

Hoge Raad

van artsen-specialisten en van huisartsen

**Jaarverslag
2017**

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	5
1. Wettelijke basis.....	5
2. Wettelijke samenstelling	5
3. Actuele samenstelling	8
4. Opdrachten van de Raad	10
5. Permanente werkgroepen	10
6. Bureau.....	10
7. Gemengde werkgroepen	12
8. Gemeenschappelijke materies huisartsen en artsen-specialisten	13
8.1. Project KB78 Mevr. de Minister M. De Block.....	13
8.2. Dubbele cohorte 2018 – Groenboek van de Minister	14
8.3. Laattijdige aanvragen tot hernieuwing erkenning als stagemeeester/-dienst (retroactiviteit) 21	
8.4. Werkgroep evaluatie kwaliteit-veiligheid stagediensten	21
8.5. e-health.....	21
8.6. Besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen, BS 6 april 2017.....	21
9. Huisartsen	22
9.1. Stageteam Huisartsen.....	22
9.2. Licence to practise	23
9.3. Type-overeenkomsten coördinatiecentrum voor de huisartsopleiding overeenkomstig art 8 bis van het K.B. 21 april 1983.....	24
9.4. Relevante ziekenhuisdiensten voor professionele vorming van huisartsen, vereiste anciënniteit van stagemeeesters voor huisartsen en leerdoelstellingen	25
10. Artsen-specialisten.....	27
10.1. Specifieke stagediensten - art. 12 M.B. 23.04.2014 (transversale criteria).....	27
10.2. Extramurale stagediensten (art. 10 MB 23.04.2014).....	28
10.3. Wetenschappelijke publicatie door de stagemeeester (art. 23 M.B. 23.04.2014).....	30
10.4. (Algemene) Inwendige geneeskunde (niveau 2)	32
10.5. Cardiologie (niveau 2)	34
10.6. Elektrofysiologie (niveau 3).....	36
10.7. Gynaecologie (niveau 2).....	37
10.8. Klinische genetica: advies tot aanpassing M.B. 23 mei 2017	39

10.9.	NEUROLOGIE : dringend advies d.d. 14.12.2017 tot wijziging op korte termijn van het vormingstraject	40
10.10.	Verzekeringsgeneeskunde en medische expertise M.B. 22.01.2007	42
10.11.	Oftalmologie (niveau 2)	42
10.12.	Infectiologie: vraag van universiteitsprofessoren tot ontwikkeling van een niveau 3 titel. 42	
10.13.	Sportgeneeskunde	43
10.14.	Urgentiegeneeskunde – acute geneeskunde – brevet acute geneeskunde.....	43
10.15.	Opvolging eerdere eindadviezen specifieke erkenningscriteria	43
11.	Andere zorgberoepen (scope of practice)	45
11.1.	Beroepen van de dringende geneeskundige hulpverlening	45
11.2.	Optometrie, optiek, (orthoptie).....	45
12.	Erkenning van de stagediensten en stagemeesters	46

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 ;

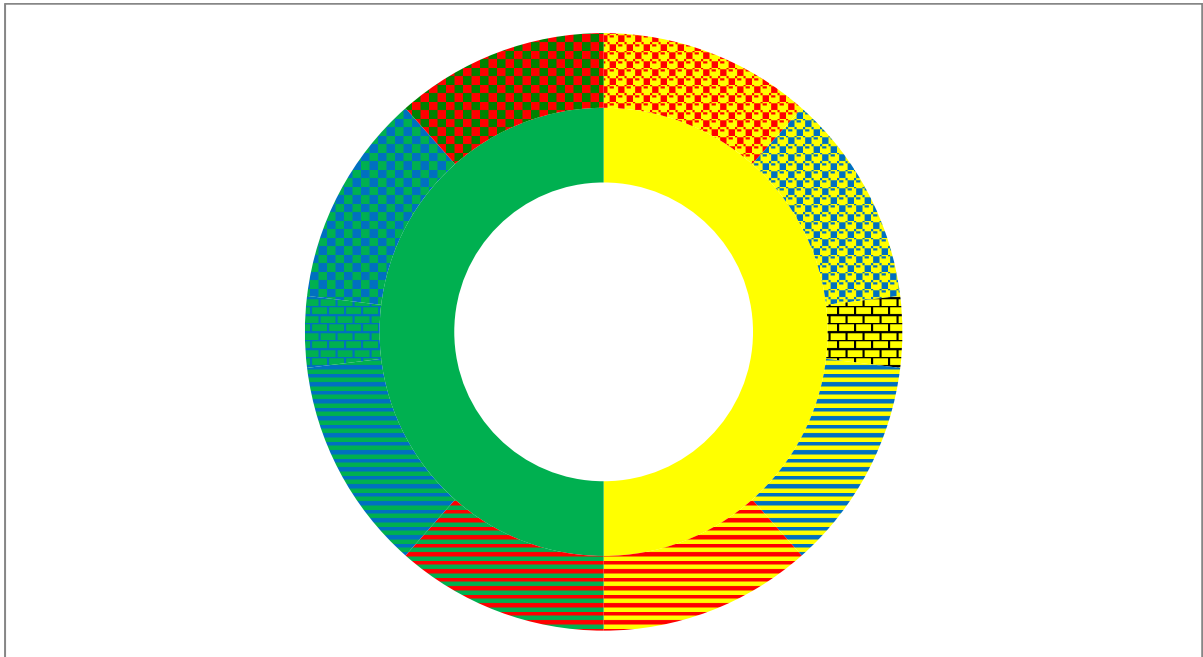
6° tien huisartsen, voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen en twee artsen, hetzij erkende huisartsen, hetzij kandidaat-huisartsen, die de kandidaat-huisartsen vertegenwoordigen ;

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 ;

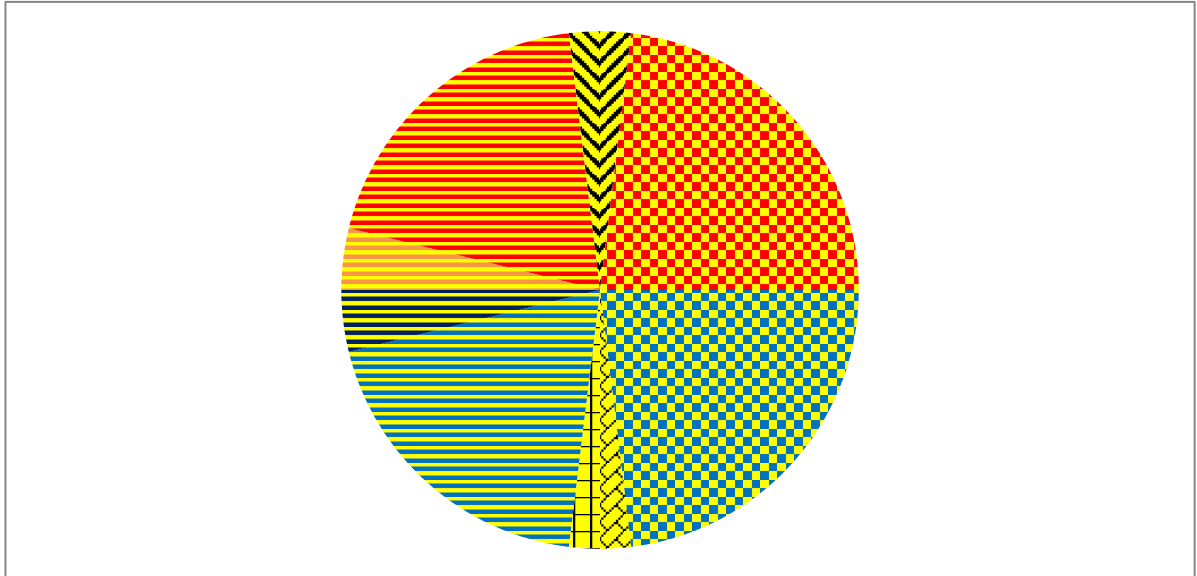
8° een doctor, vertegenwoordiger van de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.

