

Hoge Raad

van artsen-specialisten en van huisartsen

**Jaarverslag
2016**

Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen
Contact : Patrick Waterbley, onder-voorzitter en secretaris – CS-HR@gezondheid.belgie.be -
+ 32(0)2 524 86 28
Grafisch ontwerp :
Verantwoordelijke uitgever : P. Facon – Victor Hortaplein – bus10 – 1060 Brussel
Gedrukt op 100% gerecycleerd papier.

Inhoudstabel

De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen	2
1. Wettelijke basis.....	2
2. Wettelijke samenstelling	2
3. Actuele samenstelling	5
4. Opdrachten van de Raad	7
5. Permanente werkgroepen	7
6. Bureau.....	7
7. Gemengde werkgroepen	9
8. Activiteiten.....	10
8.1. Basisactiviteiten	10
8.2. Erkenning van de stagediensten en stagemeeesters	40

De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen

1. Wettelijke basis

Het Koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen (en in het bijzonder artikels 4 tot 6) bepalen de structuur en de opdrachten van de Hoge Raad.

2. Wettelijke samenstelling

Alle leden van de Hoge Raad zijn artsen. De Minister stelt de voorzitter ervan aan uit de ambtenaren van zijn departement.

De Hoge Raad is samengesteld uit een Franstalige kamer en een Nederlandstalige kamer, die afzonderlijk of samen bijeenkomen.

Elke kamer bestaat uit¹ :

1° een voorzitter voorgedragen door de Koninklijke Academie voor geneeskunde van België voor de Nederlandstalige kamer en door de "Académie royale de Médecine de Belgique" voor de Franstalige kamer ;

2° een ondervoorzitter voorgedragen door de Nationale Raad van de Orde der geneesheren ;

3° twaalf doctors, die een academisch ambt bekleden of hebben bekleed, die als specialist zijn erkend, voorgedragen door de faculteiten van geneeskunde ;

4° tien geneesheren-specialisten, voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen, en twee artsen hetzij erkende geneesheren-specialisten, hetzij kandidaat-geneesheren-specialisten, die de kandidaat-geneesheren-specialisten vertegenwoordigen ;

5° twaalf huisartsen, voorgedragen door de faculteiten van geneeskunde ;

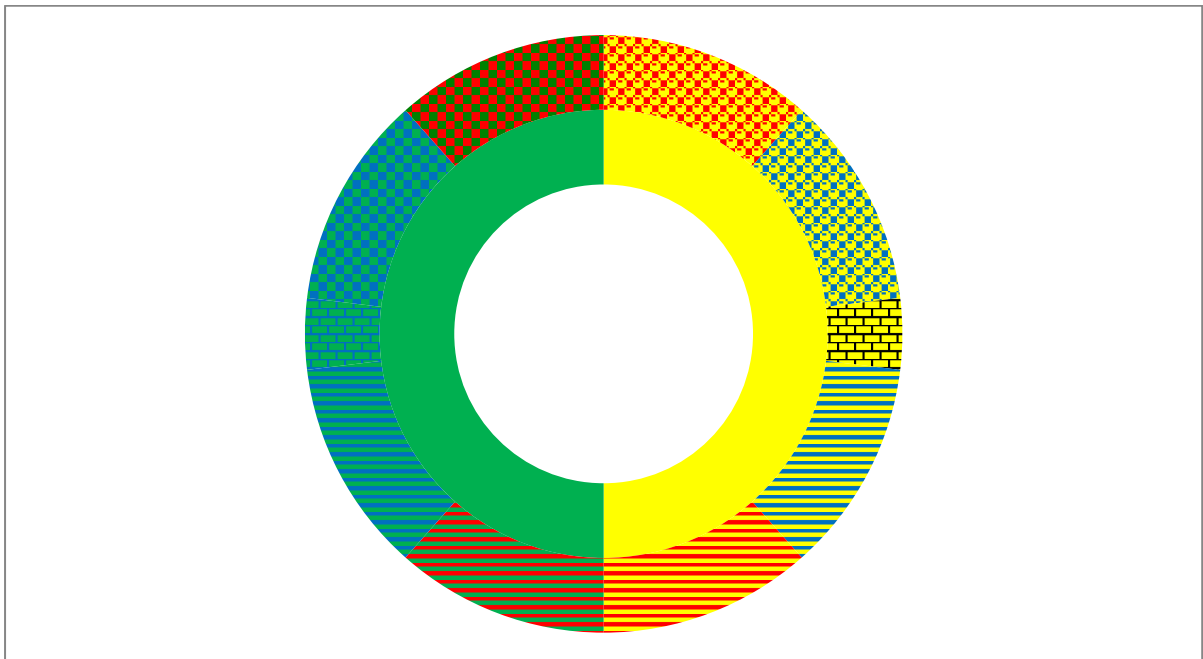
6° tien huisartsen, voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen en twee artsen, hetzij erkende huisartsen, hetzij kandidaat-huisartsen, die de kandidaat-huisartsen vertegenwoordigen ;

¹ Alle voorstellen van de wetenschappelijke of representatieve beroepsverenigingen worden voorgedragen op basis van een dubbele lijst.

7° een doctor, voorgedragen door de Minister tot wiens bevoegdheid de Sociale Zaken behoort ;

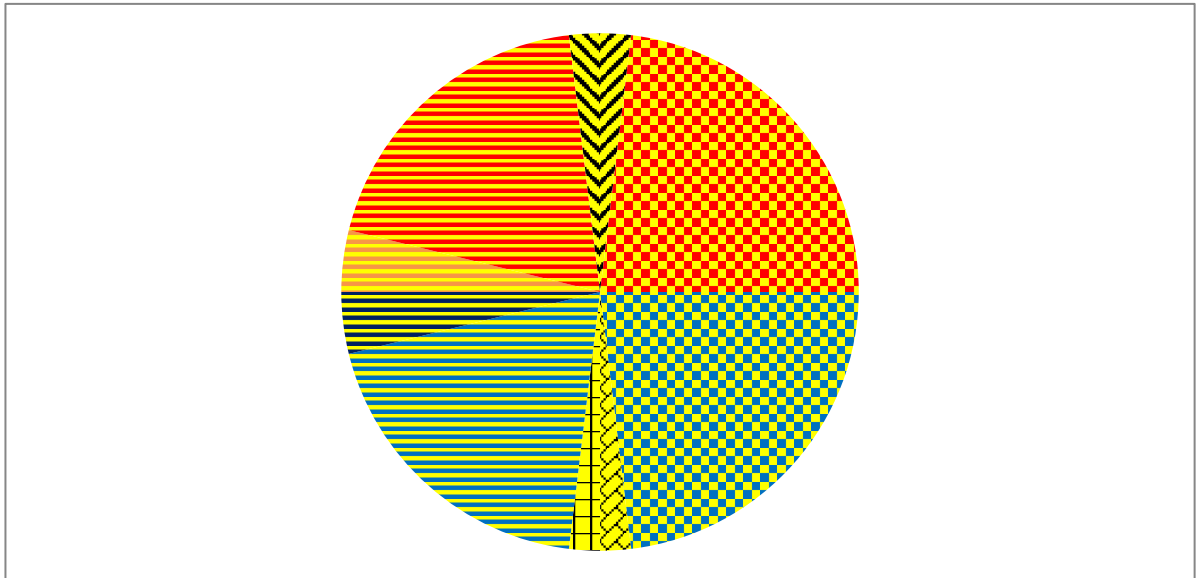
8° een doctor, vertegenwoordiger van de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.

De voorzitter, ondervoorzitter en de leden worden door de Minister benoemd voor een hernieuwbare termijn van zes jaar.



Figuur 1 : Schematische samenstelling van de Hoge Raad





Figuur 2: Gedetailleerde samenstelling van een kamer van de Hoge Raad



3. Actuele samenstelling

De huidige Hoge Raad werd samengesteld door het Ministerieel besluit van 24/07/2013²:

	Voorzitter : Dr Jacques Boniver	
	Onder-voorzitter : Dr Patrick Waterbley	
	Franstalige kamer	Nederlandstalige Kamer
Voorzitter		Dr Jo Lambert
Ondervoorzitter	Dr Christiane Vermeylen	Dr Michel Deneyer
Geneesheren-specialisten voorgedragen door de faculteiten van geneeskunde	Dr Boeynaems Jean Dr Boxho Philippe Dr Cogan Elie Dr Collard Edith Dr Creteur Viviane Dr De Coster Patrick Dr Jacobs Frédérique Dr Jacquemin Denise Dr Lerut Jan Dr Nielens Henri Dr Nisolle Michelle Dr Seghaye Marie-Christine	Dr Bosmans Johan Dr De Backer Wilfried Dr Dupont Alain Dr Goffin Jan Dr Hoebeke Piet Dr Mortier Eric Dr Peetermans Willy Dr Peleman Renaat Dr Pouliart Nicole Dr Van Gaal Luc Dr Van Geet Christel Dr Velkeniers-Hoebanckx Brigitte
Geneesheren-specialisten voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen	Dr Aubert Christine Dr Bergiers Guy Dr Boisdenghien Annie Dr Brauner Jonathan Dr Claeys Christian Dr De Donder Béatrice Dr Debersaques Eric Dr Demeere Jean-Luc Dr Gasmanne Paul Dr Heller Francis Dr Lienard Jean Dr Rickaert Fabienne	Dr Baeten Yolande Dr Claeys Donald Dr Dhaenens Patrick Dr Dirix Luc Dr Heylen Line Dr Lamont Jan Dr Leupe Pieterjan Dr Lins Robert Dr Moens Marc Dr Rutsaert Robert Dr Van Cauwelaert Philip Dr Van Hauthem Hilde
Huisartsen voorgedragen door de faculteiten van geneeskunde	Dr Aertgeerts Bert Dr Burette Philippe Dr De Lepeleire Jan	Dr Beuken Guy Dr Bruwier Geneviève Dr De Maeseneer Jan

² MB van 24/07/2013 houdende de benoeming van de leden van de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen, gepubliceerd op 16/08/2013.

	Dr De May Laurence Dr Dumontier Emilie Dr Hendrickx Kristine Dr Leconte Sophie Dr Minguet Cassian Dr Roland Michel Dr Schoenmakers Birgitte Dr Vanden Bulcke Julie Dr Van Royen Paul	Dr Devroey Dirk Dr De Sutter Annie Dr Giet Didier Dr Philips Hilde Dr Montrieux Christian Dr Roynet Dominique Dr Schetgen Marco Dr Vandevoorde Jan Dr Vansintejan Johan
Huisartsen voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen	Dr De Munck Paul Dr Gillet Anne Dr Jacquemain Christiane Dr Jacquemart Pierre Dr Jamart Hubert Dr Katz Simon Dr Leclercq Daniel Dr Lemye Roland Dr Moons Philippe Dr Orban Thomas Dr Renaud Francis Dr Vermeylen Michel	Dr Bafort Dirk Dr Casteur Georges Dr Creemers Michel Dr De Roeck Marc Dr Huetting Reinier Dr Lemaire Etienne Dr Putzeys Paul Dr Roex Milhan Dr Scheveneels Dirk Dr Schrooyen Willy Dr Van Den Kieboom Arnout Dr Van Wassenhove Kurt

De Minister van Volksgezondheid en de Minister van Sociale Zaken kunnen ook twee vertegenwoordigers binnen de Raad aanduiden.

4. Opdrachten van de Raad

De 2 kamers komen gezamenlijk bijeen in een plenaire vergadering om de volgende opdrachten uit te voeren:

1° aan de Minister voorstellen te doen betreffende het vaststellen van criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, van huisartsen, van stagemeeesters en stagediensten ;

2° aan de Minister een met redenen omkleed advies te verstrekken over de aanvragen tot erkenning als stagemeeester of als stagedienst ;

3° 3. aan de Minister, op zijn verzoek of op eigen initiatief, adviezen te geven of voorstellen te doen in verband met :

- richtlijnen en aanbevelingen ten behoeve van de erkenningscommissies, de stagemeeesters en de kandidaten ;
- of betreffende beginselkwesties en algemene aangelegenheden.

Kracht van de adviezen van de Raad

Geen enkel advies van de Raad of van de kamers heeft een bindende waarde. De eindbeslissing ligt steeds bij de bevoegde Minister.

5. Permanente werkgroepen

2 permanente werkgroepen werden ingesteld: « **Huisartsen** » en « **Geneesheren-specialisten** ».

Ze hebben als taak:

- aan de Hoge Raad een advies uit te brengen over de aanvragen tot erkenning als stagemeeesters of stagediensten die ingediend zijn door huisartsen en specialisten. Dat advies wordt goedgekeurd door de Raad;
- aan de Raad adviezen uit te brengen over de kwesties die hem zijn toevertrouwd.

