmacologie en farmaceutische geneeskunde” .

De Hoge Raad gaf ook in consensus positief advies <sup>33</sup> over de ontwerp-proportionaliteitstoets die opgesteld werd na communicatie aan de bevolking en aan de stakeholders.

Het eerder positieve advies van de Hoge Raad Artsen d.d. 14 maart 2019 werd geactualiseerd en aangevuld met de ontwerp proportionaliteitstoets.

De Hoge Raad hanteert strikte criteria vooraleer een nieuwe beroepskwalificatie voor artsen wordt overwogen. De voorgestelde kwalificatie verschilt qua activiteit, eindcompetenties en vormingstraject duidelijk van bestaande erkende medische beroepskwalificaties.

Klinische farmacologie is de wetenschap van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en hun aangewezen klinisch gebruik. Deze beroepstitel is opgenomen in bijlage V van de Europese Richtlijn

---

<sup>32</sup> Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen.

<sup>33</sup> Art. 7, 9, 10 Wet 23 maart 2021 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan de invoering of de wijziging van een beroepsreglementering in de gezondheidssector, *BS* 9.04.2021.

Beroepskwalificaties met een minimumduurtijd van de vorming van vier jaar (mobiliteit en automatische erkenning).

Farmaceutische geneeskunde is de medische specialiteit die zich richt op de ontdekking, het onderzoek, de ontwikkeling, de ondersteuning van correcte informatie en het veilig gebruik van geneesmiddelen, vaccins, medische hulpmiddelen ... Deze titel bestaat in landen met een belangrijke activiteit qua klinisch onderzoek en aanwezigheid van farmaceutische industrie, die zo kan rekenen op goed gevormde en erkende professionals. België heeft een dergelijk profiel en kent een belangrijke tewerkstelling en investeringen (door universiteiten, ziekenhuizen en industrie) in medisch-wetenschappelijk onderzoek.

Klinische farmacologie en Farmaceutische geneeskunde combineren in een beroepstitel, zorgt voor synergie gezien kennis en kunde van beide facetten relevant zijn in ondermeer het ziekenhuismilieu en in de research en industrie.

In elke context is de aanwezigheid van een specifiek gevormde arts een onmiskenbaar kwaliteitsvoordeel.

Dit beroepsprofiel zal bijdragen tot een kwaliteitsverhogend, veiliger en efficiënter gebruik van geneesmiddelen, medische hulpmiddelen ... ook in het belang van de overheid en van regulerende instanties.

Zowel Klinische Farmacologie als Farmaceutische Geneeskunde worden belangrijker voor de gezondheidszorg gezien de hogere eisen die eraan gesteld worden op het vlak van een meer kwalitatieve, veilige en kosten-effectievere behandeling.

Het nastreven van een meer gepersonaliseerde (precisie-) geneeskunde, de continue evaluatie van de effectiviteit en de efficiëntie van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen ook na de registratie en het op de markt brengen van nieuwe producten, dragen hier verder toe bij. Ook het toenemend belang van advanced therapy medical products - ATMP (weefselmanipulatie, gen- en somatische celtherapie) en de vooruitgang in de behandeling van zeldzame ziekten door het ontwikkelen van weesgeneesmiddelen verhogen de eisen die aan deze vormen van geneeskunde gesteld worden.

De invoering van de nieuwe EU verordening inzake klinische trials versnelt deze evolutie. Deze activiteiten moeten bijdragen tot het versterken en zo nodig herstellen van het vertrouwen in geneesmiddelen en klinisch onderzoek.

In het geactualiseerde advies van 17 maart 2022 werd kennis (data science) en ervaring in het gebruik van data, artificiële intelligentie, software as medical device eveneens opgenomen.

De nieuwe niveau 2 beroepstitel is toegankelijk voor pas gediplomeerde artsen (niveau 1) en voor artsen die reeds over een andere beroepskwalificatie beschikken en eventueel als arts- specialist geval per geval vrijstellingen <sup>2</sup> kunnen verkrijgen overeenkomstig art. 3/1 van het M.B. 23.04.2014 <sup>3</sup>.

De te behalen eindcompetenties en de theoretische en praktische vormingsmodules zijn uitgebreid in het advies beschreven.