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 Jean-Louis Vanherweghem	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 Meuris Christelle Dr Nielens Henri Dr Nisolle Michelle	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 De Galocsy Chantal Dr Debersaques Eric Dr Demeere Jean-Luc Dr Gasmanne Paul 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 Beuken Guy Dr Bruwier Geneviève Dr Burette Philippe	Dr Aertgeerts Bert Dr De Lepeleire Jan 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 Giet Didier Dr Leconte Sophie Dr Minguet Cassian Dr Montrieux Christian Dr Roland Michel Dr Roynet Dominique Dr Schetgen Marco	Dr De Sutter Annie Dr Devroey Dirk Dr Philips Hilde Dr Remmen Roy Dr Schoenmakers Birgitte Dr Vanden Bulcke Julie Dr Van Royen Paul Dr Vandevoorde Jan Dr Vansintejan Johan
Huisartsen voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen	Dr Bernier Michaël Dr De Munck Paul Dr Gillet Anne Dr Jacquemain Christiane Dr Jacquemart Pierre Dr Jamart Hubert Dr Katz Simon Dr Leclercq Daniel 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 Hueting 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.

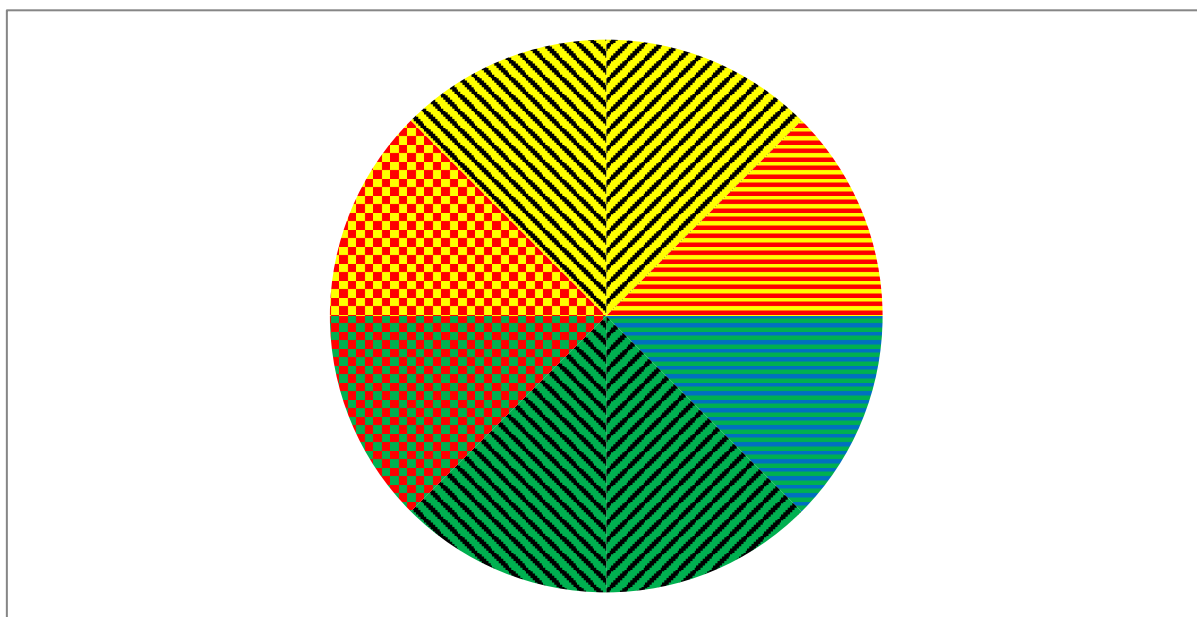
6. Bureau

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:

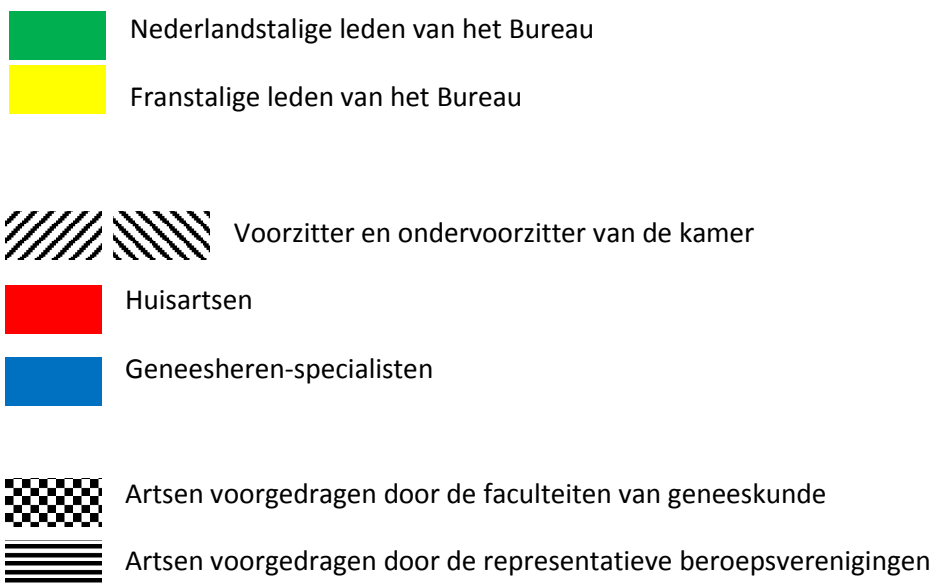
- De voorzitter en de ondervoorzitter van de Raad : Dr Jacques Boniver et Dr Patrick Waterbley
- De voorzitter³ en de ondervoorzitter van de Franstalige kamer : Dr Jean-Louis Vanherweghem en Dr Christiane Vermeylen
- De voorzitter en de ondervoorzitter van de Nederlandstalige kamer : Dr Jo Lambert en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

³ Benoemd begin 2017.

- Dr Hubert Jamart (Fr, HA, BV.)
- Dr Marc Moens (NI, spe, BV.)
- Dr Elie Cogan (Fr, spe, fac.)



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 stagemesters 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 Erkenningscommissies. Ze brengen hun adviezen uit aan de Hoge Raad, die ze bespreekt op de plenaire vergadering.