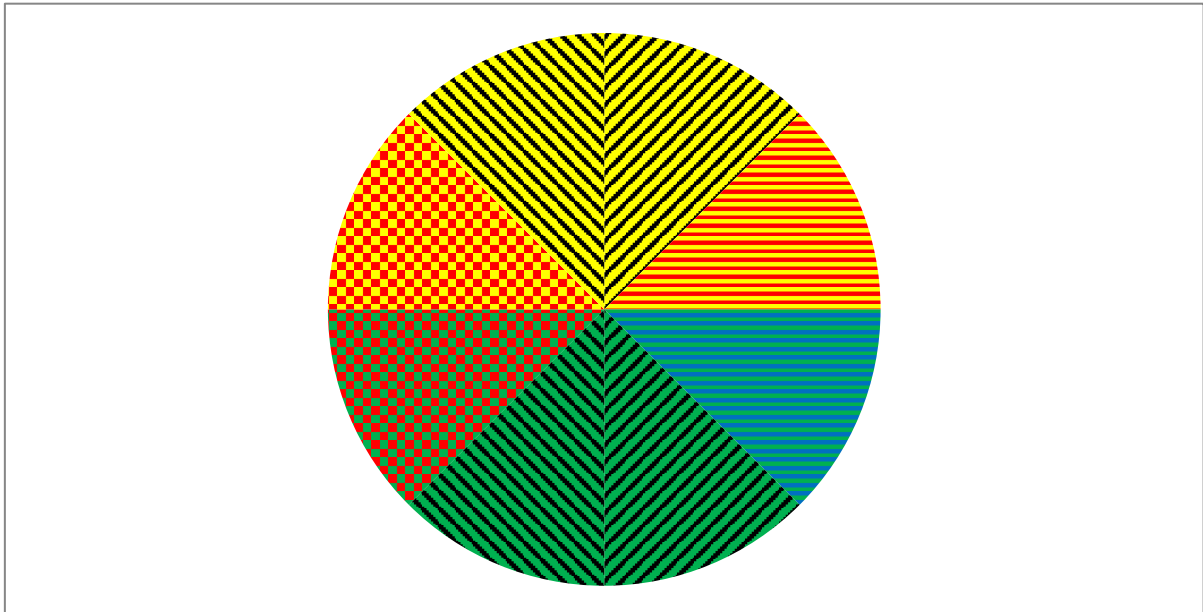
6. Bureau

Het bureau is een functioneel orgaan van de Hoge Raad. Het bestaat wettelijk niet, maar zijn vergaderingen bereiden de plenaire vergaderingen voor. Tijdens dat mandaat zijn de leden die aangeduid zijn om er deel van uit te maken:

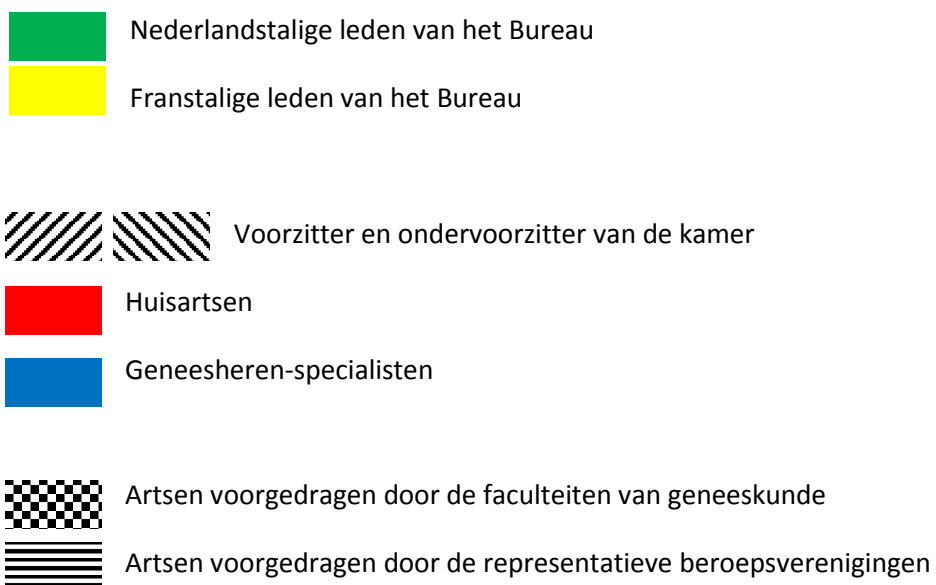
- De voorzitter en de ondervoorzitter van de Raad : Dr Jacques Boniver et Dr Patrick Waterbley
- De voorzitter³ en de ondervoorzitter van de Franstalige kamer : Dr Christiane Vermeylen
- De voorzitter en de ondervoorzitter van de Nederlandstalige kamer : Dr Jo Lambert en Dr Michel Deneyer
- Pr Jan De Maeseneer (Nl, HA, fac.)
- Dr Roland Lemye (Fr, HA, fac.)

³ Benoemd begin 2017.

- Dr Marc Moens (Nl, spe, BV.)
- Dr Henri Nielens (Fr, spe, BV.)



Figuur 3: Schematische vertegenwoordiging van het Bureau



7. Gemengde werkgroepen

De gemengde werkgroepen zijn per definitie tijdelijk en hebben als taak (nieuwe) erkenningscriteria voor te stellen voor de geneesheren-specialisten, de stagemeeesters en stagediensten van de specialiteit of de bijzondere bekwaamheid die op hen betrekking heeft.

Ze zijn samengesteld uit leden van de Hoge Raad en de Erkeningscommissies. Ze brengen hun adviezen uit aan de Hoge Raad, die ze bespreekt op de plenaire vergadering.

8. Activiteiten

8.1. Basisactiviteiten

Het K.B. 29 februari 2016 wijzigde het K.B. 21 april 1983⁴ waarbij een arts-voorzitter (prof. J. Boniver) en een arts-ondervoorzitter (dr. P. Waterbley) wordt aangeduid. Eén van beide is een ambtenaar of ere-ambtenaar van FOD Volksgezondheid.

Bij de volgende volledige hersamenstelling, zullen plaatsvervangers voor de leden kunnen aangeduid worden.

De nieuwe voorzitter vroeg dat zou voorzien worden in zijn vervanging als voorzitter van de Franstalige Kamer. Prof J. Lambert zal als voorzitter van de Nederlandstalige Kamer samen met haar Franstalige collega intens betrokken blijven bij de voorbereiding en organisatie van de vergaderingen en werking van de Hoge Raad. Prof. J. Boniver drukt zijn appreciatie uit voor de voorbije 15 maand samenwerking met prof J. Lambert, dr. P. Waterbley, mevr. J. Pieters, dr. J. Leroy en mevr. M. Gheysen.

8.1.1. Gemeenschappelijke materies huisartsen en geneesheren-specialisten & adviezen scope of practice diverse beroepsgroepen

- **Competentieprofiel van de arts**

In opvolging van een adviesaanvraag van Mevr. de Minister M. De Block d.d. 5 november 2015, bracht de plenaire vergadering van de Hoge Raad een eerste advies uit op 28 april 2016.

Het huidige artikel 3 van de Wet 10 mei 2015 biedt een onrechtstreekse omschrijving van het competentieprofiel van de arts: via de definitie van de onwettige uitoefening van de geneeskunde. De Minister merkte terecht op dat terzake ook in de toekomst controle- en sanctiemechanismen moeten voorzien worden.

De vraag naar een positieve omschrijving van het competentieprofiel van de arts, moet met de nodige voorzichtigheid gebeuren.

Het CanMEDS model⁵ wordt in het buitenland⁶ frequent als algemeen kader voor het competentieprofiel van de arts gebruikt.

⁴ K.B. 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen, *BS* 27 april 1983.

⁵ Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

⁶ Bijvoorbeeld in Nederland: het Besluit van 3 mei 2004, houdende wijziging van het Besluit opleidingseisen arts in verband met actualisering van de eindtermen van de artsopleiding, *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden* 2004, 286.

De centrale en specifieke (differentiërende) rol van de arts als medisch expert, wordt aangevuld met te behalen competenties als “communicator, collaborator, leader, health advocate, scholar en professional”.

Dit algemeen kader wordt dan verder ingevuld voor elke beroepstitel binnen de medische discipline. De recente adviezen (2014-2015) van de Hoge Raad besteden ruime aandacht aan de specifiek per discipline te behalen competenties.

De Hoge Raad was verheugd te vernemen dat de competentieprofielen opgevraagd worden bij de verschillende gezondheidsberoepen. De in ons land geldende erkenningscriteria en behaalde competenties (kennis, kunde en attitude) zijn uiteraard relevant bij de afbakening van, de complementariteiten tussen en samenwerking met elk zorgberoep .

Kwaliteit, veiligheid, toegankelijkheid, relevantie en kost (efficiëntie) van zorg zijn de maatstaven⁷.

Het verstandig volledig inzetten van de behaalde competenties van elk gezondheidszorgberoep is efficiënt en motiverend. Interdisciplinair teamwerk is nu reeds een realiteit en kan enkel toenemen gezien de uitdagingen (multi-pathologie, verouderen van de bevolking, chronische ziekten). De steeds toenemende kennis en mogelijkheden van de geneeskunde van de toekomst, pleiten ervoor de artsen te ontlasten van taken die kunnen gedelegeerd worden of door andere beroepsbeoefenaars veilig kunnen gebeuren.

De problematiek is evenwel complex en moet weldoordacht aangepakt worden.

Vorbereidende analyses, wenselijke evoluties en complementariteiten worden best interdisciplinair besproken. De mogelijkheid van (wettelijk qua bevoegdheid en aansprakelijkheid afgedekte) pilootstudies zou best overwogen worden.

Daarnaast moet qua “scope of practice” rekening gehouden worden met het verschil tussen routine activiteiten en situaties waar bekwame alertheid nodig is voor afwijkende en/of urgente casussen.

De haalbaarheid van het definiëren van “voorbehouden activiteiten” moet onderzocht worden.

De context (het al dan niet geïsoleerd werken bijvoorbeeld) en interacties tussen diverse zorgverstrekkers (soms “situational leadership”, indien aangewezen supervisie en evocatierecht door een arts) zullen de veiligheid en kwaliteit in belangrijke mate bepalen. Waarbij evenwel rekening kan gehouden worden met niveaus van complexiteit.

⁷ Een en ander heeft ook impact qua aansprakelijkheid.

De multidisciplinaire team-aanpak is de juiste keuze, maar tevens moet vermeden worden dat de verantwoordelijkheid⁸ en de coördinatie verwatert. Ook in het buitenland blijkt dat de patiënt wil weten “who’s in charge”.

Bij dit alles kan men niet omheen de essentiële rol van de arts, met zijn/haar specifieke medische expertise voor diagnose, differentiaal diagnose, medische besliskunde (met risico-inschatting), opstellen van een behandelplan, het uitvoeren van complexe interventies (met inbegrip van voorschriften).

Meer bepaald met betrekking tot de diagnose moet gewaarschuwd worden voor begripsverwarring of verwatering van de terminologie: de diagnose is een medische competentie.

Deze onderscheidende competenties van de arts staan borg voor en zijn een kwaliteits- en veiligheidsvereiste voor het voorstellen van alternatieven van aanpak en therapie in een complexe maar boeiende interactie met de patiënt (shared decision making).

De vrijheid van diagnose en therapie een belangrijk beginsel in het belang van de patiënt, maar er is een wetenschappelijke randvoorwaarde (evidence based medicine of good practices) en een maatschappelijke binding (keuzen in de zorg).

- **Vroedvrouwen**

Op 28 april 2016 antwoordde de Hoge Raad op een eerdere adviesaanvraag van de Minister met betrekking tot de gezinsplanning door vroedvrouwen. Als bijlage van de adviesaanvraag, was het advies d.d. 6 november 2014 van de Federale Raad voor de vroedvrouwen opgenomen.

De Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen nam eveneens kennis van de recente adviezen (2015) van de Koninklijke Academie voor geneeskunde van België en van de Académie royale de médecine de Belgique.

De Hoge Raad bracht op 28 april 2016 volgend advies uit.

De Federale Raad voor de vroedvrouwen definieert gezinsplanning als volgt: informatie en educatie met inbegrip van de sexualiteit, de contraceptie, fertiliteitsproblemen en vrijwillige zwangerschapsafbreking.

De informatieve, educatieve en begeleidende rol van vroedvrouwen is uiteraard nuttig op de diverse terreinen van de gezinsplanning zoals hierboven omschreven.

⁸ Het “bystander effect” waarbij elk lid van het team erop rekent dat iemand anders wel de verantwoordelijkheid opneemt.

Overigens voorziet de Richtlijn 2005/36/EC⁹ dat de vroedvrouwen minstens goede voorlichting en adviezen over gezinsplanning kunnen verstrekken.

Deze opdracht mag niet onderschat worden: een extra vorming en ervaring kunnen altijd nuttig zijn. De vormingsduur van een vroedvrouw is immers beperkt en niet alle competenties kunnen daarin verworven worden.

Het is duidelijk dat de gezinsplanning geen exclusieve competenties en bevoegdheden van vroedvrouwen is.

Het advies van de Federale Raad voor de vroedvrouwen bevat tevens een oproep naar meer bevoegdheden voor de vroedvrouw die op een “autonome” manier zouden moeten kunnen uitgeoefend worden: een “volledige” preconceptie consultatie in het kader van fertiliteitsproblemen, het kunnen voorschrijven van contraceptiva op elk moment (momenteel beperkt tot drie maand volgend op de bevalling) en het autonoom voorschrijven van zwangerschapsafbrekende medicatie.

Deze vragen naar meer “autonomie” zijn opmerkelijk gezien de positieve evolutie naar meer interdisciplinaire samenwerking waar zorgprofessionals hun specifieke complementaire competenties gecoördineerd inzetten.

Gecoördineerd, waarbij de interdisciplinaire samenwerking niet beperkt blijft tot het bijroepen in urgentie van een andere zorgprofessional. Een vraag naar meer autonomie veronderstelt een volledige verantwoordelijkheid voor de eigen prestaties.

Elke beroepsgroep moet daarbij het nodige respect opbrengen van de bijdrage van elke andere beroepsgroep, steeds met het doel van optimale kwaliteit en veiligheid van zorg.

De Hoge Raad brengt na grondig onderzoek volgend advies uit over volgende specifieke vragen:

Het voorschrijven van contraceptiva op elk ogenblik (ook buiten de beperkte context van drie maand na de bevalling van een gezonde vrouw), behoort duidelijk tot de competenties van medici.