De totale vormingsduur is 4 jaar, met een luik klinische vorming en de andere helft vorming in erkende stagediensten 'klinische farmacologie-farmaceutische geneeskunde' in ondermeer ziekenhuis, industrie, contract research organisations, FAGG, certificatie- instellingen..

De volgorde van de vormingsfases wordt niet gereguleerd maar zal blijken uit het goedgekeurd stageplan. Een ziekenhuisafdeling waar ook aan klinisch onderzoek gedaan wordt, kan voor de klinische stage geïnteresseerd zijn in kandidaten die reeds een deel van de vorming doorliepen in ontwikkeling van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen.

Het advies bevat eveneens criteria voor de stagemester, de stagedienst en voor het maximum aantal kandidaten per stagedienst. Er zijn overgangsmaatregelen voorzien voor de artsen die aantonen reeds in praktijk een of beide deelgebieden van de klinische farmacologie-farmaceutische geneeskunde uit te oefenen. Waarbij eerder gevolgde en continue vorming relevant kan zijn.

### **De bevoegdheid van de Hoge Raad Artsen inzake erkenningscriteria betreft duidelijk artsen.**

Het voorliggend advies van een beroepskwalificatie “Klinische farmacologie – Farmaceutische geneeskunde” bevat specifieke kenmerken waarvoor de basisopleiding als arts vereist is.

Zo wordt twee jaar klinische vorming in het vormingstraject voorzien en zal de arts op basis van zijn/haar competenties precies de benefit/risk van elke diagnose of therapie moeten kunnen afwegen met de risico's van elk ziektebeeld en vooral voor elke patiënt (comorbiditeiten, frailty ...). Ondermeer deze aspecten, de medische know-how en ervaring, differentiëren deze artsenkwalificatie ten aanzien van andere beroepen in deze sector die ook in evolutie zijn.

28

De klinische farmacologie in ziekenhuizen, de farmaceutische geneeskunde in de farmaceutische sector en in de sector van medische hulpmiddelen zijn uiteraard domeinen van intense samenwerking tussen meerdere disciplines.

De apothekers zijn sinds jaren een van de belangrijkste beroepsgroepen terzake. Maar ook Masters in ondermeer de biomedische wetenschappen, biologie, ... en ingenieurs spelen er een complementaire en belangrijke rol.

Het voorliggend advies is complementair aan nieuwe voorstellen van kwalificaties die in de toekomst door de Federale Raad voor de apothekers<sup>34</sup> voor apothekers waarschijnlijk zullen ontwikkeld worden.

De opleidings- en vormingsmodaliteiten en -criteria zullen deels gezamenlijke kenmerken vertonen en de wederzijdse expertise wordt best samengelegd.

---

<sup>34</sup> Art 7/1 Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, BS (BS 18 juni 2015 (ed. 1)).

**Op 13 januari 2022 vond een vergadering plaats(per videoconferentie tussen een delegatie van de Werkgroep en van de Dekanen van de Faculteiten Farmacie van de Belgische universiteiten**

De vergadering kwam tot volgende conclusie. Tijdens de plenaire vergadering van 17.03.2022 heeft de Hoge Raad Artsen deze aanbeveling in de Preambule van het advies gevolgd <sup>35</sup>.

- Het voorstel van de nieuwe beroepskwalificatie “Klinische farmacologie – farmaceutische geneeskunde” biedt de kandidaten een gestructureerde en gesuperviseerde vorming, waardoor ze sterker staan bij de start van hun carrière.
- Het initiatief zorgt voor een kwaliteitsverbetering over het hele spectrum van van ‘early discovery’ tot ‘clinical use’.
- De beroepskwalificatie zal de positie van de Belgische farmaceutische sector (en sector van disposables) versterken. Voor de kandidaten kan deze kwalificatie immers helpen voor internationale contacten, posities en carrières. De notificatie onder 5.1.3. bijlage V Richtlijn beroepskwalificaties 2005/36/EC (automatische erkenning) moet ook in dit licht gezien worden. Er is een aspect van internationalisering aan dit dossier.
- Er werd aan de Hoge Raad Artsen een engagement gevraagd om ook de ontwikkeling van een specifieke beroepskwalificatie voor apothekers, te steunen.
- De Hoge Raad Artsen gaat akkoord met dit voorstel. De realisatie van de nieuwe beroepstitel voor artsen, zal de evolutie voor apothekers overigens versnellen en dus best zo snel mogelijk gepubliceerd wordt.
- De Federale Raad voor apothekers (in oprichting) heeft adviesbevoegdheid voor apothekers. De toekomstige beroepstitel voor apothekers zal qua vormingstraject en eindcompetenties eigen specificiteiten hebben.
- De beroepstitel voor artsen heeft ook eigen specificiteiten. Zo wordt er een substantiële (twee jaar) klinische opleiding voorzien en de eindcompetenties zullen ook deels verschillen (medische inbreng en actes).