8. Gemeenschappelijke materies huisartsen en artsen-specialisten

8.1. Project KB78⁴ Mevr. de Minister M. De Block

De Hoge Raad Artsen bekrachtigde op 23 februari 2017 de reactie van het Bureau (binnen de tijdslimiet) aan het Kabinet aangaande de hervormingsvoorstellen van mevr. de Minister M. De Block “uitoefening van de gezondheidsberoepen”:

- Samenstelling en functioneren van de voorgestelde Raden: nood aan een passende vertegenwoordiging van de medische disciplines.
- Licence to practice: voorstel tot overwegen van een (gedeeltijke) licence tijdens de professionele vorming en een licence na de beroepskwalificatie. Vermijden van administratieve overbelasting. De voorgestelde steekproef-acties door een inspecteur, zijn niet aanvaardbaar. Er moet voorzien worden in een onderbouwd detectiemechanisme gebaseerd op risico. Na een onafhankelijk deskundigenonderzoek, moet een procedure voorzien worden die afdoende de rechten van de verdediging beschermt.
- Het concept “pilot – copiloot” is een niet aangewezen beeldspraak. Een patiënt verkiest meestal een evenwaardige contractspartij. Het beeld houdt het gevaar in van een gederesponsabiliseerde co-piloot. Het alternatief is veel beter: de patiënt staat centraal en beide evenwaardige partijen volgen het principe van “shared decision making”.
- De passages in het project KB78 over het elektronisch patiëntendossier, worden best verduidelijkt. Er wordt gewezen op de therapeutische exceptie en het belang van blijvende kwaliteit van informatie in het dossier. Het interprofessioneel gebruik heeft nood aan een duidelijk kader.
- Directe toegang van andere beroepen tot activiteiten. Het Bureau waarschuwde voor het invoeren van een principe “alles wat niet verboden is, wordt toegelaten” met alle gevaren vandien. Een beter principe is dat verworven competenties de scope of practice van elke professie bepalen. In elk geval kan een arts niet verplicht worden verantwoordelijkheid op te nemen of deels in te staan voor de financiële gevolgen van initiatieven en het optreden van andere professionals.
- Verder noteerde het Bureau de mogelijkheden van de concepten mantelzorger, bekwame helper (dat de mogelijkheid biedt het aantal nieuwe beroepen te beperken, maar waarvan het concept nader moet omschreven worden). De kwaliteitsnormen moeten nader gedefinieerd worden en er moet gezocht worden naar een passende juridische formulering van de CanMeds principes.
- Daarnaast en buiten het onderwerp van het project KB78 dat de evidence based en good practices activiteiten beoogt, werd opgemerkt dat een specifieke regelgeving rond de vastgestelde realiteit van niet conventionele praktijken aangewezen blijft.

⁴ Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015, *BS (BS 18 juni 2015 (ed. 1))*.

8.2. Dubbele cohorte 2018 – Groenboek van de Minister

De Hoge Raad Artsen, het Bureau en de Werkgroepen vervolgde de nauwgezette voorbereiding van de vorige jaren.

Op 23 februari 2017 werd op de plenaire vergadering een uitgebreide delegatie voor een grondige gedachtewisseling ontvangen van kandidaten in professionele vorming en van studenten. Tevens werd een antwoord geformuleerd op de adviesaanvraag van Mevr. de Minister d.d. 5.12.2016.

In het advies d.d. 23 februari 2017, verwees de Hoge Raad vooreerst naar eerdere adviezen d.d. 19 november 2014 en 10 december 2015 : het voorzien van voldoende stageplaatsen, het blijven waarborgen van de kwaliteit van de stageplaatsen, een passende vergoeding voor de kandidaten, het voorzien van de nodige financiering voor de professionele vorming en het gebruiken van de in de reglementering voorziene mogelijkheden van buitenlandse stages en wetenschappelijk onderzoek.

Verder adviseerde de Hoge Raad Artsen als volgt:

1. Algemene principes

Alle geselecteerde kandidaten in 2018 een kwalitatieve stageplaats moeten krijgen.

Dit voldoende aantal stageplaatsen moeten het vereiste kwaliteitsniveau respecteren.

De vergoeding voor de kandidaten artsen specialisten in opleiding (ASO) en huisartsen in opleiding (HAIO) moet gegarandeerd zijn minstens op het niveau van eerdere jaren.

De lasten van de dubbele cohorte kunnen niet bij de stagemeesters en/of diensten gelegd worden, de overheid moet de nodige extra financiële middelen voorzien.

De studieduurvermindering was een inderdaad lang gelegen beslissing van de overhe(i)d(en). Maar de overheid moet nu zijn verantwoordelijkheid opnemen voor het toen voorspelbaar impact.

2. Huisartsgeneeskunde

Het aandeel kandidaten dat voor huisartsgeneeskunde kiest, zou best verhogen gezien de belangrijke plaats van de huisartsgeneeskunde. Er wordt opgemerkt dat dit niet noodzakelijk coercitief moet zijn: een natuurlijke oriëntatie naar disciplines met toekomst en beschikbare stageplaatsen, bestond altijd. De Dekanen kunnen hier een ondersteunende rol spelen. Het aantal stageplaatsen in de huisartsgeneeskunde moet tijdig aangepast worden. De kwaliteit en supervisie van de vorming, moet steeds gewaarborgd blijven.

De professionele vorming van huisartsen bedraagt 3 jaar. Het moet gaan zoals gepland en conform de algemene regel in de Europese reglementering, om een vorming van 3 jaar voltijds.

Het afwijken van de 3 jarige vorming zou een negatief signaal uitsturen voor de kwaliteit, de attractiviteit en het imago van de vorming. Dit moet vermeden worden zeker gezien alle uitdagingen voor de gezondheidszorg ondermeer inzake chronische aandoeningen.

Overigens is de in art 16 van het M.B. 1 maart 2010 ⁵ geplande 3 jarige vorming meer aangewezen omdat dit – zonder toepassing van de uitzonderingsmaatregel – minder vragen doet stellen in het kader van de Europese mobiliteit.

De driejarige professionele vorming moet gefinancierd worden volgens dezelfde modaliteiten als voor de tweejarige professionele vorming in het verleden.

De 6 maand ziekenhuisstage tijdens het vormingstraject.

In de adviesaanvraag d.d. 5.12.2016, vroeg Mevr. de Minister of er - gezien de specifieke context van de dubbele cohorte - al dan niet verder beroep moet gedaan worden op de uitzonderingsbepaling van art 28, 2 van de Europese Richtlijn 2005/36/EC ⁶ en of een wijziging van art 16 van het MB 1 maart 2010 (waarbij de driejarige opleiding precies op het moment van de dubbele cohorte wordt ingevoerd) aangewezen is. De Minister waarschuwde voor een eventuele flessenhals of blokkades tijdens de professionele vorming van kandidaat huisartsen.

De Hoge Raad adviseert om hoe dan ook de driejarige professionele vorming zoals gepland door te voeren.

Rest de vraag of binnen dit vormingstraject na het behalen van het basisdiploma, de ziekenhuisstage van (minimum) 6 maand moet inbegrepen, dan wel of terzake verder beroep moet kunnen gedaan worden op de uitzonderingsmaatregel van art 28,2 van de Europese Richtlijn terzake.

De Hoge Raad adviseerde na ruim beraad, als volgt aangaande het professioneel vormingstraject voor huisartsen, in de context van de dubbele cohorte:

Het principe van een vereiste van 6 maand ziekenhuisstage tijdens de driejarige professionele vorming, moet voorop staan zoals gepland in de reglementering (art 16 MB 1 maart 2010). Dergelijke stages kunnen nuttig zijn gezien de specifieke ervaring en omwille van het contact eerste en tweede lijn, indien ze goed georganiseerd kunnen worden (voldoende

⁵ M.B. 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, BS 4 maart 2010.

⁶ 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)

vormingscapaciteit en budgettaire context van de stagemeeesters/-diensten/ziekenhuizen die deels een bijdrage zullen moeten doen).