Zonder medische opleiding kan men de interacties tussen een pathologie bij de vrouw (die al moet herkend worden) en het contraceptivum niet inschatten.

Het contraceptivum kan een effect hebben op de ziekte, zoals bv op lupus, op multiple sclerose en uiteraard zijn er de meer klassieke nevenwerkingen van langere toedieningen van contraceptiva.

⁹ Richtlijn 2005/36/EG van 7 september 2005 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *P.B. L.* 255, 30 september 2005, err., *P.B. L.* 271, 16 oktober 2007, err. *P.B. L.* 93, 4 april 2008.

Geneesmiddelen voorgeschreven voor een bepaalde pathologie bij een vrouw, kunnen interacties veroorzaken op de effectiviteit van de contraceptie.

Het herkennen en kennen van heel diverse pathologiën en van medicamenteuze interacties behoren niet tot het competentieprofiel van de vroedvrouw.

De fertiliteitsproblematiek is een heel complexe problematiek waarvoor dikwijls hyperspecialisatie onmisbaar is, wat gebeurde binnen de medische discipline.

Een systematische geplande aanpak van fertiliteitsproblemen is essentieel en wordt best niet doorkruist door allerhande voorafgaand initiatieven bv door een vroedvrouw.

Dit geldt vooreerst voor de diagnostiek van het probleem dat ook kan ontstaan door (te onderzoeken en te herkennen) pathologiën bij de vrouw of bij de man. De diversiteit van mogelijke oorzaken is heel breed: congenitaal of verworven anatomisch, endocrinologisch, immunologisch, genetisch .

De hyperspecialisatie qua therapeutische aanpak en planning, is evident waarbij het belangrijk is dat alle mogelijke benaderingen in overleg met de patiënt kunnen toegelicht en overwogen worden.

Dit alles betreft duidelijk de complementaire competenties van artsen en sterk gespecialiseerde artsen.

Complementaire competenties, want de Hoge Raad vindt een team-aanpak waarin elke beroep zijn specifieke bijdrage optimaal kan inzetten de aangewezen weg in het belang van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg.

Het voorschrijven en het gebruik van zwangerschapsafbrekende medicatie, moet heel strikte criteria respecteren. Het echografisch onderzoek ter bepaling van de zwangerschapsduur, het nazicht van de intra-uteriene lokalisatie en van de evacuatie na de procedure, de opvolging (en de preventie bv voor Rhesus negatieve vrouwen ...), veronderstellen een concentratie aan know-how en technologie die een interdisciplinaire omgeving (waarschijnlijk ziekenhuisomgeving of in het kader van een samenwerking met een ziekenhuis) vergen en een autonome competentie van vroedvrouwen uitsluiten.

Overigens bepaalt artikel 350 van het Strafwetboek – dat de voorwaarden en bepalingen bevat waarbij abortus geen misdrijf is – duidelijk dat de zwangerschapsafbreking door een arts moet worden verricht.

De professionele vorming tot vroedvrouw leidt tot heel wat competenties die heel belangrijk zijn voor onze gezondheidszorg en toelaten een boeiende professionele carrière uit te bouwen. Deze professionele vorming leidt evenwel niet tot alle competenties.

- **Praktijkassistent**

Op 23 juni 2016 antwoordde de Hoge Raad op een adviesaanvraag d.d. 17 december 2015 aangaande “eerstelijnsgezondheidszorg – praktijkassistent”.

De Minister vroeg een geconsolideerd advies aan de Federale Raad voor de Verpleegkunde, de Nationale Raad voor paramedische beroepen en de Hoge Gezondheidsraad over de praktijkassistent.

Als bijlage van de adviesaanvraag was een document opgenomen “Beroepscompetentieprofiel Praktijkassistent in de eerstelijnsgezondheidszorg¹⁰”.

De adviesaanvraag vroeg meer bepaald aandacht voor de opportuniteit om dit beroep binnen de Wet uitoefening Gezondheidszorgberoepen op te nemen, de eventuele voorwaarden, basiscompetenties en toe te vertrouwen handelingen en verstrekkingen. Tenslotte werd gepeild naar een visie vanuit de praktijk over de articulatie van de praktijkassistent met andere zorgberoepen, inzonderheid de beoefenaars van de verpleegkunst.

Er werd een Werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van de verschillende Raden. In een nota worden verschillende pistes van aanpak geformuleerd, met de conclusie dat een politieke keuze uiteindelijk beslissend zal moeten zijn. De nota werd voor eindadvies aan de verschillende Raden voorgelegd.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen bevestigt de noodzaak aan ondersteuning van de huisartspraktijk gezien de werklust en alle uitdagingen voor de toekomst. De ondersteuning zal de huisarts toelaten zich te concentreren op zijn essentiële taken. Ook op het vlak van veiligheid tegen agressie, kan de aanwezigheid van (een) medewerker(s) een preventief effect hebben.

De discussie betreft evenwel de manier waarop deze ondersteuning best georganiseerd wordt.

Een deel van de leden menen dat een toekomstgerichte kwalitatieve ondersteuning best gegarandeerd wordt door enerzijds een administratieve assistentie en anderzijds een werkelijk verpleegkundige ondersteuning.

Er wordt hierbij verwezen naar eerdere initiatieven (Impulseo) en voorstellen (« Plateforme universitaire pour les soins chroniques – proposition de soutien à la multidisciplinarité des pratiques de médecine générale pour les soins chroniques “Assisteo” »¹¹). Specifieke vormingen voor verpleegkundigen-assistenten voor de huisarts, zouden reeds in voorbereiding zijn.

¹⁰ De Maeseneer Jan (Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg UGent) ; Van Gorp Luc (Departementshoofd Gezondheidszorg UC Leuven-Limburg), De Lepeleire Jan (Academisch Centrum voor huisartsgeneeskunde KULeuven), Remmen Roy (Vakgroep eerstelijns en interdisciplinaire zorg UAntwerpen), Devroey Dirk (Academisch centrum voor huisartsgeneeskunde, VUB), Martin Sandra (Gezondheid en Welzijn, UC Leuven-Limburg), 2015.

¹¹ VUB, KUL, UAntwerpen, U Gent, UCL, ULg, ULB, Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones asbl, Vereniging van wijkgezondheidscentra, Domus medica, SSMG (2013).

Zodoende wordt vermeden dat bepaalde invasieve handelingen zouden moeten toevertrouwd worden aan mensen met een heel beperkte vorming, zoals voorzien in het voorstel “praktijkassistent” (bv bloedafname). Er werd gewaarschuwd voor het gevaar van nivellering naar beneden, wat zou divergeren met de evolutie van de verpleegkundige en paramedische beroepen.

Het assisteren van huisartsen moet op een voldoende kwalitatief niveau gebeuren.

Deze opinie merkte ook op dat de toekomst van de huisartsgeneeskunde veeleer in samenwerkingspraktijken (onder alle diverse vormen) ligt dan in solo-praktijken. De kostendeling in samenwerkingsverbanden maakt het voorzien van zowel een administratieve als een verpleegkundige ondersteuning mogelijk.

Tenslotte werd opgemerkt dat vorming voor medewerkers nog moet onderscheiden worden van de noodzaak aan een nieuw zorgberoep.

Een nieuw zorgberoep leidt overigens snel tot een vraag naar méér bevoegdheden, wat gevaarlijk kan zijn als het uitgangsniveau zoals in het voorstel “Praktijkassistent” te laag is.

Een ander deel van de vergadering pleitte voor het nut van (of de noodzaak aan) een nieuw zorgberoep “Praktijkassistent”.

Solo-praktijken bestaan nog en vooral startende huisartsen hebben dringend nood aan een betaalbare kwalitatieve ondersteuning. De kwaliteit wordt gewaarborgd precies omdat voor de Praktijkassistent een specifieke vorming voorzien wordt.

Er moet opgepast worden voor een te conservatieve reflex en voor corporatisme bij bepaalde bestaande zorgberoepen.

Het voorstel sluit niet uit dat huisartsen beroep doen op verpleegkundigen. Maar de mogelijkheid van Praktijkassistenten moet voorzien worden als een eerste stap voor ondersteuning van de huisarts.

Er zijn overigens nog praktische problemen qua terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering wanneer ter gelegenheid van de consultatie door een huisarts ook verpleegkundige akten gebeuren.

Het voorstel “Praktijkassistent” biedt de mogelijkheid aan mensen die nu werkloos zijn, om met een voor hen haalbare vorming (90 ECTS¹²) een maatschappelijk nuttige functie kwalitatief in te vullen. Later kunnen ze nog doorgroeien.

Er werd tevens gewaarschuwd voor een neveneffect op het tekort aan verpleegkundigen in ziekenhuizen indien het project Praktijkassistent niet goedgekeurd wordt. Veel verpleegkundigen blijken immers geïnteresseerd in een functie in een huisartspraktijk.

Deze verdedigers van het voorstel “Praktijkassistent” stelden aan de vergadering voor volgend standpunt te formuleren:

¹² ECTS= European credit transfer system.

“Creëren van het nieuw paramedisch beroep van “Praktijkassistent”, om een gezondheidsbeoefenaar toe te voegen aan het systeem, die beter is aangepast aan bepaalde medische praktijken. Dit lijkt de Hoge Raad de wenselijke strategie, waarbij het belangrijk is erop te wijzen dat de functie bestaat uit een combinatie van onthaal, administratie inclusief boekhouding en ondersteunen van technische interventies door de huisarts, aangevuld met een beperkte set interventies door de praktijksassistent”.

Dit voorstel werd bij handopsteking niet aanvaard (10 stemmen negatief, 7 stemmen positief en 3 onthoudingen).

Tijdens de vergadering werd tenslotte nog gewaarschuwd voor de risico's van het versoepelen of laten wegvallen van kwalificatievereisten voor bepaalde technische handelingen.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen besliste tenslotte om alle hierboven geformuleerde overwegingen en elementen over te maken als advies. De nota van de Werkgroep kan samen met het advies van de Hoge Raad gevonden worden op <http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/raden/hoge-raad-van-geneesheren-specialisten-en-van-huisartsen>.

- **Genetic Counselor**

In een adviesaanvraag d.d. 17 december 2015 aangaande de “genetic counsellor – genetisch consulent”, vroeg Mevr. de Minister terzake een geconsolideerd advies aan de “Nationale Raad voor de paramedische beroepen” en de “Hoge raad van artsen-specialisten en van huisartsen”.

Er werd een Werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van meerdere raden, met name de Federale Raad van vroedvrouwen; de Federale Raad voor verpleegkunde; de Federale Raad van Paramedische beroepen en de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen.

Deze Werkgroep bracht op 20 juni 2016 een ontwerp-advies uit dat overgemaakt aan de verschillende raden.

De Werkgroep stelt de creatie van een paramedisch beroep voor met activiteiten enkel op voorschrift van de arts (geneticus) met een scope of practice geïnspireerd op de “core competencies for genetic counsellors” June 2010, EMBG (European board of medical genetics). De Werkgroep overweegt verschillende pistes zoals een Master na Bachelor of een Master na master en eventueel en voorafgaande selectie van kandidaten op basis van een voorafgaand diploma en al dan niet een voorafgaande evaluatie. Het belang van een multidisciplinaire aanpak wordt onderstreept.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen, besprak het ontwerp-advies van de Werkgroep op 15.12.2016 en maakte volgende overwegingen.

Enkel in Frankrijk is een gereguleerd beroep voorzien.

De voorgestelde selectie in het ontwerp advies is onduidelijk als toegangsconditie tot de vorming en het uitsluiten van de medisch laboratorium technologen is niet aanvaardbaar.

Het ontwerp advies legt een vereiste op van twee niveau 2 titels voor artsen die handelingen mogen toevertrouwen, wat neerkomt op een vorming van 6 jaar (niveau 1) + een 10-tal jaar. Hierbij wordt geen rekening gehouden met een eerder advies van de Hoge Raad over de klinisch geneticus.

Blijkbaar zouden niet-medici kunnen deelnemen als adviseur aan het “klinisch bilan” in het kader van het genetisch advies.

Er is slechts een beperkte nood aan genetic counselors (momenteel zijn er een 58 actief in België) en er moet vermeden worden dat artsen-genetici slechts op afstand de activiteiten van de counselors zouden volgen.

De Hoge raad is zich bewust van de ingrijpende snelle evolutie van de genetica die zich zal verderzetten de komende jaren. Deze evolutie overstijgt evenwel de competentie van de paramedicus: er zijn meer artsen nodig. Er werd opgemerkt dat niet telkens een nieuw beroep kan gecreëerd worden wanneer artsen-specialisten niet voldoende tijd meer hebben.

De Hoge Raad besliste om op basis van de bovenstaande overwegingen, een negatief advies uit te brengen in de huidige stand van zaken over de creatie van een nieuw zorgberoep en betreffende het ontwerp advies van de Werkgroep.

Een en ander wordt best opnieuw geëvalueerd in het kader van het project KB78 (hervorming Wet 10 juli 2015 uitoefening gezondheidsberoepen), bijvoorbeeld wat betreft de eventuele mogelijkheden van het aangekondigde concept “bekwame helper”.

- **Gebruik van Lachgas**

De Minister richtte op 30 juni 2005 een adviesaanvraag aangaande de toepassing van lachgas in analgetische en sedatieve indicatie buiten operatiezalen en in extramurale setting”, zowel gericht aan de Hoge Gezondheidsraad als aan de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen¹³.

De vraag aan de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen, betrof meer specifiek een punctueel advies over de bevoegdheid van andere verstrekkers dan artsen en de noodzakelijke kennis, kwalificatie en omkadering (pediaters, tandartsen).