---

<sup>35</sup> Overwegend evenwel de brede formulering van art. 5, §4, 3° van het K.B. 21 april 1983 <sup>35</sup>, en vooral de wenselijkheid van een coherente organisatie van de gezondheidszorg in samenwerking met alle zorgberoepen, patiënten en de bevolking wordt volgende verduidelijking gegeven.

- De theoretische opleiding maakt best zoveel gebruik van een reeds bestaand aanbod.
- De samenwerking tussen de medische en farmaceutische disciplines leidt best tot een gezamenlijk programma.
- De praktische vorming zal deels specifiek en deels gezamenlijk kunnen benaderd worden.

Het voorliggend advies d.d. 17.03.2022 van de Hoge Raad Artsen om nu een beroepskwalificatie voor artsen te voorzien, heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening door artsen te verhogen en een erkenning van deze kwalificatie op Belgisch en Europees vlak te bekomen. Het dient als een positief signaal en als een versterking voor deze sector aanzien worden.

In een volgende fase zal de Federale Raad voor apothekers initiatieven nemen. De Hoge Raad Artsen steunt deze mogelijkheid van synergie. De ervaring met de nieuwe beroepstitel voor artsen zal nuttig zijn in dit opzicht.

De Hoge Raad Artsen pleit dan ook voor een snelle opvolging van het voorliggend advies zodat nieuwe generaties artsen kunnen rekenen op een gesuperviseerd coherent stevig vormings- en ervaringspakket, om alle uitdagingen voor de toekomst aan te gaan.

#### III.4. [Kwaliteitscel: e- brochure voor de artsen specialisten in professionele vorming \(groenboek\) en enquête](#)

30

---

Elektronische informatiebrochure Voorgesteld aan de Hoge Raad Artsen op 17 maart 2022.

Enquête bij de kandidaten artsen specialisten in professionele vorming, bij de stagemeeesters en de coördinerend stagemeeesters.

Op een workshop op 18 november 2022 werden telkens korte resultaten van de enquête gevolgd door een discussie over de 5 gekozen thema's namelijk: opleidingsdoelstelling per opleidingsfase en opvolging, supervisie, opleidingsrollen en verantwoordelijkheden, kwaliteitsevaluatie en – beheer en opleidingscultuur. De input zal gebruikt worden voor een nota aan de minister en het projectteam heeft positieve feedback gekregen over de workshop.

### III.5. Advies tot aanpassing van de erkenningscriteria voor de niveau 2 beroepstitel gynaecologie-verloskunde (plenaire vergadering 13 oktober 2022).

Op 13 oktober 2022 bracht de Hoge Raad Artsen een nieuw advies uit tot aanpassing van de erkenningscriteria gynaecologie-verloskunde zoals bepaald in het verouderd maar nog steeds vigerend <sup>36</sup> M.B. 15 september 1979.

Het advies van 15 juni 2017 werd immers niet gevolgd door een aanpassing van het Ministerieel Besluit.

Voorafgaand aan het nieuwe advies van 13 oktober 2022, werd het ontwerp advies met een toelichting op 4 juli 2022 gestuurd aan de relevante belanghebbenden en gepubliceerd op de website FOD Volksgezondheid overeenkomstig de bepalingen van de Wet 23 maart 2021 betreffende een evenredigheidsbeoordeling <sup>37</sup>. De Hoge Raad Artsen nam kennis van de reacties en van de antwoorden van de Werkgroep tijdens de vergadering van 13 oktober 2022.