Een uitzonderingsmogelijkheid in de erkenningscriteria kan aangewezen zijn (in het belang van een huisarts in opleiding) bij strikte noodzakelijkheid wanneer in een context van de dubbele cohorte, een kandidaat huisarts geen stageplaats in een ziekenhuis zou vinden. Er moet vermeden worden dat het vormingstraject onderbroken wordt en een erkenning uitgesteld wordt. Aan deze juridisch heel strikt te omschrijven uitzonderingsmaatregel, stelt de Hoge Raad evenwel volgende voorafgaande voorwaarden:

- de Europese reglementering moet dit toelaten⁷ en de mobiliteit van de toekomstige generatie huisartsen mag geen enkele hinder ondervinden.
- van de strikte uitzonderingsmaatregel mag geen algemene regel gemaakt worden. Een strikte opvolging van de toepassing van deze uitzonderingsmaatregel is dan ook aangewezen en kan eventueel een reden zijn voor een wenselijke aanpassing van de reglementering.

3. Kandidaat specialisten

Wenselijkheid oriëntering van de kandidaten naar disciplines met voldoende vormingscapaciteit en zoveel mogelijk in te schatten bestaande vraag.

De Dekanen kunnen hier een ondersteunende rol spelen.

De bestaande erkende stageplaatsen zoveel mogelijk invullen. De Hoge Raad Artsen verwees naar de opmaak van een inventaris in samenwerking tussen FOD Volksgezondheid en de Dekanen.

De ziekenhuizen met mogelijkheden qua pathologie-aanbod stimuleren om professionele vorming te voorzien. Deze stagediensten zijn dan erkende stagediensten, wat méér garanties biedt dan de in de adviesaanvraag vermelde stages in “satellietdiensten” waar de erkenningscriteria niet of minder zouden moeten gerespecteerd worden.

Satellietstagediensten zouden geen zekerheid kunnen bieden noch wat betreft de kwaliteit van de professionele vorming noch wat betreft de veiligheid (bv inzake supervisie door een stageteam).

Specifieke stages stimuleren waar nodig en verantwoord.

Het erkennen van meer stageplaatsen in bestaande diensten, voor zover er garanties bestaan qua kwaliteit van de vorming en supervisie en voor zover de nodige financiering voorzien wordt (verhoging aantal erkende stageplaatsen met een percentage 100/aantal jaar vormingsduur voor de betrokken discipline).

⁷ cf het verder beperkt beroep op de afwijkingsmogelijkheid van art 28 Richtlijn

Tijdelijke (tijdens het effect van de dubbele cohorte) versoepeling van de proporties van artikel 10 van het MB 23.04.2014.

De bestaande proporties moeten een streefdoel zijn, maar tijdelijk moet een minimumvereiste van één jaar in universitaire context en één jaar in niet-universitaire context aanvaardbaar zijn. Het moet hier dus ook om een tijdelijke derogatiemaatregel gaan.

Al dan niet in vraag stellen van het opting out systeem.

Er wordt opgemerkt dat dit voor sommige disciplines grote problemen kan stellen wat betreft de kwaliteit van de professionele vorming. Het impact op de inkomsten voor de kandidaten moet ingeschat worden.

De huisartsen doen geen beroep op de opting out, waardoor de arbeidstijd reeds 48u/week is. Bepaalde overgangsmaatregelen in de betrokken Richtlijn⁸ zijn reeds verstreken.

De Hoge Raad kon zich nog uitspreken over het opting out systeem, gezien daar meer onderzoek voor nodig is.

Gezien de voorspelbare capaciteitsproblemen voor professionele vorming van kandidaten met een Belgisch basisdiploma, moet tijdens de periode van de dubbele cohorte voorzichtig opgetreden worden met de toepassing van art. 145 (derde niet EU-EER landen) en art 146 (vormingsprogramma met afwijkende criteria voor uitoefening) Wet 10 mei 2015. Gezien de specifieke vormingscapaciteitsproblematiek in de periode dubbele cohorte, zou deze beperking ook moeten mogelijk zijn voor EU-EER burgers.

De toepassing van art 146 is evenwel te kaderen in een sinds jaren bestaande samenwerking met ontwikkelingslanden, in het kader van de internationale solidariteit. Het gaat overigens om beperkte aantallen, waardoor deze problematiek niet relevant is in het kader van de discussie rond de dubbele cohorte. Anderzijds wordt ook gewezen op mogelijks verkeerde toepassingen van dit mechanisme van art 146, dat best strikter gecontroleerd en eventueel beperkt wordt.

De overheid moet bijkomend budget voorzien zodat alle geselecteerde kandidaten van de dubbele cohorte, hun professionele vorming kunnen volgen zonder dat deze extra inspanning ten laste gelegd wordt van de stagemeesters en –diensten.

4. Huisartsen én kandidaat-specialisten

Deeltijdse professionele vorming.

Voor de huisartsen wordt geadviseerd artikel 3 van het MB 1 maart 2010 waar de mogelijkheid van een deeltijdse professionele stage reeds voorzien is, wat te verstrengen en minstens een 50% stage te vereisen. Dit zou kunnen voor elk jaar van de vorming.

⁸ Richtlijn 2003/88/EG van 4 november 2003 van het Europees Parlement en de Raad betreffende een aantal aspecten van de organisatie van de arbeidstijd, *P.B.*, L. 299, 18 november 2003).

Voor de specialisten wordt aangeraden zowel artikel 4 van het MB 23.04.2014 als eventueel de specifieke criteria aan te passen waardoor voor maximum één jaar van het vormingstraject een deeltijdse stage van minimaal 50% mogelijk wordt.

Dit zou niet voor alle disciplines moeten gelden, maar voorzien worden in de specifieke criteria.

Wetenschappelijk onderzoek stimuleren zoals voorzien in het MB 23.04.2014, ook voor huisartsen.

Buitenlandse stages stimuleren zoals voorzien in het MB 23.04.2014, voor kandidaat huisartsen en voor kandidaat specialisten in professionele vorming.

Sabat jaar mogelijk maken in het vormingstraject, mits dit vrijwillig aangevraagd wordt door de kandidaat in professionele vorming.

Tenslotte vermeldde de Hoge Raad Artsen de bereidheid en interesse tot verdere medewerking en overleg (met studenten, kandidaten, faculteiten, beroepsverenigingen) voor de uitwerking van al deze punten.

Op 12 oktober 2017 nam de Hoge Raad Artsen kennis van de toelichting door prof. K. Vandewoude (Kabinet) over het Groenboek “Financiering & programmatie van stages voor artsen – naar een geïntegreerde oplossing voor stagecapaciteit, financiering van stage en kwaliteitsbewaking”.

De Hoge Raad Artsen bracht volgend advies uit over dit Groenboek.

Vooreerst verwees de Hoge Raad naar de eerdere adviezen van 19 november 2014, 10 december 2015 en 23 februari 2017.

- Wat betreft de artsen specialisten en de geplande hervormingen van het M.B. 23.04.2014⁹ (transversale criteria).

A priori kan het uitbreiden van de mogelijkheden van specifieke stages interessant zijn. Maar er werd tevens gewaarschuwd voor de gevaren ervan.

Zoals eerder gemeld in adviezen¹⁰ van de Hoge Raad, gebeuren momenteel noch de notificaties noch een evaluatie van de verantwoording, kwaliteit en context van specifieke stages. Meer duidelijkheid over een evaluatieprocedure en de bevoegdheden is hier omwille van de kwaliteit en veiligheid aangewezen.

⁹ M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, BS 27 mei 2014.