Binnen de schoot van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen werd gevraagd aan de Werkgroep anesthesie een ontwerp-advies voor te bereiden.

Op 15 december 2016 formuleerde de Hoge Raad van artsen-specialisten haar advies, uitgaande van het ontwerp advies van de Werkgroep. De Hoge Raad nam tevens kennis van het advies van de Raad van Tandheelkunde uit 2013, van het ontwerp advies van de Hoge Gezondheidsraad (2016) en van een rapport van de Dental Faculties of the royal colleges of surgeons & the Royal College of Anaesthetists over “conscious sedation whether they are dentists, doctors, nurses or dental care professionals” in het Verenigd Koninkrijk (2015).

¹³ Hierna “Hoge Raad”

De Hoge Raad besprak uitgebreid het ontwerp-advies van de Werkgroep anesthesie dat kan geresumeerd worden als volgt:

De voordelen van de techniek (praktisch, snelheid) zijn wel bekend.

Er zijn evenwel ook gevaren voor de patiënt:

- zuurstoftekort ten gevolge van hypoxische mengsels (het belang van de anesthesiecircuits wordt onderstreept)
- zuurstoftekort ten gevolge van het afsluiten van de bovenste luchtweg, ademhalingsdepressie (co-medicatie ...)
- risico van diffusiehypoxie
- nood aan kennis en inschatten van contra-indicaties.

Er zijn ook risico's voor de zorgverstrekkers (genotoxiciteit, brand- en ontploffingsgevaar, gemakkelijker toegang tot recreatieve drugs) en voor de omgeving.

De Werkgroep anesthesie bracht dan ook volgend advies uit:

- 1) de toediening van lachgas moet onder toezicht van een arts anesthesist gebeuren
- 2) het lokaal moet geventileerd zijn en de toestellen moeten onder toezicht van een arts anesthesist en een biotechnische dienst staan.
- 3) toediening door niet-anesthesisten (artsen en verpleegkundigen) kunnen enkel na een specifieke vorming en kwalificatie, waarbij de voorkeur wordt gegeven aan gebruik van een equimolair mengsel.
- 4) volgende kwalificatiecriteria moeten gelden voor artsen niet anesthesisten:
 - theoretische vorming 20 uur + slagen in een geschreven examen
 - 10 dagen stage
- 5) volgende kwalificatiecriteria moeten gelden voor verpleegkundigen:
 - theoretische vorming 40 uur + slagen in een geschreven examen
 - 10 dagen stage
- 6) monitoring + bijhouden van een register met procedures, incidenten en verwikkelingen.
- 7) op het einde van de procedure: toezicht van 15 minuten + wat zuurstoftoediening indien nodig.
- 8) de nodige apparatuur in het lokaal waar de sedatie gebeurt (luchtwegen en eventueel reanimatie)

De Hoge Raad realiseert zich dat office based dentistry (en zeker office based anesthesia) risico's inhoudt. Een ziekenhuis biedt veiligheids garanties gezien de omgevingscontext en de urgentieprocedures.

De Hoge Raad wil evenwel een genuanceerd advies uitbrengen, rekening houdend met ervaring in het buitenland en ook met de nadelen en risico's van vertraagde toegankelijkheid en wachtlijsten.

De Hoge Raad adviseert gunstig rekening houdend met de elementen uit het advies van de Werkgroep anesthesie, dus mits prioritair waarborgen voor de veiligheid. Hiertoe behoren: een degelijke (continue) vorming van de professionals over alle aspecten, adequate en professioneel geverifieerde en gevalideerde infrastructuur én een technische garantie op concentraties van maximaal 50% lachgas-zuurstof.

- **Transpositie van de Richtlijn 2013/55/EU¹⁴**: bespreking op de plenaire vergadering van 27 oktober 2016

Het K.B. 27 juni 2016¹⁵ werd kort toegelicht, ondermeer wat betreft het alert systeem en het mechanisme van partiële toegang.

Het M.B. 23 mei 2016¹⁶ wijzigt de ministeriële besluiten van 31.01.2008 betreffende de vaststelling van opleidingstitels afgeleverd door de lidstaten van de Europese Unie. Artikel 3 bevat de 5 studie jaren of een equivalent aantal ECTS punten voor geneeskunde.

Het M.B. 23 mei 2016¹⁷ tot wijziging van het MB 23.04.2014 (transversale criteria). Het nieuwe artikel 3/1 van het M.B. 23.04.2014 regelt (geval per geval) de maximale vrijstellingen (niet meer dan de helft van de minimumduur van de opleiding) voor het behalen van een tweede beroepskwalificatie.

- **Toelichting project “hervorming KB nr 78” (Wet 10 mei 2015¹⁸) door prof Vandewoude (vertegenwoordiger Kabinet mevr de Minister M. De Block)**

Prof Vandewoude wijst erop dat de bestaande Wet uitoefening gezondheidszorgberoepen onvoldoende rekening houdt met de evolutie in de gezondheidszorg (ondermeer multidisciplinair teamwork, superspecialisatie, transversale zorgtrajecten met meer aandacht voor chronische problematiek) en onvoldoende de extramurale zorg regelt. De Wet is te weinig gestructureerd, meerdere nieuwe of paramedische beroepen moeten een duidelijker plaats krijgen en er moet ten volle rekening gehouden worden met de implicaties van de Europese

¹⁴ Richtlijn 2013/55/EU van het Europees Parlement en de Raad van 20 november 2013 tot wijziging van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties en Verordening (EU) nr. 1024/2012 betreffende de administratieve samenwerking via het Informatiesysteem interne markt („de IMI-verordening”) Voor de EER relevante tekst, *P.B.* L. 354, 28 december 2013.

¹⁵ K.B. 27 juni 2016 tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, teneinde de Richtlijn 2013/55/EG van het Europees Parlement en de Raad van 20 november 2013 tot wijziging van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties en Verordening (EU) nr 1024/2012 betreffende de administratieve samenwerking via het Informatiesysteem interne markt (“de IMI-verordening”) om te zetten, *BS* 18 juli 2016.

¹⁶ M.B. 23 mei 2016 tot wijziging van de ministeriële besluiten van 31 januari 2008 en 28 februari 2008 tot vaststelling van de lijst van opleidingstitels van arts, huisarts, geneesheer-specialist, tandarts, tandarts-specialist, verloskundige, apotheker en verantwoordelijk algemeen ziekenhuisverpleger afgeleverd door de lidstaten van de Europese Unie, *BS* 18.07.2016.

¹⁷ Ministerieel besluit van 23 mei 2016 tot wijziging van het [ministerieel besluit van 23 april 2014](#) tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, stagemesters en stagediensten, *BS* 18 juli 2016.

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

regelgeving (bv verpleegkundige, vroedvrouw). Er moet afgestapt worden van het oude hiërarchisch model tussen zorgberoepen.

Hij verwijst naar het regeerakkoord van 9 oktober 2014, ondermeer naar het subsidiariteitsbeginsel.

De waarborging van controle en veiligheid moet gemoderniseerd worden. De Provinciaal Geneeskundige Commissies werken nu te exclusief reactief en de rechten van de verdediging moeten versterkt worden. De Orde der geneesheren heeft een opdracht ter bewaking van deontologie, maar is niet het aangewezen forum voor kwaliteitscontrole.

De zorg moet gebaseerd zijn op Evidence based practice. Het is tijd voor een nieuw model “zorgberoepen” en “zorgpraktijk”.

Prof Vandewoude situeert drie pijlers voor een kwaliteitsvolle zorgverlening:

- De patiënt staat centraal (piloot – copiloot concept waarbij de zorgverstrekker de co-piloot is);
- De competente zorgverlener waarbij de behaalde en onderhouden competenties centraal staan die zijn/haar bevoegdheden bepalen (de bestaande wet gaat quasi exclusief uit van bevoegdheden). Functionele autonomie is hier een tweede beleidsprincipe.
- Multidisciplinaire geïntegreerde gezondheidszorg. Er wordt samengewerkt binnen een functionele hiërarchie waarbij een sturende rol van de arts zal voorzien worden, waaraan degelijk moet gerapporteerd worden.

Eén en ander leidt tot een bloemstructuur met de patiënt & kwaliteitsvolle gezondheidszorg centraal, de beroepen als blaadjes en de stengel ondersteunend bv met “bekwame helpers”, e - health ... De mutualiteiten vroegen inmiddels om ook vermeld te worden op de stengel. De verschillende blaadjes worden kort toegelicht.

De definitie van gezondheidszorg wordt voorzien van twee luiken:

- diensten met een diagnostisch of therapeutisch doel (met inbegrip van het begeleiden van de patiënt)
- diensten zonder diagnostisch of therapeutisch doel verstrekt aan een patiënt waartoe een gezondheidsbeoefenaar exclusief bevoegd is (bv euthanasie, abortus, clinical trials ...)

Op wetgevend vlak, zal voorzien worden in:

- Een kaderwet uitoefening gezondheidszorgberoepen
- Een wet betreffende de kwaliteit van zorgpraktijk
- Een restwet 15 mei 2010 met bv nog de vestigingswet voor apotheken en het kankerfonds.

Er werd voor het algemeen beroeps- en competentieprofiel van alle zorgverstrekkers inspiratie gezocht bij het CanMedsmodel van het Canadese Royal College of physicians and surgeons.

De toegang tot een gezondheidsberoep zou in de mate van het mogelijke meer uniform gemaakt worden (diploma, erkenning, visum en voor bepaalde beroepen ook inschrijving in een deontologische Orde).

De Wet kwaliteit zorgpraktijk, zou algemene kwaliteitsregels bevatten. Er wordt rekening gehouden met patiëntenrechten, meer transversale en transmurale zorg, met de ziekenhuishervorming (bv netwerken). Er zal daarnaast gewerkt worden aan een uitvoering van art 81 van de gecoördineerde ziekenhuiswet waardoor bepaalde diagnostische en therapeutische handelingen exclusief voor ziekenhuizen kunnen voorzien worden.

Het visum is nu enkel aan administratief document, maar het moet evolueren naar een “licence to practice”: een professionele identiteitskaart als een dynamisch bewijs van bekwaamheid. De mogelijkheid van functie-differentiatie moet voorzien worden. Elke verstrekker houdt een “portfolio” bij (diploma, erkenning, recente klinische activiteit, continue professionele vorming ..).

Er worden twee belangrijke adviesraden voorzien:

a) De Raad voor gezondheidszorgberoepen. Hierin zullen artsen een belangrijke rol spelen. Bij ontvangst van een adviesvraag, bepaalt de Raad welke Kamers (per vermeld zorgberoep) de vraag moeten onderzoeken. Uiteraard kunnen spontane adviezen gegeven worden. De adviezen zijn niet bindend voor de Minister.

De Deontologische kamer en de Planningscommissie, werken horizontaal voor de verschillende kamers. De interactie tussen de Planningscommissie en bv de Kamer “geneeskunde” kan hierdoor versterken, wat van nut kan zijn bv bij de erkenning van de nodige capaciteit aan stageplaatsen.

b) De Raad voor kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.

Deze Raad integreert de huidige Federale Commissie rechten van de patiënt; de Provinciaal geneeskundige commissies, de Federale Raad voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg en de Colleges van geneesheren.

De nieuwe Raad bestaat enerzijds uit een Advieskamer die nauw samenwerkt met bv het Kenniscentrum, EBM (evidence based medicine), het RIZIV en de kwaliteitsinstituten van de gefedereerde entiteiten. De Advieskamer werkt ook samen met de Raad voor gezondheidszorgberoepen.

Anderzijds bestaat de nieuwe Raad ook uit een Kamer van toezicht (opgeplitst in een Nederlands- en Franstalige afdeling), die de taken van de Provinciaal Geneeskundige Commissies overneemt, professionaliseert en centraliseert. Dit laatste sluit niet uit dat er nog een provinciale administratieve aanwezigheid overblijft.

Prof Vandewoude dankt de heer T. Goffin , die sinds twee jaar meewerkt aan dit project, alsook de medewerkers van de FOD. De Wet kwaliteit zorgpraktijk bevindt zich al in een vergaande ontwerpfase. De kaderwet uitoefening gezondheidszorgberoepen, wordt gepland voor 2018.

Het Bureau analyseerde de beleidsintenties en de plenaire vergadering van de Hoge Raad bevestigde de analyse en reactie van het Bureau op 23 februari 2017.

- **Dubbele cohorte 2018**

Ten gevolge van de verkorting van de duurtijd van de studies geneeskunde van 7 naar 6 jaar, studeert in 2018 een dubbele cohorte af waarvoor de nodige professionele vormingscapaciteit zal moeten voorzien worden. Er werd benadrukt dat de dubbele cohorte een éénmalig probleem is, zij het met een effect op meerdere jaren.

De Hoge Raad bracht eind 2014 en eind 2015 reeds twee uitgebreide adviezen uit om deze uitdaging tijdig voor te bereiden.

De plenaire vergadering van 15 december 2016 nam kennis van een adviesaanvraag d.d. 5.12.2016 van Mevr. de Minister De Block. Deze belangrijke problematiek werd uitgebreid besproken, waarbij gepleit werd voor het voorzien van een voldoende aantal stageplaatsen zonder de kwaliteit van de professionele vorming in het gedrang te brengen. Op 23 februari 2017 bracht de plenaire vergadering na een uitnodiging en gedachtewisseling met vertegenwoordigers van studenten en kandidaten in opleiding, een derde uitgebreid advies uit.