Het advies van 13 oktober 2022 dat U als bijlage vindt, somt vooreerst de gewijzigde omgevingsfactoren op: evolutie van de kennis (bv genetica), toegenomen complexiteit van de diagnostische (ondermeer de echografie prenatale diagnose en zwangerschapsopvolging) en chirurgische en niet-chirurgische therapeutische interventies, meer mogelijkheden voor de behandeling van vruchtbaarheidsproblemen, de gezinsplanning ... Het advies vermeldt ook de evolutie van de arts-patiënt relatie (shared decision making) en de intensere multidisciplinaire samenwerking (bv voor reproductieve geneeskunde, gynaecologische oncologie, urogynaecologie en perinatologie).

De heel brede scope voor de arts-specialist in de gynaecologie impliceert een verlenging van de professionele vormingsduur van 5 tot 6 jaar. De Hoge Raad analyseerde reeds diepgaand deze optie voor het advies van 2017 en herbevestigt nu de noodzaak van deze verlenging. Een vereniging van kandidaten gynaecologie-verloskunde sloot zich aan bij deze conclusie.

Het advies legt zowel de te behalen eindcompetenties vast als een minimaal aantal te realiseren activiteiten.

De evaluatie van de progressie van de kandidaat gebeurt systematisch, maar op het einde van het vierde jaar worden bepaalde criteria (bijlage 2a van het advies) geëvalueerd met het oog op de invulling van de twee laatste vormingsjaren. Er kan mits een positieve tussentijdse evaluatie tijdens het vijfde en zesde

---

<sup>36</sup> M.B. 15 september 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van gynaecologie-verloskunde, *BS* 26 september 1979.

<sup>37</sup> Wet 23 maart 2021 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan de invoering of de wijziging van een beroepsreglementering in de gezondheidssector, *BS* 9.04.2021.  
Richtlijn (EU) 2018/958 van het Europees Parlement en de Raad van 28 juni 2018 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan een nieuwe reglementering van beroepen, *PB L* 173 van 9.7.2018, blz. 25–34

vormingsjaar een specifieke oriëntatie <sup>38</sup> gevolgd worden gedurende maximaal 12 maand. Alle kandidaten moeten de eindcompetenties van bijlage 2b van het advies bereiken op het einde van de vorming.

De vereniging van kandidaten in opleiding, onderstreepte het belang van deze mogelijkheid van bijkomende oriëntatie voor zoveel mogelijk of alle kandidaten. Dit is de bedoeling van het nieuwe voorstel, maar het advies betreft wel degelijk de niveau 2 titel gynaecologie-verloskunde waardoor de brede eindcompetenties bijlage 2b moeten gegarandeerd worden. Het belang van toepassing van simulatie werd onderstreept. Het kan leiden tot een snellere autonomie van de kandidaten op een veilige wijze.

Het advies bevat tenslotte de voorgestelde criteria voor de erkenning van de stagemester met zijn/haar stageteam; voor de stagediensten (die al dan niet elk jaar van de vorming kunnen aanbieden <sup>39</sup>) en voor de bepaling van het maximaal aantal kandidaten per stagedienst rekening houdend met het volume en de diversiteit van de activiteit en met de samenstelling van het stageteam.

De Hoge Raad Artsen bracht op 13 oktober 2022 in consensus een positief advies uit.

### III.6. Niveau 3 titel intensieve zorgen

32

---

De artsen neurologen vragen de mogelijkheid van toegang tot deze professionele vorming. In oktober 2020 ontving de Hoge Raad prof Meyfroidt die voor de vereniging van intensieve zorgen meldde deze vraag te steunen.

Recent steunde ook de Erkenningscommissie intensieve zorgen Vlaamse Gemeenschap de vraag van de artsen neurologen mits de vorming voldoende breed is: een niveau 3 kwalificatie veronderstelt meer dan een monodisciplinaire specialisatie.

De Hoge Raad zal een werkgroep samenstellen om ook de EU initiatieven tot eventuele opname van de kwalificatie intensieve zorgen in bijlage V Richtlijn 2005/36/EC én de plaats van pediatrie intensieve zorgen te onderzoeken.

---

<sup>38</sup> Specifieke oriëntaties zoals reproductieve geneeskunde, oncologie, urogynaecologie, perinatale geneeskunde, minimaal invasieve chirurgie enzovoort.

<sup>39</sup> Eenzelfde kandidaat kan evenwel nooit in dezelfde stagedienst de volledige opleiding doorlopen, cf. art 7 M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemesters en stagediensten, *BS* 27 mei 2014.