¹⁰ Adviezen Hoge Raad d.d.25 juni, 15 oktober 2015 en d.d. 23 februari 2017.

Op een ogenblik dat iedereen de noodzaak van een kwaliteitsevaluatie van professionele vorming/stages onderstreept, dringt de Hoge Raad er opnieuw op aan om de specifieke stages systematisch door de Werkgroep Specialisten te laten onderzoeken. Dit vanuit een kwaliteits- en veiligheidsbezorgdheid.

Wat betreft de wenselijke stijging van het aantal erkende stagplaatsen, pleit de Hoge Raad voor een vlotte procedure die de administratieve belasting van de aanvrager zoveel mogelijk vermijdt (een “light procedure” voor erkende stagediensten waarvan de erkenning nog loopt en die enkel een verhoging van het aantal stageplaatsen aanvragen). De significante stijging van het aantal erkende stageplaatsen, illustreert dat de eerdere motiverende inspanningen nuttig waren. De Hoge Raad zal op korte termijn een initiatief nemen inzake deze “light procedure”.

Ook artikel 146 van de Wet 10 mei 2015 uitoefening gezondheidsberoepen kwam ter sprake.

Het belang en nut van een solidaire samenwerking met derde landen werd onderstreept. Anderzijds kan men niet blind blijven voor de context van de dubbele cohorte waar een tekort aan stageplaatsen dreigt in ons land. Er werd opgemerkt dat misbruiken moeten voorkomen worden: de kwaliteit en veiligheid van vorming en zorg moeten door passende procedures gewaarborgd worden. Er werd gepleit om deskundigen met ervaring aangaande de toepassing van art 146, voldoende te betrekken in reglementaire aanpassingen.

- Aangaande de professionele vorming tot erkend huisarts, kwamen vooral de duurtijd en de ziekenhuisstage ter sprake.

De Hoge Raad verwijst naar het eerder advies d.d. 23.02.2017: zoals gepland moet hoe dan ook een driejarige professionele vorming voorzien worden. Er kan een juridisch heel strikt te omschrijven uitzondering voorzien worden, (enkel) wanneer een kandidaat geen ziekenhuisstageplaats vindt in de context van de dubbele cohorte. Er kan hiervan geen algemene regel of mogelijkheid gemaakt worden. Hoe dan ook moet de Erkenningscommissie nagaan of de eindcompetenties bereikt werden. En zoals vermeld in het advies van februari 2017, mag de Europese mobiliteit van onze erkende huisartsen niet in het gedrang komen.

De Hoge Raad herhaalt dus het advies dat de professionele stage tot erkend huisarts hoe dan ook drie jaar voltijdse vorming moet bedragen. Zelfs in het geval de ziekenhuisstage van de basisvorming tot arts gevaloriseerd kan worden (zoals aangekondigd in het Groenboek) De volledige drie jaar professionele vorming kan dan ingevuld worden door andere stages.

- De mogelijkheid van een deeltijdse vorming met een minimum van 50%, kwam ook voor in het advies Hoge Raad van februari 2017. Maar daarin werd verduidelijkt dat dit maximum voor één jaar van de professionele vorming van toepassing kan zijn.

Tijdens de vergadering van 12 oktober , werd gewaarschuwd voor professionele

vorming tot 12 jaar (het dubbel van een vorming van 6 jaar), met alle gevolgen vandien op bijvoorbeeld de pensioenopbouw van de arts. De Hoge Raad adviseert om in de toekomstige reglementering dergelijke uitwassen van deeltijdse vorming te vermijden, ook vanuit een bezorgdheid voor de kwaliteit van de vorming.

- Wat betreft de geapprecieerde aandacht voor kwaliteit en kwaliteitsondersteuning en – evaluatie, verwees de Hoge Raad naar de recent opgestarte Werkgroep Kwaliteit Stagediensten.

Tenslotte kwamen ook de eerste krachtlijnen van een nog verder uit te werken financieringssysteem met “vouchers” ter sprake.

In de eerdere adviezen heeft de Hoge Raad gepleit voor het voorzien van een passende financiering.

De Hoge Raad realiseert zich dat het in het Groenboek voorgestelde “voucher systeem” nog verder moet uitgewerkt worden.

De Hoge Raad roept wel op tot grote voorzichtigheid wanneer financiering en kwaliteit van professionele vorming door elkaar vermengd worden.

Het algemeen stimuleren van kwaliteit moet de prioriteit hebben. Het corrigeren van problemen van bepaalde stagediensten door de waarde van de voucher van een kandidaat niet of maar deels meer uit te keren, lijkt niet de meest aangewezen aanpak en kan ook de kandidaat in een moeilijke positie brengen. Zeker wanneer verwacht wordt dat de kandidaat meewerkt aan de kwaliteitsevaluatie van zijn/haar vorming.

De Hoge Raad brengt in de huidige stand van zaken en op basis van de beperkte informatie in het Groenboek, nog geen advies uit over het project om de nog onbekende budgettaire middelen voor de “vouchers” te laten beheren door een interadministratieve structuur “RIZIV- FOD Volksgezondheid”.

De Hoge Raad gaat er van uit dat de budgettaire middelen voor vorming van arts specialisten in opleiding (ASO) voldoende zullen verhoogd worden om de context van de dubbele cohorte op te vangen in kwalitatieve stagediensten.

De Hoge Raad wenst van de verdere uitwerking van dit project ingelicht te worden.

Wat betreft de huisartsen, was de Hoge Raad verheugd te vernemen dat het bestaande financieringsmechanisme voor 3 jaar voorzien wordt, gezien de verlenging van de professionele vorming. De Hoge Raad gaat ervan uit dat de momenteel voorziene financiering voor de vorming van huisartsen in opleiding (HAIO) per kandidaat minstens gelijk zal zijn aan de actuele financiering.

8.3. Laattijdige aanvragen tot hernieuwing erkenning als stagemeeester/-dienst (retroactiviteit)

Het gebeurt dat stagemeeesters – soms niettegenstaande een verwittiging – vergeten een hernieuwing van de erkenning aan te vragen en vervolgens een retroactiviteit verwachten soms gaande tot 2 jaar. Gedurende één of twee jaar was er in dergelijke gevallen evenwel geen enkel toezicht door de Hoge Raad of de administratie. Daarnaast zouden dergelijk ruime retroactieve erkenningen een slecht voorbeeld zijn: andere stagemeeesters en –diensten zouden aanvragen ook meer en meer gaan uitstellen. Er wordt verwezen naar de duidelijke condities voor aanrekening van honoraria van art 1, §4 ter van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen. Tenslotte lijkt het aan te bevelen dat precies in het belang van kandidaten een duidelijke lijn getrokken worden.

Deze problematiek werd besproken op 12 oktober en 14 december 2017. De vergadering beslist te adviseren dat retroactiviteit ten hoogste tot de datum van aanvraag of tot begin van het lopend academiejaar kan toegekend worden. Er kan niet gewerkt worden met twee maten en twee gewichten. Er wordt opgemerkt dat de betrokken aanvragers nog kunnen vragen gehoord te worden.

8.4. Werkgroep evaluatie kwaliteit-veiligheid stagediensten

Hersamenstelling van de werkgroep (15 juni 2017).

8.5. e-health

Alle leden ontvingen een enquête met de vragen van de hr F. Robben (e-health platform) aangaande de wenselijke aanpak van het e-health project voor de extramurale specialist.