8.1.2. Huisartsen

- **Het M.B. 12 november 2015¹⁹ en de grondige aanpassing van het artikel 10 van het M.B. 1 maart 2010 rond het behoud van de erkenning als huisarts (28 april 2016)**

De Hoge Raad uitte enerzijds begrip voor de maatregel, gezien de onduidelijke en onzekere situatie van een groep artsen die andere activiteiten ontwikkelden naast of in plaats van de klassieke huisartsgeneeskunde.

Maar er werd ook bezorgdheid geuit over het plots wegvallen van een aantal relevante kwaliteitscriteria.

In opvolging van de adviesaanvraag d.d. 28 mei 2015 en het advies van de Hoge Raad d.d. 25 juni 2015, werd door de Werkgroep Huisartsen verder onderzocht hoe een systeem van “behoud/intrekking van erkenning” kan vervangen worden door een meer flexibel systeem van criteria en voorwaarden rond de beroepsuitoefening.

De Hoge Raad besliste een overleg aan te vragen²⁰ voor een oriënterende gedachtewisseling over deze belangrijke materie, om de verdere werkzaamheden te ondersteunen.

¹⁹ M.B. 12 november 2015 tot wijziging van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, *BS* 24.12.2015.

²⁰ Dit overleg vond plaats op 15.02.2017.

- **Op 28 april 2016 bracht de Hoge Raad ook een advies uit over de vereiste anciënniteit van de huisarts-stagemeester**

Het huidige artikel 5 van het M.B. 26 november 1997 is onduidelijk geformuleerd. De Hoge Raad vindt het aangewezen 5 jaar anciënniteit te vereisen na het behalen van de erkenning als huisarts. Hierdoor wordt een criterium ingevoerd dat vergelijkbaar is met het criterium voor stagemeesters-specialisten.

- **Modaliteiten van buitenlandse stages voor huisartsen in opleiding (28 april 2016)**

De Hoge Raad verwijst naar de bepalingen van art 55a van de Richtlijn beroepskwalificaties 2005/36/EC, naar de bepalingen van het M.B. 23.04.2014 en het advies van 25 juni 2015 terzake.

Voor huisartsstages in het buitenland, wordt geadviseerd om met een aanpassing van het M.B. 1 maart 2010 een maximumduurtijd van 18 maand te voorzien, de nuance te maken tussen lidstaten EEA en derde landen, een erkenning van de buitenlandse stagemeester conform de nationale wetgeving van het gastland te vereisen evenals een overeenkomst en notificatie vergelijkbaar met de bepalingen in art 11 van het M.B. 23.04.2014.

- **Wettelijke regeling inzake de duurtijd van ziekenhuisstages voor huisartsen:** advies 28.04.2016 tot een meer Richtlijn - conforme regeling en tevens rekening te houden met de imperatieven van de praktische organisatie zeker in het licht van de dubbele cohorte 2018

Er wordt geadviseerd artikel 6 van het M.B. 1 maart 2010 aan te passen waardoor uniform in elk stageplan 6 maand ziekenhuisstage opgelegd wordt (niet minder, niet meer).

De Hoge Raad drong ook aan op communicatie tussen de Werkgroep Huisartsen en de Werkgroep Specialisten teneinde de capaciteit van stageplaatsen in ziekenhuizen beter te kunnen inschatten en op te volgen.

- **Opleidingsovereenkomsten tussen SUivzw en de huisarts in opleiding, tussen SUivzw en de praktijkopleider en tussen de huisarts in opleiding en de praktijkopleider – Huishoudelijk reglement SUivzw (vergadering d.d. 28.04.2016)**

In toepassing van art 8bis van het K.B. 21 april 1983, worden deze documenten door ICHOvzw²¹ voorgelegd.

De Hoge Raad nam kennis van de documenten en wijzigingen. De juridische dienst meldde dat dit federale materie blijft. Het Franstalig coördinatiecentrum meldde dat er geen wijzigingen aan het huishoudelijk reglement en de type contracten werden aangebracht.

²¹ Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding.

8.1.3. Artsen specialisten : «j'ai des petits problèmes dans ma plantation, pourquoi ça pousse pas?»²²

“J'ai des petits problèmes dans ma plantation

Pourquoi ça pousse pas...

J'ai des petits problèmes dans ma plantation

Pourquoi ça pousse pas...

Moi j'ai planté cocos, cocos ça pousse pas

Moi j'ai planté bananes, bananes ça pousse pas

...”

Sinds eind 2014 werden een 22 tal eindadviezen uitgebracht voor de actualisatie van de erkenningscriteria voor diverse medische specialismen.

Uit de stand van zaken als bijlage (datum 23 maart 2017, op een moment dat al 25 eindadviezen werden uitgebracht), blijkt dat slechts 2 adviezen aanleiding gaven tot een Ministerieel besluit: forensische psychiatrie in 2015²³ en dermatologie in 2016²⁴.

Gelukkig heeft de sector niet gewacht op nieuwe criteria: de Belgische gevormde specialisten hebben internationaal een sterke reputatie. De realiteit is dus meer geruststellend dan de regelgeving.

Maar een actualisatie van de officiële erkenningscriteria is meer dan dringend, ondermeer maar niet uitsluitend voor de Belgische geloofwaardigheid in een context van toegenomen (Europese) mobiliteit²⁵.

Anatomopathologen mogen dan wel sinds jaren systematisch grondige vorming in moleculaire biologie krijgen, het M.B. 26 april 1982²⁶ rept er nog met geen woord over.

²² Kana.

²³ M.B. 28 oktober 2015 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de forensische psychiatrie, alsmede van stagemeeesters en stagediensten, *BS* 10 november 2015.

²⁴ 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.

²⁵ De relevantie van de automatische erkenning van beroepskwalificaties louter gebaseerd op minimumduurtijden van bijlage V van de Richtlijn 2005/36/EC wordt meer en meer in vraag gesteld. Richtlijn 2013/55/EU introduceerde de piste van de common training frameworks (Preamble, recital 25), maar de realisatie hiervan ligt nog ver weg. Geen reden dus om te wachten met een actualisatie van de Belgische reglementering.

²⁶ Ministerieel besluit 26 april 1982 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van pathologische anatomie, *BS* 01.07.1982.

De radiologen drongen aan op een snelle publicatie van een nieuw MB ter vervanging van het M.B. 8 december 1980²⁷. Ze wezen erop dat de voorbereiding toen een tiental jaar in beslag genomen had en de voorstellen dateerden van rond 1970. De inhoud van het nog steeds vigerende M.B. 8 december 1980 is dus bijna 50 jaar oud en dat voor een snel evoluerende discipline als radiologie.

Praktisch wordt het steeds moeilijker de oude erkenningscriteria nog echt toe te passen.

Het vele werk van alle deelnemers in de Werkgroepen²⁸ verdient beter. De motivatie zal verminderen en nu reeds ontstaat terughoudendheid om eindcompetenties te gedetailleerd te omschrijven in de voorstellen, omdat een hypothetisch mogelijk nieuw M.B. misschien opnieuw een 30 à 50 tal jaar niet meer zou herzien worden. Voorstellen voor een regelmatige review van alle criteria lijken ver weg van de realiteit.

- **Niveau 3 titels functionele en professionele revalidatie: cardiale, respiratoire en visuele revalidatie**

De Hoge Raad bracht op 10 december 2015 een eerste tussentijds advies uit als antwoord op een adviesaanvraag van Mevr de Minister d.d. 20 april 2015.

Op 28 april 2016 bracht de Hoge Raad bijkomende adviezen uit over specifieke erkenningscriteria voor professionele vorming, stagemeeesters en –diensten voor de drie niveau 3 titels: de respiratoire revalidatie, de cardiale revalidatie en de visuele revalidatie.

Een gestructureerde aanpak van de professionele vorming laat een duurtijd toe van één jaar voltijds of twee jaar halftijds. Overigens geldt – behalve als overgangsmaatregel voor artsen die reeds over een niveau 3 titel beschikken – het principe dat de niveau 3 titel aansluit bij een niveau 2 titel van dezelfde discipline (toegangsvoorwaarde).

Deze verkorting van de vormingsduur en de mogelijkheid te opteren voor een halftijdse vorming (mits de totale duurtijd, de kwaliteit en het behalen van de eindcompetenties gegarandeerd blijft), is belangrijk voor de attractiviteit voor deze beroepstitels waar nood aan bestaat.

Er moesten ook wegens een gebrek aan stagemeeesters in enkele disciplines, specifieke overgangsmaatregelen voorgesteld worden.

Deze diverse disciplines hebben de meerwaarde van functionele en professionele revalidatie opnieuw onderstreept.

Het tussenadvies van december 2015 werd bevestigd, met die verduidelijking dat voor de niveau 2 titel fysische geneeskunde en revalidatie de eindcompetenties voor functionele en

²⁷ M.B. 8 december 1980 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van röntgendiagnose, BS 3 maart 1981.

²⁸ “Gemengde Werkgroepen” in een samenwerking tussen de Hoge Raad en de Nederlands- en Franstalige Erkenningscommissies.

professionele lokomotorische én neurologische revalidatie binnen de herwerkte niveau 2 beroepstitel zouden voorzien worden. Er wordt gewerkt aan een uitgewerkt advies terzake.

Momenteel wordt nog gewerkt aan bijkomende adviezen voor niveau 3 titels specifiek voor de disciplines ORL (neus keel oor), pediatrie en mogelijks ook neurologie. Voor psychiatrie wordt – gezien de aard van de discipline – ernaar gestreefd in toekomstige erkenningscriteria de eindcompetenties functionele en professionele revalidatie ook in de niveau 2 titel te voorzien.

- **Sleep Medicine (vergadering 28 april 2016)**

De Hoge Raad nam kennis van het schrijven van 18.01.2016 van de Belgian Association for sleep research and sleep medicine. Het was niet duidelijk of een niveau 3 beroepstitel dan wel een certificaat voorgesteld werd in dit schrijven. De Hoge Raad verwees het dossier naar de Werkgroep Titels.

- **Forensische psychiatrie (vergadering 26 april 2016)**

De Hoge Raad behandelde de adviesaanvraag d.d. 15 maart 2016 van mevr de Minister, aangaande het M.B. 28 oktober 2015²⁹ dat de criteria bepaalt voor de niveau 3 beroepstitel forensische psychiatrie.

De Minister stelde voor een deeltijdse vorming mogelijk te maken, zij het minimaal 50%. De Hoge Raad verwees naar het advies d.d. 9 oktober 2014 waar hiervoor gepleit werd gezien het een niveau 3 titel betreft en de attractiviteit voor deze discipline moet gestimuleerd worden. De Hoge Raad geeft over de deeltijdse vorming opnieuw positief advies. De Richtlijn 2005/36/EC, art 22 voorziet dat lidstaten van het principe van deeltijdse vorming kunnen afwijken mits de totale duurtijd van vorming (die dus proportioneel verlengd wordt), het niveau en de kwaliteit van de vorming dezelfde zijn als bij voltijdse training. Dezelfde eindcompetenties moeten dus gehaald worden.

De Minister meldde de wenselijkheid om artikel 6, 7 en 10 van het M.B. 28 oktober 2015 te expliciteren. Artikel 6 betreft de criteria voor de stagemeeesters, art 7 de criteria voor de stagediensten en art 10 de overgangsmaatregelen voor de anciënniteit van de stagemeeester.

De Hoge raad wees in het advies van 9 oktober 2014 op het belang van een grote diversiteit aan stageplaatsen.

Deze stageplaatsen vinden in belangrijke mate extramuraal plaats, waarbij zal moeten kunnen afgeweken worden van artikel 10 van het M.B. 23.04.2014 (transversale criteria).

Deze grote diversiteit aan types stageplaatsen mag evenwel de consistentie en coherentie van de professionele vorming niet bedreigen of een té eenzijdige vorming mogelijk maken.

Het is dan ook aangewezen art 7 betreffende de stagediensten te verduidelijken door een multidisciplinair team als criterium toe te voegen. De diversiteit aan stageplaatsen kan

²⁹ M.B. 28 oktober 2015 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten houders van de bijzondere beroepstitel in de forensische psychiatrie, alsmede van stagemeeesters en stagediensten, BS 10 november 2015.

gecombineerd worden met coherentie van de vorming, door overeenkomsten te vereisen tussen de erkende stagedienst en de diverse erkende stagemeesters. Deze overeenkomsten betreffen de eindcompetenties, de supervisie en de modaliteiten van de stages.

De Hoge Raad keurde in consensus deze voorstellen goed, maar adviseerde bijkomend dat verduidelijking wenselijk is rond het moeilijk verstaanbare artikel 9.

Daarnaast wordt best een termijn opgelegd wordt na publicatie van het M.B. waarbinnen een arts op de overgangsmaatregelen wegens algemene bekendheid als bijzonder bekwaam, moet voldoen (artikel 8).

De anciënniteit van de stagemeesters in de pas gecreëerde niveau 3 titel (vijf jaar anciënniteit) kan ten vroegste behaald worden 5 jaar na de eerste nog toe te kennen erkenningen. De anciënniteit kan dus ten vroegste vereist worden binnen een 5 à 6 jaar. Een en ander zal duidelijker worden bij de eerste behandelingen van erkenningsaanvragen op basis van algemene bekendheid en op basis van het aantal kandidaten dat de vorming start.

- **Psychiatrie (vergadering 23 juni 2016)**

De Hoge Raad behandelde op 23 juni 2016 de adviesaanvraag van mevr. de Minister d.d. 7 maart 2016 aangaande de wenselijke herziening van de erkenningscriteria van het M.B. 3 januari 2002³⁰ voor artsen-specialisten in de volwassenpsychiatrie en voor artsen specialisten in de kind- en jeugdpsychiatrie.

Een aanpassing van het M.B. 3 januari 2002 werd sinds geruime tijd voorbereid in werkgroepen van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen .

De volwassenpsychiaters en kinderpsychiaters konden evenwel geen consensus vinden rond één gezamenlijk voorstel.

Uiteindelijk moest vergaderd worden in aparte werkgroepen waarbinnen respectievelijk de kinder/jeugdpsychiaters en de volwassenpsychiaters elk een eigen ontwerp-advies ontwikkelden.

De kinder-jeugdpsychiaters wijzen op de specifieke kenmerken van hun discipline (patiënt, ziektebeelden, context, benadering, diagnostisch-therapeutisch instrumentarium, netwerkpartners, juridische context...) en stellen een eigen³¹ niveau 2 titel voor, die de huidige niveau 3 titel overbodig maakt. Ze wijzen erop dat de meeste lidstaten van de EU ook de kinderpsychiatrie als bijlage V titel van de EU Richtlijn beroepskwalificaties notifieerden. Tenslotte zou deze optie de voortzetting betreffen van wat in realiteit reeds gebeurt in een specifiek vormingstraject.

³⁰ M.B. 3 januari 2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de volwassenpsychiatrie en van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de kinder- en jeugdpsychiatrie, BS 21 februari 2002.

³¹ In dit voorstel zouden dus twee aparte niveau 2 titels ontstaan: de niveau 2 titel kind-jeugdpsychiatrie en de niveau 2 titel volwassenpsychiatrie.

De volwassenpsychiaters stellen voor om in de toekomst slechts één niveau 2 titel “psychiatrie” te voorzien. Ze verwijzen naar Nederland dat slechts over één titel beschikt en naar Frankrijk waar men eerst psychiater moet worden vooraleer de specialisatie kinderpsychiatrie kan behaald worden. Binnen één vormingstraject voor één titel kan volgens dit voorstel een hoogkwalitatieve opleiding beter gegarandeerd worden. Psychiatrie is een longitudinale discipline, een continuum over de leeftijden heen qua problematiek (ter vergadering werd een uitzondering gemeld voor de leeftijd van 0 tot 14 jaar en de gerontopsychiatrie). Er wordt verwezen naar internationale classificatiesystemen waar de indeling op basis van leeftijd minder centraal zou staan.

Het voorstel van de volwassenpsychiaters voorziet binnen de ene niveau 2 titel drie mogelijke aandachtsgebieden die door de kandidaten kunnen gekozen worden: “kinder- en jeugd” ; “adolescenten en volwassenen” en tenslotte “volwassen & ouderen”.

De Hoge Raad besliste tijdens zijn vergadering d.d. 23 juni 2016 in consensus om aan de Minister volgend eindadvies over te maken:

- Een keuze voor 2 aparte niveau 2 titels enerzijds “kinder/jeugd” en anderzijds “volwassenen”.

De huidige niveau 3 titels zouden dus vervallen en art 2 bis van het K.B. 25 november 1991³², wordt overbodig. Overigens zou dit artikel voor beroepstitels die genotifieerd werden en opgenomen zijn in bijlage V van de Richtlijn 2005/36/EC³³ in conflict komen met artikel 25, 3 a van de Richtlijn. Het mechanisme voor andere titels (niet bijlage V titels) zal op zijn opportuniteit moeten onderzocht worden.

- De revalidatie en de psychotherapie behoren tot de eindcompetenties van beide professionele vormingen. Het zijn behandelingsmodaliteiten, die niet in de naam van de beroepstitel moeten voorkomen.

Beide titels worden dan : “Kinder- en jeugdpsychiatrie” en “Volwassenpsychiatrie”

- Beide niveau 2 titels voorzien in hun vormingstraject voldoende contact met de “zusterdiscipline”. Er moet dan ook geen formele *truncus communis* voorzien worden.

De Hoge Raad verwees naar punt V.3.3 in het document kinder/jeugdpsychiatrie waar (minimaal) één jaar stage in een erkende dienst volwassenpsychiatrie gelopen wordt.

In punt IV.2.4 van het ander document (Psychiatrie) worden 12 maand stage in volwassenpsychiatrie, 6 maand stage in kinderpsychiatrie en 6 maand stage in de ouderenpsychiatrie als minima voorzien.

Beide voorstellen voorzien rotatiestages (V.3.6 document kinder/jeugdpsychiatrie; IV.2.9 document Psychiatrie) in disciplines zoals neurologie, pediatrie en de kinder/jeugdpsychiaters

³² K.B. 25 november 1991 houdende lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, *BS* 14 maart 1992, err., *BS* 24 april 1992.

³³ RICHTLIJN 2005/36/EG VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties ([Voor de EER relevante tekst](#)) (PB L 255 van 30.9.2005, blz. 22).

vermelden ook volwassenpsychiatrie als een mogelijke rotatiestage (die dan bovenop het jaar vermeld in punt V.3.3 kan komen).

Een en ander faciliteert mogelijks ook een vlottere overgang indien een kandidaat in opleiding zou willen overstappen naar de andere discipline (kind/jeugd naar volwassenen of vice versa)

- Tijdens de vergadering werd ook opgemerkt dat bij het voorzien van twee niveau 2 titels, deze ook kunnen gecumuleerd worden door een arts.

Art. 25, 3 a van de Richtlijn 2005/36/EC zal dan wel moeten gerespecteerd worden gezien het bijlage V titels betreft: voor de tweede beroepskwalificatie zullen de vrijstellingen niet meer kunnen zijn dan de helft van de opleidingsduur van de tweede titel.

- Voor de geronto-psychiatrie kan later onderzocht worden of eventueel een niveau 3 titel opportuun zou zijn. De prioriteit moet nu evenwel gegeven worden aan de nieuwe criteria voor beide nieuwe niveau 2 titels.

De Hoge Raad besliste de ontvangen ontwerp-adviezen van beide hierboven vermelde Werkgroepen aan de Minister over te maken als bijlage 1 en 2. Het advies van de Hoge Raad veronderstelt dat deze ontwerp-adviezen aangepast worden met bovenstaande opmerkingen van de Hoge Raad.

Tenslotte kondigt de Hoge Raad ook een nieuw initiatief aan inzake een advies voor het invoeren van een mechanisme “licence to practice” (toelating tot beroepsuitoefening, autorisation à pratiquer) dat voor de toekomst het mechanisme van behoud/intrekking van erkenning zou moeten voorvragen. We verwijzen naar het advies van de Hoge Raad d.d. 25 juni 2015 naar aanleiding van uw adviesaanvraag d.d. 28 mei 2015.

In het templaat voor het ontwikkelen van nieuwe erkenningscriteria, is een luik “licence to practice” voorzien. Gezien dit de beroepsuitoefening betreft en een gezamenlijke aanpak wenselijk is voor alle disciplines, besliste de Hoge Raad dat abstractie kan gemaakt worden van dit luikje in de ontwerp adviezen gezien terzake een meer gedetailleerd advies van de Hoge Raad zal ontwikkeld worden.

- **Inwendige geneeskunde (vergadering d.d.23 juni 2016): truncus communis & niveau 2 titels endocrinologie, reumatologie en pneumologie**

Tijdens de vergadering van 23 juni 2016, bracht de plenaire vergadering van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen, een eindadvies uit over de Truncus communis inwendige geneeskunde en over de voorgestelde niveau 2 titels endocrinologie, reumatologie en pneumologie.

Er volgen in de toekomst nog adviezen voor de andere internistische disciplines: algemene inwendige geneeskunde; nefrologie; hematologie; gastro-enterologie; cardiologie; oncologie en geriatrie.

De 10 disciplines inwendige geneeskunde kwamen in consensus overeen een nieuw vormingstraject van zes jaar te organiseren.

Pas in het derde jaar van een gemeenschappelijke truncus communis, wordt bepaald welke concrete hogere opleiding de kandidaat zal volgen..

Dit heeft het voordeel dat de kandidaat eerder kon kennis maken met meerdere disciplines. Maar er kan ook rekening gehouden worden met de evaluerende vraag naar bepaalde specialismen.

Het stageplan wordt initieel nog opgemaakt voor 6 jaar (zij het met een nog niet geconcretiseerde hogere opleiding) om een kandidaat met voldoende progressie en positieve evaluaties de nodige zekerheid te geven dat hij/zij hoe dan ook één van de verschillende disciplines zal kunnen volgen.

In de huidige bestaande toestand, worden heel frequent wijzigingen doorgevoerd aan stageplannen. Het nieuwe voorstel vermijdt dit door gewoon de hogere opleiding pas later in te vullen.

Voor momenteel bestaande niveau 3 titels zoals endocrinologie, hematologie en nefrologie wordt nu geopteerd voor niveau 2 titels zoals voor de andere 7 disciplines.

Hierdoor kan België passend de titels notifiëren onder bijlage V van de Europese Richtlijn 2005/36/EC³⁴.

Het (oude) vigerende M.B. 9 maart 1979³⁵ is aan verandering toe. Vooral in Vlaanderen stelt een tekort aan algemeen internisten problemen om aan de criteria te voldoen.

De ontwerp adviezen houden hiermee rekening en de truncus communis voorziet dat de stagemester voor de truncus communis ook onder bepaalde voorwaarden een specialist van één van de andere 9 disciplines kan zijn. De coördinerend stagemester moet evenwel een algemeen internist zijn.

U vindt als bijlage 1-3 de adviezen met de gedetailleerde voorstellen van erkenningscriteria (eindcompetenties, vormingstraject, stagemesters en –diensten) voor de truncus communis, de endocrinologie, de reumatologie en de pneumologie.

De Hoge Raad gaf hierover op 23 juni 2016 een positief eindadvies, mits volgende opmerkingen:

De Hoge Raad kondigt een nieuw initiatief aan inzake een advies voor het invoeren van een mechanisme “licence to practice” (toelating tot beroepsuitoefening, autorisation à pratiquer) dat voor de toekomst het mechanisme van behoud/intrekking van erkenning zou moeten

³⁴ RICHTLIJN 2005/36/EG VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties ([Voor de EER relevante tekst](#)) (PB L 255 van 30.9.2005, blz. 22).

³⁵ M.B. 9 maart 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemesters en stagediensten voor de specialiteiten van inwendige geneeskunde, pneumologie, gatsro-enterologie, cardiologie en reumatologie, BS 15 maart 1979.

voorvragen. We verwijzen naar het advies van de Hoge Raad d.d. 25 juni 2015 naar aanleiding van uw adviesaanvraag d.d. 28 mei 2015.

In het templaat voor het ontwikkelen van nieuwe erkenningscriteria, is een luik “licence to practice” voorzien. Gezien dit de beroepsuitoefening betreft en een gezamenlijke aanpak wenselijk is voor alle disciplines, besliste de Hoge Raad dat abstractie kan gemaakt worden van dit luikje in de ontwerp adviezen gezien terzake een meer gedetailleerd advies van de Hoge Raad zal ontwikkeld worden.

Overeenkomstig Hoofdstuk III van het KB 21 april 1983³⁶ is het de kandidaat die zijn stageplan moet indienen bij de bevoegde minister. In bijgaande teksten wordt per vergissing soms vermeld dat de coördinerende stagemester deze plannen opmaakt en goedkeurt.

Het M.B. 23.04.2014³⁷ bepaalt de transversale criteria. Soms is het nuttig dat gezien de specificiteit van een bepaalde discipline voor bepaalde criteria hiervan kan afgeweken worden in een specifiek M.B.

Dit mag evenwel niet de regel worden en bijvoorbeeld inzake de vereisten qua wetenschappelijke publicaties, blijven de criteria best beperkt tot die van het transversaal M.B.

De rotatiestages die overeenkomstig artikel 13 van het M.B. 23.04.2014 in erkende stagediensten van andere disciplines kunnen plaatsvinden (maximum 1 jaar) worden best beperkt gehouden mede om een zekere uniformiteit van het vormingstraject van de truncus communis te garanderen. Een stage in de huisartsgeneeskunde kan evenwel een nuttige rotatiestage zijn gezien de frequente interacties tussen de betrokken disciplines. Hetzelfde geldt voor de neurologie.

- **M.B. 13 september 2016³⁸ tot wijziging van het M.B. 23.04.2014 (transversale criteria)**

De Hoge Raad onderzocht de wijzigingen aan het M.B. 23.04.2014 in het licht van de eerdere adviezen van juni en oktober 2015.

Er werd beslist volgende elementen verder op te volgen:

- een duidelijk standpunt van de Werkgroep Specialisten aangaande de “specifieke stages” artikel 12 van het aangepaste M.B. 23.04.2014. De Hoge Raad waarschuwde eerder voor het gevaar van een parallel circuit en verwees naar de vereisten van de Europese Richtlijn 2005/36/EC aangaande de erkenning van plaatsen waar stage gelopen wordt. De aanpassing van art. 12 van het M.B. 23.04.2014 impliceert het geven van nog meer garanties rond deze specifieke stages. De Werkgroep specialisten bereidt best een standpunt voor op welke wijze dit best gebeurt.

³⁶ K.B. 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen, *BS* 27 april 1983.

³⁷ M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemesters en stagediensten, *BS* 27 mei 2014.

³⁸ M.B. 13 september 2016 tot wijziging van het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemesters en stagediensten, *BS* 19.09.2016.

- de nu in de reglementering geëxpliciteerde jaarlijkse vorming van de stagemeeester, met inbegrip van de evaluatie van de kandidaten en ingericht door wetenschappelijke of beroepsverenigingen of universiteiten (het aangepaste art 23).

Er werd opgemerkt dat het eerder erratum aan art. 10 niet gevolgd werd door een niet betwistbare wijziging van het M.B.