### III.7. Slaap- en waakgeneeskunde

De herhaalde vraag (2018, 2020, 2022) van de Belgian Association for sleep research werd opnieuw besproken op de plenaire vergadering van 13.10.2022. Men vraagt een beroepstitel niveau 3, met als toegangsconditie een niveau 2 titel pneumologie of neurologie of psychiatrie of inwendige geneeskunde.

Gezien het groot aantal aanvragen tot hernieuwing of creatie van beroepskwalificaties, moest deze vraag als niet prioritair beschouwd worden.

### III.8. Bespreking diverse aandachtspunten Werkgroep Specialisten d.d. 23.08.2022

Op 13 oktober 2022 besprak de Hoge Raad diverse aandachtspunten:

- Extramurale stagediensten: wenselijkheid criteria voor stagedienste gespreid over een ziekenhuis en extramuraal. Kandidaten in professionele vorming moeten ervaring opdoen in een context waarin ze later zullen werken. Het MB 23.04.2014 moet de nodige marge geven, maar de specifieke criteria kunnen naargelang de discipline variëren.
- Multipelen stageplaatsen: het advies van 2019 moet nog niet herzien worden. Een stagedienst die overeenstemt met een netwerk is niet wenselijk wil men rondreizende kandidaten vermijden. Overigens bepaalt art 82 gecoördineerde wet op de ziekenhuizen<sup>40</sup> dat elke vestigingsplaats van het netwerk aan alle erkenningscriteria moet voldoen. Een netwerk kan over meerdere aparte stagediensten beschikken en kan op associaties voorzien op dienstniveau zoals bedoeld in het MB 23.04.2014 (art 28 en 44).
- De Hoge Raad bevestigde dat rotatiestages in het quotum stagedienst vallen van de andere specialiteit waar de rotatiestage plaatsvindt.
- De huidige reglementering sluit niet uit dat stagemeeesters voor specialiteiten in ziekenhuizen de huisartsen tijdens hun ziekenhuisstage superviseren, mits er voldoende tijd beschikbaar is.
- Cumulatie stagemeeesterschap niveau 2 en niveau 3 is enkel mogelijk wanneer de twee disciplines geen voltijdse (8/10) stagemeeester vereisen. Cumul is bv niet mogelijk voor inwendige geneeskunde en infectiologie, maar wel voor niveau 2 titels en niveau 3 revalidatie.

---

<sup>40</sup> Gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, *B.S.* 7 november 2008.

### III.9. Toepassing van anesthesie door niet-anesthesisten in noodsituaties.

De Hoge Raad nam op 13 oktober 2022 kennis van een schrijven van BSAR-ABSAR d.d. 14.09.2022 in verband met art 16 van de Wet kwaliteitsvolle praktijkvoering<sup>41</sup>. Er wordt gewacht op een aangekondigd initiatief van het Kabinet.

### III.10. Heelkunde

De Hoge Raad heeft de werkzaamheden verdergezet. Op de plenaire vergadering van 8 december 2022 werden de ontwerp-adviezen voor de truncus communis, de viscerale heelkunde en de hartheelkunde positief geadviseerd. De overgangsmaatregelen zullen gemeenschappelijk zijn voor alle niveau 2 titels (met inbegrip van de vasculaire en thoracale heelkunde) en moeten nog afgewerkt worden.

De kandidaat die zijn/haar vorming van zes jaar begint met een stageplan waarvan de hogere vorming nog niet werd gespecificeerd, heeft vanaf het begin van het traject de zekerheid dat hij/zij een beroepskwalificatie in één van de specialiteiten (viscerale heelkunde, vasculaire, thoracale of hartheelkunde) zal kunnen behalen indien hij/zij slaagt in alle evaluaties tijdens het traject.

De vorming zal zes jaar bedragen met een truncus communis van drie jaar. Op het einde van de drie jaar zal de kandidaat de mogelijkheid hebben om 6 maand te volgen in verschillende diensten van de discipline die hij/zij tijdens de hogere vorming opteert te volgen. De drie hogere vormingsjaren betreffen de vorming voor het behalen van een specifieke niveau 2 titel.