8.6. Besluit van de Vlaamse Regering van 24 februari 2017 betreffende de erkenning van artsen-specialisten en van huisartsen, BS 6 april 2017

Ter informatie.

9. Huisartsen

9.1. Stageteam Huisartsen

De Hoge Raad Artsen bracht op 23 februari 2017 positief advies uit tot aanpassing van het M.B. 26 november 1997 ¹¹:

- De notie stageteam (tutorship/mentorship) ook (cf M.B. 23.04.2014 ¹² voor artsen specialisten) kan ingevoerd worden voor professionele vorming van huisartsen.
- Het aantal toegewezen kandidaten per stageplaats in de erkenningscriteria zou kunnen gemoduleerd worden rekening houdend met het “stageteam” (erkende huisartsen met 3 jaar ervaring).

stageteam	n HAIO ¹³
Stagemeester voltijds = 8/10) niveau 2 erkend huisarts, anciënniteit 5 jaar (advies Hoge Raad april 2016)	1
+ 2 FTE ¹⁴ “medewerkers” niveau 2 erkend huisarts > 3 jaar anciënniteit	2
OF + 4 FTE “medewerkers” niveau 2 erkend huisarts > 3 jaar anciënniteit	3

Dit voorstel zou een aanpassing veronderstellen van het M.B. 26 november 1997 tot vaststelling van de erkenningscriteria van de stagemeesters huisartsgeneeskunde.

Dit M.B. voorziet al in een onderscheid tussen

- stagemeesters-huisartsen (art 5)
- stagemeesters-huisartsen die seminaries leiden (art 6)
- stagemeesters-specialisten (art 7).

Artikel 3 van het M.B. 26.11.1997 voorziet daarnaast de mogelijkheid dat twee of drie erkende stagemeesters (mits toelating van de “bevoegde kamer van de erkenningscommissie” samen één kandidaat-huisarts in hun praktijk kunnen begeleiden.

¹¹ M.B. 26 november 1997 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van de stagemeesters in de huisartsgeneeskunde, BS 16 december 1997.

¹² M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten, BS 27 mei 2014.

¹³ HAIO = huisarts assistent in opleiding

¹⁴ FTE = full time equivalent

Het nieuwe voorstel in voorliggende nota, betreft daartegene eerder één stageplaats met één stagemeester die voorziet in een eigen stageteam (met erkende huisartsen > 3 jaar anciënniteit).

9.2. Licence to practise

In een adviesaanvraag d.d. 5 december 2017 meldt Mevr. de Minister voorbereidende werkzaamheden inzake de invoering van een uitgebouwd mechanisme van “licence to practise” (toelating tot beroepsuitoefening – autorisation à pratiquer) en verwees naar de eerdere werkzaamheden van de Werkgroep Huisartsen terzake.

De Hoge Raad Artsen bracht op 23 februari 2017 onderstaand advies uit:

De Werkgroep Huisartsen steunt de ontwikkeling van een uitgebouwd systeem van “licence to practise”. De “full licence” voor de huisarts is bedoeld voor de huisarts die ten volle zijn verantwoordelijkheid opneemt als huisarts. De mate van toegang tot de nomenclatuur RIZIV wordt hierdoor bepaald, waarbij evenwel werd opgemerkt dat een systeem van artsen buiten een bepaalde bijkomende professionele kwalificatie zoals met de RIZIV 000 nummers, kritisch in vraag moet worden gesteld.

Het systeem “licence to practise” is alvast beter dan het vroegere artikel 10 van het M.B. 1 maart 2010¹⁵ dat zou geleid hebben tot – volgens sommigen massaal - verlies van erkenningen.

De passende criteria voor “full licences” of “restricted licences” als erkend huisarts, moeten nog verder ontwikkeld worden. Er kan inspiratie gezocht worden bij de vroegere criteria van art 10 van het MB 1 maart 2010. De Werkgroep Huisartsen is bereid hier verder aan te werken.

Deze overwegingen zijn in overeenstemming met de eerdere besprekingen in de Hoge Raad.

De Hoge Raad besprak op 23 februari eveneens het advies van het Bureau aangaande Uw project “KB 78”, dat u bezorgd werd eind november 2016. De Hoge Raad bekrachtigde dit schrijven van het Bureau.

Wat betreft de licence to practice, werd in dit schrijven voorgesteld de invoering te overwegen van een (gedeeltijke) licence tijdens de professionele vorming en een licence na de beroepskwalificatie. Administratieve overbelasting moet zoveel mogelijk vermeden worden. De in het project KB78 voorgestelde steekproef-acties door een inspecteur, zijn niet aanvaardbaar.

Er moet voorzien worden in een onderbouwd detectiemechanisme gebaseerd op risico. Na een onafhankelijk deskundigenonderzoek, moet een procedure voorzien worden die afdoende de rechten van de verdediging beschermt.

¹⁵ M.B. 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, BS 4 maart 2010.

De Hoge Raad bevestigt het principiële akkoord met het invoeren van een systeem van licence to practice (ter vervanging van de eventuele intrekking van de erkenning) en is bereid mee te werken aan de voorbereiding van wetgevend werk.

Op 12 oktober 2017 nam de Hoge Raad Artsen kennis van een schrijven d.d. 21 juni 2017 van Mevr. de Minister, die haar tevredenheid uitdrukt met de constructieve houding van de Hoge Raad ten aanzien van het concept om het visum tot een dynamische licence to practise uit te werken. De Minister meldt evenwel dat dit in een breder wetgevend kader zal voorzien worden, zodat het niet noodzakelijk is het M.B. 1 maart 2010 aan te passen.

9.3. Type-overeenkomsten coördinatiecentrum voor de huisartsopleiding overeenkomstig art 8 bis van het K.B. 21 april 1983¹⁶

Op 23 maart 2017 nam de Hoge Raad kennis van enkele wijzigingen aan de type overeenkomsten van ICHOvzw (*Interuniversitair centrum voor huisartsopleiding*) voor de professionele vorming van huisartsen:

- een type opleidingsovereenkomst SUIvzw – huisarts in opleiding
- een type opleidingsovereenkomst tussen de huisarts in opleiding en de praktijkopleider
- een type opleidingsovereenkomst tussen SUIvzw en de praktijkopleider
- het deels aangepast huishoudelijk reglement.

Er werd opgemerkt dat artikel 7 van de type opleidingsovereenkomst tussen de huisarts in opleiding en de praktijkopleider, wat aangepast werd inzake het niet-concurrentiebeding waarvoor de Hoge Raad eerder aandacht vroeg.

De ontwerp overeenkomst laat de keuze toe af te zien van een dergelijk beding, dan wel een niet concurrentiebeding van twee jaar voor een in te vullen geografische afstand te voorzien. Deze “open” geografische afstand is verantwoord gezien er een verschil is in stedelijke dan wel landelijke gebieden.

De Hoge Raad gaf een positief advies over de voorgelegde documenten, maar vroeg aandacht voor de bepalingen van art 5 (met het shadebeding) en art 6 inzake de opzegmogelijkheden die best voor latere academiejaren onderzocht worden en geactualiseerd.

¹⁶ K.B. 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen, BS 27 april 1983.

9.4. Relevante ziekenhuisdiensten voor professionele vorming van huisartsen, vereiste anciënniteit van stagemeesters voor huisartsen en leerdoelstellingen

Het M.B. 1 maart 2010¹⁷ en het M.B. 26 november 1997¹⁸ voorzien ziekenhuisstages “relevant voor de opleiding van huisartsen” tijdens de professionele vorming voor huisartsen. Het M.B. 27.11.1997 bevat criteria voor de “stagemeester-specialist” voor deze vorming.