- **Anatomopathologie (vergadering 27 oktober 2016)**

De vigerende erkenningscriteria voor artsen-specialisten, stagemeeesters en –diensten voor pathologische anatomie, dateren al van 1982³⁹. De Hoge raad van artsen specialisten en van huisartsen , bracht op 27 oktober 2016 een eindadvies uit op basis van een voorstel van een interne werkgroep, dat licht werd aangepast.

Anatomopathologie blijft de gouden standaard voor de diagnostiek en de communicatieve rol van de anatomopatholoog in multidisciplinaire samenwerking is steeds belangrijker geworden. Andere evoluties waren de toenemende automatisering, de digitale anatomopathologie die de microscoop wat verdrong en de introductie van telemedicines. De moleculaire biologie werd cruciaal. Het advies benadrukt de nodige blijvende aandacht voor te ontwikkelen kennis en kunde op het vlak van autopsies.

Uit de demografische analyse van de verouderende populatie anatomopathologen, volgt dat een hoger aantal kandidaten voor professionele vorming wenselijk zal zijn.

Voor de eindcompetenties, worden 21 domeinen op basis van pathologie vastgelegd. Er wordt hierbij een niet dwingende hiërarchie qua te bereiken kennis en kunde voorgesteld: niveau A (grondige kennis en ervaring voor frequente en eenvoudige diagnostieken), niveau B (kennis en kunde voor complexere en minder frequente pathologieën) en het niveau C voor heel complexe en zeldzame diagnostieken die al een specifieke expertise en meestal een bijkomende vorming veronderstellen.

Er werden ook minimale kwantitatieve criteria opgenomen, te behalen over 5 jaar professionele vorming.

Het vormingstraject bestaat uit een brede professionele vorming tijdens de eerste twee jaar (niveau A kennis en kunde). Hierna gebeurt een evaluatie door middel van een theoretisch en praktisch examen (met inbegrip van de evaluatie van de gerealiseerde activiteit). Op het einde van de 5 jaar professionele vorming, wordt de formele paritaire eindexamen zoals voorzien in het M.B. 23.04.2014 geconcretiseerd onder vorm van een eindexamen.

³⁹ Ministerieel besluit 26 april 1982 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van pathologische anatomie, BS 01.07.1982.

De criteria voor de stagemeeester bepalen dat er minstens één voltijds arts specialist (die voldoet aan de criteria van het MB 23.04.2014⁴⁰) behoort tot het stageteam. Het aantal voltijdse equivalenten van het stageteam moet gelijk zijn aan het aantal kandidaat-specialisten plus 1.

De criteria voor de stagediensten beperken de extramurale en rotatiestages tot respectievelijk maximaal 1 jaar en 6 maand. Wegens de bestaande toestand van een zeer beperkt aantal niet-universitaire stagediensten, zijn overgangsmatregelen nodig vooraleer de bepalingen van art 10 van het M.B. 24.04.2014 kunnen toegepast worden (proporties niet universitaire en universitaire stages).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een stagedienst die alle modules van de vorming kan aanbieden en partiële stagediensten:

De labs waar stage gelopen wordt, moeten erkend en geaccrediteerd zijn, waarbij de Hoge Raad verduidelijkt dat met “accreditatie” bedoeld wordt de kwaliteitsborging zoals bedoeld in het erkenningsbesluit voor labs anatomopathologie⁴¹.

De Hoge Raad benadrukte tenslotte nog de wenselijkheid van een evolutie naar medisch-technische platforms waar anatomopathologen en klinisch biologen samenwerken, ondermeer wat betreft klinische biologie en genetica.

Deze evolutie past in het overheidsbeleid van efficiënt gebruik van de middelen.

Het is mogelijk dat in de toekomst wegens de hoge complexiteitsgraad qua diagnose in bepaalde domeinen (bv de neuropathologie en de hematopathologie), een niveau 3 titel ter erkenning van bijkomende vorming zou kunnen aangewezen zijn. Dit zal evenwel later ten gepaste tijde geëvalueerd worden.

Gezien de nog vigerende erkenningscriteria dateren van 1982 voor de in dit advies besproken niveau 2 titel, geen rekening konden houden met alle evoluties sindsdien noch met de voorspelde uitdagingen, hoopt de Hoge Raad op een snelle invoering van nieuwe erkenningscriteria niveau 2 titel anatomopathologie.

- **Radiologie (27 oktober 2016)**

De Hoge raad van artsen specialisten en van huisartsen , bracht op 27 oktober 2016 een eindadvies uit over de erkenningscriteria radiologie (niveau 2 titel) , op basis van een voorstel van een interne werkgroep, dat licht werd aangepast.

⁴⁰ M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, *BS* 27 mei 2014.

⁴¹ Het nationaal extern kwaliteitsevaluatieprogramma Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid, artt 30-34, K.B. 5 december 2011 betreffende de erkenning van de laboratoria voor pathologische anatomie door de Minister wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, *BS* 13 februari 2012.

Het vigerend M.B. met de erkenningscriteria radiologie⁴², dateert reeds van 1980, zijnde 36 jaar geleden voor een discipline waar de technische evolutie indrukwekkend was. Overigens werd het M.B. 8.12.1980 een tiental jaar eerder voorbereid vooraleer het gepubliceerd werd. Er is nood een dringende publicatie van de nieuwe erkenningscriteria. Dit vereiste om een logische complementaire niveau 3 titel (neurovasculaire) interventionele radiologie verder te ontwikkelen.

Het advies stelt voor de vroeger aan de EU Commissie genotifieerde titel “radiodiagnostic/röntgendiagnose” te vervangen door “radiologie”, onder dezelfde tabel van bijlage V van de Richtlijn 2005/36/EC (“Diagnostic radiology”). Dit past in een duidelijke internationale evolutie van naamgeving voor deze beroepskwalificatie.

In het advies wordt ondermeer gewezen op de vooral in het Franstalig landsgedeelte ouder wordende populatie artsen-radiologen en het effect van de combinatie van vervrouwelijking van het beroep en de noodzakelijke strikte radioprotectie.

De brede te behalen competenties worden toegelicht. Tijdens het eerste jaar moet grondige kennis opgedaan worden over de verschillende beeldvormingsonderzoeken, de guidelines (indicaties) en van de belangrijkste urgente pathologieën. De basisvorming bevat eveneens technologische elementen en hun fysische aspecten, radioprotectie, farmacologie, contrastmiddelen.

Meer specifieke eindcompetenties worden verdeeld over 10 modules tijdens de professionele vorming van de niveau 2 titel,. Tijdens de eerste 3 jaar vorming, moeten de eerste 6 modules gevolgd worden. De 2 laatste vormingsjaren worden gebruikt om vooreerst de resterende modules te volgen en daarbij een keuze te maken tussen hetzij 8 modules van 3 maand of 6 modules (4 van 3 maand en 2 van 6 maand wat een oriënterende ervaring met subspecialisatie reeds mogelijk maakt zonder de wenselijke brede vorming van de niveau 2 titel in vraag te stellen).

De eindcompetenties bevatten ook grondige kennis van de anatomie, de pathologische anatomie en van de fysiopathologie in het kader van de klinische radiologie. Een epidemiologische kennis in verband met screening, moet eveneens verworden worden. De CanMeds rollen , ondermeer als arts, wetenschapper, manager en teamspeler werden opgenomen in het ontwerp advies. In dit verband wordt het partnership met nucleaire geneeskunde vermeld.

De criteria van de stagediensten vermelden de vereiste van een evoluerende aangepaste technologische uitrusting, voldoende personeel, samenwerking met inwendige geneeskunde en heelkunde en een kwaliteitssysteem. Er worden minstens 15.000 radiologische onderzoeken uitgevoerd per jaar, die integraal binnen de stagedienst en door het team van de stagemester zijn geprotocolleerd. Dit veronderstelt sterk uitgebouwde diensten inwendige geneeskunde en heelkunde in het ziekenhuis.

⁴² M.B. 8 december 1980 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemesters en stagediensten voor de specialiteit van röntgendiagnose, BS 3 maart 1981.

Er worden hoge eisen gesteld aan de samenstelling van het stageteam: minimaal 4 voltijdsequivalenten (1 VTE = 8/10) voor één kandidaat. Per bijkomende kandidaat, moet een bijkomend voltijds (8/10) equivalent staflid aanwezig zijn in het team. De stagedienst beschikt over een kwaliteits- en veiligheidssysteem, ondermeer maar niet uitsluitend in verband met radioprotectie.

Als overgangsmaatregel wordt voorgesteld dat de artsen die over de (oude) beroepstitel “radiodiagnostiek” beschikken, deze hetzij kunnen houden hetzij kunnen omzetten tot de nieuwe titel “radiologie”.

Tenslotte was de Hoge Raad verheugd te vernemen dat er meer en meer samenwerking en overleg (bv aangaande guidelines) gebeurt met de artsen nucleaire geneeskunde. Er werd gewezen op de hybride technologie (PET-CT, PET-NMR ...) en op de voorgestelde definitie voor de discipline radiologie, waar nucleaire geneeskunde ook zou kunnen onder horen.

Er valt evenwel geen tijd meer te verliezen met de actualisatie van de erkenningscriteria radiologie: ze dateren reeds van 1980 en de actualisatie is dringend nodig om een advies voor de niveau 3 titel interventionele radiologie (waaronder neurovasculaire interventies) complementair te ontwikkelen.

De Hoge Raad gaf dan ook een positief advies en onderstreepte het dringend karakter van de vervanging van de totaal verouderde erkenningsnormen uit het M.B. 8.12.1980.

- **Stomatologie – maxillofaciale heelkunde (27 oktober 2016)**

In 2016 werd een werkgroep opgestart die een voorstel ontwikkelt tot herziening van de erkenningscriteria voor het behalen van stomatologie –maxillo-faciale heelkunde.

Nu reeds en ook in de toekomst, moet een kandidaat reeds een diploma geneeskunde en tandheelkunde hebben behaald voor het aanvangen van de professionele vorming van 4 jaar.

Zowel voor tandartsen die het diploma arts willen behalen als voor artsen die het diploma tandheelkunde willen behalen, blijkt het parcours meer en meer bemoeilijkt te worden. Spontaan gegroeide toestanden of moeilijke communicaties tussen Faculteiten tandheelkunde en geneeskunde van al dan niet verschillende universiteiten, leiden tot een onvoorspelbare variatie.

Het behalen van beide diploma's, zou nooit méér dan 9 jaar mogen bedragen, gevolgd door de professionele vorming van 4 jaar. Dit kan een dwingende regeling vereisen.

Er is dringend nood aan overleg tussen faculteiten tandheelkunde en faculteiten geneeskunde van de verschillende universiteiten. Er moeten faciliteiten en redelijke vrijstellingen voor de transitie tussen de opleiding arts en tandarts (en vice versa) voorzien worden.

Zoniet zullen Belgische studenten een niet meer verdedigbaar lang parcours moeten volgen van méér dan 13 jaar). Dit leidt tot tekorten en tot het aantrekken van buitenlandse stomatologen-maxillofaciaal chirurgen, waarbij mogelijks problemen gecreëerd worden in het buitenland.

De Hoge Raad uit zijn grote bezorgdheid voor deze problematiek en adviseert aan mevr. de Minister dringend overleg te organiseren met de gefedereerde entiteiten en de Faculiteiten geneeskunde en tandheelkunde en hierbij zowel de Raad van de Tandheelkunde als de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen bij de betrekken.

- **Handboek en templaat voor de ontwikkeling van nieuwe erkenningsnormen**

Op 27.10.2016 nam de Hoge Raad kennis van het geactualiseerde handboek en templaat voor de ontwikkeling van nieuwe erkenningsnormen. Hiermee wordt een zekere uniformiteit nagestreefd wat de uitwerking in regelgeving tevens vergemakkelijkt.

In het handboek zijn ook criteria opgenomen ter evaluatie van de proportionaliteit van invoeren van nieuwe kwalificaties. Een en ander zal uiteraard later aangepast worden rekening houdend met de aangekondigde “proportionality Directive”.

- **Niet-heelkundige esthetische geneeskunde (vergadering 15.12.2016)**

De Hoge Raad antwoordde op 15 december 2016 op de adviesaanvraag van mevr de Minister d.d. 5 augustus 2016 aangaande de door de Wet van 23 mei 2013⁴³ gecreëerde beroepstitel niet heelkundige esthetische geneeskunde.

Binnen de schoot van de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen werd een Werkgroep opgericht die een ontwerp-advies voorlegde aan de Hoge Raad, die op 15 december 2016 uitgaande van dit ontwerp advies een eindadvies formuleerde met bijkomende overwegingen.

Kwaliteit en veiligheid moeten centraal staan en het voorstel voorziet een brede multidisciplinaire vorming met aandacht voor ethiek, deontologie, (verzwaarde informed consent), kennis van producten, indicaties en tegenindicaties. De centrale rol van erkende stagediensten in dermatologie, endocrinologie, plastische heelkunde en vasculaire chirurgie kan hierbij nuttig zijn. Zo kan de stage in een erkende stagedienst endocrinologie ervoor zorgen dat bepaalde activiteiten rond veroudering en rond nutritie geobjectiveerd worden. Heel dikwijls gaat het om totaal niet evidence based praktijken.

De plenaire vergadering van de Hoge Raad d.d. 15.12.2016 oordeelde wel dat de voorgestelde duurtijd van de praktische vorming (4 jaar voor een niveau 3 titel, volgend op een niveau 2 titel) te lang lijkt. De voorgestelde stages in erkende stagediensten dermatologie, endocrinologie, plastische chirurgie en vasculaire chirurgie zouden bijvoorbeeld kunnen teruggebracht worden tot elk 3 maand in plaats van de voorziene 6 maand

De stages op de vermelde erkende stagediensten zullen in hoofdzaak observatiestages zijn, zeker in de vermelde heelkundige diensten gezien het een beroepskwalificatie “niet heelkundige” esthetische geneeskunde betreft.