34

---

### III.11. Algologie : geen consensus binnen de Werkgroep voor een niveau 3 titel

De artsen-anesthesisten, die niet de mogelijkheid hebben om alle competenties te verwerven in hun niveau 2, stellen een opleiding voor bestaande uit 4 onderdelen met eindcompetenties: een vrij algemeen onderdeel over de pijnproblematiek op basis van de CanMeds-competenties; het biopsychosociaal model, het farmaceutische aspect en de technische interventies.

De neurologie, de neurochirurgie, de orthopedie en de fysische geneeskunde geven een duidelijk negatief advies over dit voorstel en stellen voor ofwel geen titel van niveau 3 te creëren ofwel een niveau 3 in de algologie te creëren, zonder onderdeel voor de technische interventies. Dus een niveau 3 in de algologie dat zich zou beperken tot het biopsychosociaal model, de CanMeds-rol en de farmaceutische aspecten.

---

<sup>41</sup> Wet 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, BS 14 mei 2019.

De artsen-anesthesisten reageerden op dit voorstel door erop te wijzen dat technische interventies net risicovolle activiteiten zijn en niet mogen worden uitgesloten van een gestandaardiseerd opleidingstraject.

De radiologen willen hun competenties op dit gebied blijven uitoefenen en hebben hier geen verdere opmerkingen over.

De huisartsen denken dat een beroepstitel bescherming kan bieden tegen het risico van autoproclamatie. Een niveau 3 titel toegankelijk voor meerdere niveau 2 titels staat niet haaks op multidisciplinaire samenwerking. Kwaliteitsgarantie moet centraal staan in de analyse.

De plenaire vergadering van 8.12.2022 heeft volgende elementen geanalyseerd :

- de eerste vraag is of een compromis, waarbij technische en risicovolle ingrepen kunnen worden uitgesloten, mogelijk en wenselijk is.
- voorbehouden activiteiten uitsluiten;
- bredere toegang geven, maar een vrijstelling toekennen voor bepaalde opleidingen op basis van de reeds op niveau 2 verworven competenties. Er werd voorgesteld een enquête te sturen naar de decanen;
- Een meerderheid is voorstander van een multidisciplinaire aanpak voor de pijnkliniek.
- Art. 32 van de wet van 22 april 2019 voorziet in een nieuwe adviesbevoegdheid voor de adviesorganen. De Hoge Raad kan een advies uitbrengen aan de Koning, en dat kan betrekking hebben op het dossier van de patiënt, de organisatie van de praktijk, de beschrijving van de rol van de beroepsbeoefenaar, de samenwerking tussen beroepsbeoefenaars in het kader van een samenwerkingsakkoord of niet, en de voorwaarden inzake omkadering. Deze aanpak zou kunnen worden toegepast voor de multidisciplinaire pijnklinieken.

35

De Hoge Raad concludeerde op 8 december 2022 dat het aanbod van de multidisciplinaire pijnklinieken voor veel patiënten belangrijk is. Er moeten vertegenwoordigers worden uitgenodigd die ervaring hebben in pijnklinieken. Dat overleg zal informatiever zijn dan nog een vergadering van de werkgroep die de verschillende standpunten naar voren heeft kunnen brengen, wat geen consensus heeft opgeleverd.

### III.12. Art 10 M.B. 23.04.2014 aandeel universitaire en niet-universitaire stages en stages un het buitenland

Een stageplan van een kandidaat specialist moet minimaal 12 maand bevatten in een universitair ziekenhuis of in een ziekenhuis waarvan de stagedienst aangeduid is als universitair ziekenhuis; en 12 maand in een niet universitaire stagedienst.

Dit criterium leidt in sommige disciplines tot toepassingsproblemen wegens tekort aan universitaire of niet universitaire stagediensten. Verschillende disciplines betwisten dat stages in het buitenland niet in aanmerking worden genomen.

De buitenlandse stages worden buiten beschouwing gelaten, want de criteria toepasbaar voor Belgische ziekenhuizen zijn niet toepasbaar op buitenlandse ziekenhuizen.

Wat betreft buitenlandse stages, werd voorgesteld aan de Hoge Raad Artsen om de buitenlandse ziekenhuizen aan te duiden als universitair of niet universitair om de criteria van art 10 MB 23.04.2014 toe te passen.

De Hoge Raad heeft gevraagd aan de Werkgroep Specialisten om een concreet voorstel uit te werken (bv met een vraag aan Belgische universiteiten om een advies rond het al dan niet universitair karakter van buitenlandse stagediensten).

----