De Hoge Raad van artsen specialisten en van huisartsen¹⁹ bracht terzake op 14 december 2017 het volgend advies uit.

Het betreft in hoofdzaak de afbakening van de relevante ziekenhuisdiensten en –activiteiten alsook een advies tot uniformiseren van de vereisten anciënniteit van stagemeesters. Ter informatie werden aan Mevr. de Minister ook de leerdoelstellingen voor de huisarts tijdens de ziekenhuisstages overgemaakt, maar deze zijn aan regelmatige aanpassing onderhevig en eerder richtinggevend.

Wat betreft de relevante ziekenhuisdiensten en –activiteiten, worden volgende mogelijkheden geadviseerd:

Hetzij 3 hetzij 6 maand stage in volgende ziekenhuisdiensten (totaal 6 maand niet meer niet minder)	Per periode van 3 maand stage per ziekenhuisdienst (totaal 6 maand, niet meer niet minder)
<ul style="list-style-type: none"> - (algemeen) inwendige geneeskunde - urgentiegeneskunde (de stagemeester-specialist voor huisartsen hoeft niet noodzakelijk 5 jaar anciënniteit urgentiegeneskunde te hebben, een anciënniteit van 5 jaar arts-specialist in een andere discipline volstaat eveneens) - geriatrie - verloskunde-gynaecologie - pediatrie - psychiatrie - palliatieve zorg - oncologie - endocrinologie 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiologie - Pneumologie - Gastro-enterologie - Reumatologie - Heelkunde - Orthopedie - Fysische geneeskunde en revalidatie - Neurologie - Dermatologie - Nefrologie

¹⁷ M.B. 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, *BS* 4 maart 2010.

¹⁸ M.B. 26 november 1997 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van de stagemeesters in de huisartsgeneeskunde, *BS* 16 december 1997.

¹⁹ Hierna “Hoge Raad Artsen”.

	<ul style="list-style-type: none"> - Urologie - Neurochirurgie - Pijnkliniek - Reigeneeskunde
<p>De stagemeester-specialist verbindt zich ertoe dat de kandidaat-huisarts zal deelnemen aan consultaties van de dienst.</p> <p>De ziekenhuisdienst die erkend is voor de professionele vorming van kandidaat-huisartsen verbindt zich ertoe dat, naast de erkende stagemeester-specialist (met een anciënniteit van 5 jaar), een tweede erkende arts-specialist zal instaan voor de begeleiding van de kandidaat-huisarts.</p> <p>De stagemeester en zijn medewerker(s) (lid van het stageteam) verbinden zich ertoe te zullen toezicht houden over het invullen of bijhouden van de portfolio van de kandidaat-huisarts. De stagemeester-coördinator zal daarover overleg plegen met de stagemeester van de betrokken ziekenhuisdienst. Op het einde van elke stageperiode, zal de stagemeester-specialist aan de bevoegde kamer van de erkenningscommissie voor huisartsen verslag uitbrengen over de inzet, kennis en diagnostische en therapeutische vaardigheden van de kandidaat-huisarts. Hij stuurt eveneens een copie van dit verslag aan de stagemeester-coördinator-huisarts.</p>	

Het art. 10 van het M.B. 26 november 1997 vermeldt nog een samenwerkingsovereenkomst met één andere “erkende ziekenhuisdienst van dezelfde campus”. Deze bepaling lijkt een evidentie en verdere formalisatie van dit criterium leidt enkel tot onnodige complexiteit.

Dit advies bevat nog geen expliciete bepalingen rond het aantal kandidaat-huisartsen in professionele vorming dat rekening houdend met het stageteam (vorming en supervisie) en de aanwezige activiteit kan toegewezen worden aan een erkende stagemeester-specialist en erkende ziekenhuisdienst voor opleiding van kandidaat-huisartsen.

Er wordt best meer ervaring opgedaan met de ziekenhuisstages voor kandidaat-huisartsen, vooraleer dergelijke criteria strikt bepaald worden.

In een eerste fase wordt best een algemeen geformuleerde vereiste voorzien – te evalueren door de Werkgroep Huisartsen en de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen – dat het stageteam (de stagemeester en zijn medewerkers artsen-specialisten) alsook de aanwezige activiteit voldoende moeten zijn voor het aantal kandidaat huisartsen in professionele vorming.

Advies tot uniformiseren van de vereiste anciënniteit van de stagemeesters:

De vigerende anciënniteitsvereiste van artikel 7 van het M.B. 26 november 1997, bedraagt nog 7 jaar.

De Hoge Raad adviseert dit aan te passen tot 5 jaar. Hiermee zou ook meer uniformiteit bekomen worden met het reeds aangepaste art 24 van het M.B. 23.04.2014²⁰ dat de transversale erkeningscriteria voor artsen-specialisten, hun stagemeeesters en –diensten regelt.

De Hoge Raad brengt tevens een eerder advies d.d. 28 april 2016 in herinnering, waarin ook gepleit werd om de anciënniteit van de stagemeeester-huisarts te herzien tot 5 jaar (5 jaar erkend zijn als huisarts en gedurende die periode op actieve wijze de huisartsgeneeskunde uitgeoefend hebben).

Voor de artsen-specialisten van het stageteam, wordt geen anciënniteitsvoorwaarde vereist voor de professionele vorming van huisartsen in ziekenhuisdiensten (qua aanwezigheid van leden van het stageteam wordt overigens verwezen naar art. 36 van het M.B. 23.04.2014).

10. Artsen-specialisten

10.1. Specifieke stagediensten - art. 12 M.B. 23.04.2014 21 **(transversale criteria)**

De Hoge Raad bracht op 23 februari en 14 december 2017 opnieuw twee specifieke adviezen uit over specifieke stagediensten (art. 12 M.B. 23.04.2014).

De Hoge Raad verwijst naar de eerdere waarschuwendende adviezen rond specifieke stages d.d. 25 juni 2015, 15 oktober 2015, 23 februari 2017 en 25 oktober 2017.

Zoals gemeld, gebeuren momenteel noch de notificaties noch enige evaluatie van de context van specifieke stages. De Hoge Raad wil vanuit een kwaliteits- en veiligheidsbezorgdheid opnieuw ervoor pleiten om deze “niet erkende diensten” (als dusdanig vermeld in het art 12 van het MB 23.04.2014 wat overigens moeilijk verzoenbaar is met artikel 25 van de Europese Richtlijn Beroepskwalificaties 2005/36/EC) systematisch door de ervaren Werkgroep Specialisten en door de Hoge Raad te laten onderzoeken.

De Hoge Raad ontving op 20 november 2017 een schrijven vanuit een zuiver extramuraal zorgaanbod zonder ervaring met professionele vorming.

²⁰ M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, *BS* 27 mei 2014.

²¹ M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, *BS* 27 mei 2014.