⁴³ 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, *BS* 2 juli 2013 (ed. 1).

De plenaire vergadering waarschuwde ervoor dat kandidaten niet gemakkelijk stageplaatsen zullen vinden voor een zestal maand stage.

De Wet 23 mei 2013 koos voor een niveau 2 titel. Het voorliggend advies – behalve wat betreft heel tijdelijke overgangsmaatregelen – geeft de voorkeur aan een niveau 3 titel op basis van volgende argumenten:

- het curatieve kan niet afgescheiden worden van het esthetische in de benadering van de patiënt
- het vormingstraject wordt beter realiseerbaar (vinden van stageplaatsen)
- de mobiliteit binnen de EU kan dan vlotter gewaarborgd worden op basis van een niveau 2 titel (deel uitmakend bijlage V Richtlijn 2005/36/EC) waarover de kandidaat reeds beschikt.
- Het MB 23.04.2014⁴⁴ transversale criteria voorziet meer flexibiliteit voor niveau 3 titels (art 10 proporties universitair – niet universitair; buitenlandse stages).

De recente wijzigingen⁴⁵ aan het M.B. 23.04.2014 sloten –waarschijnlijk per accident – de niveau 3 titels evenwel uit van het volledig artikel 11, ook van de kwalitatieve garanties voorzien in § 3. Dit kan zeker niet de bedoeling zijn en het ontwerp advies moet dan ook gelezen worden met de veronderstelling dat de kwalitatieve garanties van §3 in het specifiek besluit worden overgenomen.

Het advies pleit ervoor om de onduidelijkheid sinds de arresten van het Grondwettelijk Hof om veiligheidsredenen op te lossen door duidelijk de laserbehandelingen (klasse III en IV) en de intense pulsed light therapiën om veiligheidsredenen duidelijk als vallende onder de Wet 23 mei 2013 te (her)bevestigen.

- **Oprichting werkgroep “farmaceutische geneeskunde – klinische farmacologie”**
(vergadering 15 december 2016)

Deze materie werd eerder onderzocht door de Werkgroep Titels.

Er kan onderzocht worden of een gezamenlijk traject zou kunnen ontwikkeld worden in een ontwerp-advies voor klinische farmacologie (titel bijlage V Richtlijn 2005/36/EC) én farmaceutische geneeskunde. Het activiteitsprofiel verschilt wel, maar ze zijn gezamenlijke theoretische en praktische leerdoelstellingen en de kennis van beide werelden (medische praktijk voornamelijk in ziekenhuizen en de farmaceutische wereld) kan verrijkend zijn.

De Hoge Raad gaat akkoord met de oprichting van een specifieke werkgroep met enerzijds experts en anderzijds geïnteresseerde leden van de Hoge Raad die daartoe uitgenodigd

⁴⁴ M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, *BS* 27 mei 2014.

⁴⁵ M.B. 13 september 2016 tot wijziging van het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, *BS* 19.09.2016.

worden. Het gaat om een eventueel nieuwe beroepstitel waarvoor nog geen Erkenningscommissies bestaan waarvan een delegatie zou kunnen deelnemen.

8.2. Erkenning van de stagediensten en stagemeeesters

De werkgroepen « Specialisten » en « Huisartsen » onderzoeken de individuele aanvragen en formuleren hun adviezen.

We onderscheiden de nieuwe aanvragen om de erkenning te verkrijgen, en de aanvragen tot hernieuwing om de erkenning te verlengen⁴⁶.

De werkgroepen kunnen:

- ofwel onmiddellijk een al dan niet positief advies uitbrengen;
- ofwel bijkomende informatie vragen;
- ofwel de kandidaat oproepen.

Zodra het advies geformuleerd is, keurt de Hoge Raad het goed tijdens de plenaire vergadering. De kandidaat-stagemeester kan in toepassing van artikel 38 van het koninklijk besluit van 21 april 1983 een nota naar de Minister zenden⁴⁷. In geval van een negatief advies kan de kandidaat-stagemeester beroep aantekenen.

In 2016, hebben de werkgroepen een totaal van 268 dossiers van stagemeeesters specialisten geanalyseerd, 728 dossiers van stagemeeesters in de huisartsgeneeskunde en 50 dossiers van specialisten voor de opleiding van huisartsen.

Onder deze 1046 behandelde dossiers, talrijk zijn deze die een positief advies gekregen hebben van de werkgroep bevestigd in plenaire zitting. De tabellen hieronder bevatten de aantallen en de soorten adviezen⁴⁸.

⁴⁶ Volgens artikel 39 §2 en §3 van het koninklijk besluit van 21 april 1983 kan de erkenning verlengd worden voor een periode van 5 jaar indien de aanvraag 6 maanden vóór het verstrijken van de termijn ingediend is. Maar veel aanvragen tot hernieuwing werden ingediend buiten de wettelijke termijnen. Ze zijn dus als nieuwe dossiers opgenomen in de tabel hierboven.

⁴⁷ Art. 38. § 2. De belanghebbende kan, binnen een termijn van dertig dagen na ontvangst van het advies, aan de Minister een nota laten worden met zijn met redenen omklede opmerkingen. Indien de belanghebbende binnen die termijn aan de Minister een nota laat worden met zijn met redenen omklede opmerkingen, zendt de Minister deze nota voor advies naar de Hoge Raad. De Hoge Raad spreekt zich uit binnen dertig dagen na ontvangst van deze nota, volgens de procedurevoorschriften van artikel 37. Zijn met redenen omkleed advies over deze nota wordt medegedeeld aan de belanghebbende en aan de Minister. Na ontvangst van dit advies neemt de Minister een beslissing.

⁴⁸ Bron: kadaster van de gezondheidszorgberoepen. Definitief advies uitgebracht tussen 1 januari en 31 december 2015 of statuut « in behandeling » op 31 december 2015.

Advies van de werkgroep huisartsen over de aanvragen tot erkenning als stagemeeester in de huisartsgeneeskunde

	Negatief advies	Positief advies
Soort dossier huisartsen	Aantal	Aantal
Erkenning voor stagemeeester huisarts in zijn praktijk	0	413
Erkenning van een stagedienst in de huisartsgeneeskunde	0	37
Hernieuwing van de erkenning voor stagemeeester huisarts in zijn praktijk	0	315
Hernieuwing van de erkenning van een stagedienst in de huisartsgeneeskunde	0	13

Totaal van de uitgebrachte adviezen voor 2016: 778.

Advies van de werkgroep geneesheren-specialisten over de aanvragen tot erkenning als stagemeeester

	Negatief advies	Positief advies
Soort dossier geneesheren-specialisten	Aantal	Aantal
Erkenning voor stagemeeester specialiteit/bijzondere bekwaamheid in de geneeskunde	4	209
Hernieuwing van de erkenning voor stagemeeester specialiteit/bijzondere bekwaamheid in de geneeskunde	0	34

Totaal van de uitgebrachte adviezen voor 2016: 247.

Uitgebrachte adviezen voor de aanstelling van een tijdelijke verantwoordelijke voor de opleiding in toepassing van artikel 42 van het koninklijk besluit van 21 april 1983⁴⁹: 7.

⁴⁹ Art. 42. § 1. In geval van overlijden van de stagemeeester, wanneer de stagemeeester niet langer de verleende erkenning geniet of wanneer hij zijn ambt van stagemeeester niet kan vervullen en niet wordt verwacht dat hij het binnen een termijn van drie maanden terug zal kunnen uitoefenen, wordt een verantwoordelijke voor de opleiding voorlopig erkend door de Hoge Raad, ten einde de betrokken kandidaten toe te laten hun opleiding voort te zetten. Die erkenning kan verleend worden met afwijking van de erkenningscriteria en van de bepalingen van dit hoofdstuk.

Zij loopt ten einde, naar gelang van het geval, op het ogenblik dat de stagemeeester wordt vervangen of dat de stagemeeester zijn ambt opnieuw waarneemt.

Stand van zaken d.d. 28.03.2017 : Specifieke erkenningscriteria artsen-specialisten, stagemeeesters en –diensten

Discipline / beroepstitel	K.B. 25.11.1991 ⁵⁰	In behandeling bij	Eindadvies Hoge Raad
Dermatologie	Niveau 2		9 oktober 2014 positief advies M.B. 7 oktober 2016, BS 25.10.2016
Forensische Psychiatrie	Niveau 3		9 oktober 2014 positief advies M.B. 26.10.2015, BS 10.11.2015 Advies 3 mei 2016, oa - deeltijdse vorming - stagediensten
Oncologie voor gynaecologen - Gynaecologische oncologie -Gynaecologische medicamenteuze oncologie	Niveau 3		Dec 2014: - positief advies gynaecologische oncologie - negatief advies gynaecologische medicamenteuze oncologie
Algologie			Negatief advies oktober 2014
Psychiatrie - volwassenen - kind/jeugd	Niveau 2 (en 3?)	Gemengde werkgroepen	Eindadvies Hoge Raad 23 juni 2016
Orthopedie	Niveau 2		25 juni 2015 (positief eindadvies)
Volksgezondheid	Niveau 2 of 3	Werkgroep Titels (aanvraag)	
Geneesheer-specialist in het ziekenhuismanagement		Werkgroep Titels (aanvraag)	
Pharmacology – pharmaceutical medicine	Niveau 2 of 3	Werkgroep Titels	Specifieke Werkgroep 1 ^e vergadering 14.02.2017
Klinische farmacologie		Werkgroep Titels	Cf vorige record
Klinische genetica (Menselijke erfelijkheid)			Positief advies februari 2015
Sportgeneeskunde		Werkgroep Titels	Werkgroep gestart mei 2016, in opvolging

⁵⁰ K.B. 25 november 1991 houdende lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, BS 14 maart 1992, err., BS 24 april 1992.

		Adviesaanvraag Minister 22 juli 2015	
Algemene heelkunde - cardiochirurgie - vasculaire - thorax - abdominaal - traumatologie, kinderchirurgie, endocriene, transplantatie ...	In behandeling niveau 2	Gemengde werkgroep	Bespreking Hoge Raad 25.06.2015 algemene oriëntatie
Pediatrie: - endocrinologie - gastro-intestinaal - pneumologie - nefrologie - cardiologie	Niveau 3		Positief advies februari 2015
Inwendige geneeskunde - truncus communis - (alg) inw geneeskunde - cardiologie - gastro-enterologie - oncologie - pneumologie - reumatologie - nefrologie - endocrinologie - hematologie - geriatrie	Niveau 2	Gemengde Werkgroep	Bespreking Hoge Raad 25 juni 2015 algemene oriëntatie Eindadvies 23 juni 2016 Hoge Raad: - truncus communis 3 jaar - pneumologie - reumatologie - endocrinologie Eindadvies 23 maart 2017: - algemeen inwendige geneeskunde - cardiologie niv 2 - elektrofysiologie niv 3
Nucleaire geneeskunde	Niveau 2	Gemengde werkgroep eerste vergadering september 2015	
Anatomopathologie	Niveau 2	Discipline past voorstel aan (na eerste bespreking Hoge Raad begin 2014)	Eindadvies Hoge Raad d.d. 27.10.2016
Infectieziekten		Werkgroep Titels Discipline bereidt voorstel voor	
Médecin qualifié en médecine générale, préventive et d'institutions Médecin hospitalier			Advies Hoge Raad 25.06.2015 in verband met behoud erkenning huisarts art 10 M.B. 1 maart 2010

Geneesheer specialist in de niet-heelkundige esthetische geneeskunde (wet 23 mei 2013)		Adviesaanvraag Minister Gemengde werkgroep	Eindadvies 15.12.2016
Gynaecologie			Werkgroep vergadert
Interventionele cardiologie	Niveau 3		Positief eindadvies Hoge Raad d.d. 10.12.2015
Niveau 3 titels functionele & professionele revalidatie - Cardiologie - Pneumologie - Oftalmologie - ORL - Pediatrie	Niveau 3	Gemengde werkgroep november 2015	Tussenadvies Hoge Raad d.d. 10.12.2015 Positief advies plenaire 28 april 2016: - cardiologie - pneumologie - oftalmologie
Neurochirurgie	Niveau 2	Bespreking erkenningscommissies	
Intensieve zorgen	Niveau 3	Contact juni 2015 voorstel // Cobatrice (competency-based training in intensive care medicine in Europe)	
Anesthesie	Niveau 2	Gemengde Werkgroep	Gemengde werkgroep
Radiologie	Niveau 2	Eerste voorstel december 2015 Werkgroep	Eindadvies Hoge Raad 27 oktober 2016
Stomatologie		Vergaderingen WG gestart	Tussenadvies Hoge Raad 27.10.2016 (haalbaarheid duurtijd opleiding en professionele vorming, max. 9 + 4 = 13 jaar)
Fysische geneeskunde en revalidatie	Niveau 2	Januari 2016 oproep kandidaten	
Electrofysiologie (cardiologie)	Niveau 3	Voorstel vanuit discipline	Niv 3 positief eindadvies Hoge Raad 23 april 2017
Slaap(en waak-) geneeskunde	Certificaat? Aanpassing niveau 2? Niveau 3 ?	Voorstel vanuit discipline	
Oftalmologie	Niveau 2		Werkgroep deadline juni 2017

Klinische biologie			Werkgroep 1 ^e vergadering 7 maart 2017 (arts en apotheker cf adviesaanvraag Minister 15 juni 2016)
--------------------	--	--	--