De vraag werd gesteld of een erkend stagemeester die een kandidaat in opleiding “uitleent” zijn quotum terug kan opvullen met een andere kandidaat. De vraagsteller was verheugd dat de specifieke stages mogelijk werden voor één jaar in plaats van 6 maand, na de recentste aanpassing van artikel 12 van het M.B. 23.04.2014 door het M.B. 6 oktober 2017. De erkende stagemeester speelt geen grote rol wat betreft de specifieke stages. Het is de coördinerend stagemeester die verantwoordelijk is en contractspartij krachtens art 12, §2 M.B. 23.04.2014. De erkende stagemeester kan dan ook zijn normale quotum erkende stageplaatsen opnieuw aanvullen, wanneer een kandidaat zijn stagedienst verlaat voor een specifieke stage, mits alles uiteraard conform de goedgekeurde stageplannen verloopt. Overigens beoogt het recente Groenboek van mevr de Minister over de dubbele cohorte, met de verhoging van de toegelaten termijn voor een specifieke stage precies de stagecapaciteit te laten stijgen.

De terminologie gehanteerd in de hierboven vermelde vraagstelling “uitlenen” van kandidaten in professionele vorming, is evenwel storend en niet passend.

10.2. Extramurale stagediensten (art. 10 MB 23.04.2014)

In de adviesaanvraag van 15 september 2017, wijst Mevr. de Minister op een verschuiving van zorgaanbod van meerdere medische disciplines naar extramurale voorzieningen. Met als voorbeelden “private klinieken, outpatient clinics” en de disciplines dermatologie-venereologie (M.B. 4.10.2016, art. 4) en oftalmologie, plastische heelkunde, psychiatrie als opportuniteiten.

De Minister vroeg de criteria/voorwaarden voor extramurale stagediensten generiek te omschrijven, ondermeer wat betreft:

- maximale duur van de extramurale stage
- deeltijds of voltijds karakter
- combinatie met “reguliere” ziekenhuisstage
- garanderen van voldoende pathologie-expositie
- relatie extramurale dienst – ziekenhuisdienst
- waarborgen voor deelname aan continuïteit en permanentie

De Hoge Raad besprak de adviesaanvraag tijdens de vergaderingen d.d. 12 oktober en 14 december 2017, datum waarop volgend advies werd uitgebracht.

Extramurale stages zijn nuttig, gezien de evolutie van het zorgaanbod: ondermeer de toename van extramurale zorg en de ontwikkeling van horizontale en verticale netwerken met de nieuwe mogelijkheden van e-health.

Art. 10 van het M.B. 23.04.2014 opteerde voor een apart te erkennen stagedienst (en bijvoorbeeld niet voor een andere vestigingsplaats van een erkende klassieke stagedienst):

“...een stagedienst die zich niet in een ziekenhuis bevindt...” waarvoor eigen erkenningscriteria en een erkenning moeten ontwikkeld worden. Dit is een keuze en kan ook zijn voordelen hebben om de verantwoordelijkheden duidelijk vast te leggen. De extramurale stagemeester en –dienst moet zich wel bewust zijn van deze verantwoordelijkheden; de klassieke ziekenhuisdiensten hebben uiteraard reeds grotere ervaring met aspecten zoals Welzijn op het Werk, sociaal statuut, verzekeringscontext, credentialing en privileging ...

Tevens voorziet het artikel 10 een maximale duurtijd van 40% van het vormingstraject voor extramurale stages.

Een beperking qua tijdsduur of als % van het vormingstraject, is zeker aangewezen. Maar de 40% is een absoluut maximum dat voor veel medische disciplines (bv. chirurgie, neurochirurgie ...) veel te hoog zal zijn.

Er zal met andere woorden gereguleerd moeten worden via specifieke criteria.

Voor bepaalde disciplines zoals oftalmologie, dermatologie ... is het extramurale aanbod gezien de aard van de activiteit en de nodige omgeving sterk ontwikkeld. Het lijkt waarschijnlijker dat deze equipes extramuraal voldoende groot zijn om supervisie, opleiding en ruimte voor professionele vorming mogelijk te maken. En dat een groter aandeel van de diverse activiteiten van de discipline extramuraal aanwezig zijn.

De “clinical learning environment” moet steeds gewaarborgd worden en de leerdoelstellingen en de te behalen eindcompetenties in het totale vormingsproject mogen nooit gehypothekeerd worden door te langdurige of niet juist ingeplande extramurale stages.

Het gaat om de veiligheid van zorg en om de kwaliteit van de professionele vorming, ondermeer:

- adequate supervisie (met inbegrip van tutorship, mentorship),
- werkomstandigheden van de kandidaat: werktijden, integratie in een vormingstraject met verantwoordelijkheden aangepast aan de behaalde competenties; verantwoordelijkheid en opvolging vergoeding sociaal statuut van de kandidaten,
- volume en diversiteit van activiteit, ondermeer wetenschappelijke activiteit en ruimte voor opleiding en studie
- de multi- en interdisciplinaire context van de vorming.

Extramurale stages kunnen dan wel een kans zijn tot ervaring met complementair aanbod, bepaalde risico's moeten gemonitord worden:

- minder divers aanbod, soms veel minder complex aanbod
- minder multi- en interdisciplinair aanbod, risico van een bepaald isolement
- beperktere equipes voor supervisie, tutorship, mentorship,
- verhouding educatieve en professionele vorming versus bijdrage aan opvang werklast,

- specifieke kenmerken zoals een minder prominente rol van bepaalde extramurale diensten in de wachtdienst / permanentieregeling voor een hele regio
- andere of mindere beschikbaarheid van alle ondersteunende diensten en van technische infrastructuur.

De reglementering moet deze risico's van extramurale stages beheersen. De bestaande erkenningscriteria voor dermatologie in het M.B. 4 oktober 2016, zijn een goed uitgangspunt.

Volgende principes zijn relevant:

- a) Vereiste van een geformaliseerde samenwerkingscontext met een ziekenhuis:
- (daadwerkelijke) interactie met andere disciplines (bv voor oftalmologie met neurologie en endocrinologie)
 - consultaties (ambulante en interne) binnen het ziekenhuis omwille van de multidisciplinaire context en mogelijkheden.
 - deelname aan wachtdiensten van het ziekenhuis, samen met het stageteam.

Deze criteria veronderstellen een betrokkenheid en activiteit van de stagemeeester en het –team in het ziekenhuis.

- b) Noodzaak aan specifieke criteria per medische discipline teneinde het maximale percentage van het vormingstraject te bepalen dat extramuraal kan gevolgd worden, om de vereiste context te omschrijven en het maximale aantal kandidaten te bepalen.

De Hoge Raad Artsen zal dan ook in de toekomst en indien relevant, voor bepaalde medische disciplines verdere adviezen formuleren. De materie werd al geagendeerd op de Werkgroep Oftalmologie en op de Werkgroep Kwaliteit van stagediensten.

10.3. Wetenschappelijke publicatie door de stagemeeester (art. 23 M.B. 23.04.2014)

Op 12 oktober 2017 keurde de Hoge Raad een aanpassing goed van de lijst peer reviewde tijdschriften die samen met publicaties van het artikel op PubMed aanleiding geven tot een automatische aanvaarding van de publicatie bedoeld in art 23 M.B. 23.04.2014. Elke aanvrager blijft uiteraard het recht behouden een ander artikel ter evaluatie (geval per geval) aan de Werkgroep Specialisten en aan de Hoge Raad voor te leggen. Overigens kan dit onderzoek geval per geval, leiden tot de opname in de lijst van nieuwe tijdschriften waarvan artikels automatisch aanvaard worden.

De lijst werd uitgebreid met 13 tijdschriften op basis van een brede rondvraag aan de Nederlandstalige en Franstalige Erkenningscommissies en bevat nu 29 tijdschriften.

- Acta Psychiatrica belgica (ISSN : 0300-8967)
- Anesthésie & Réanimation (ISSN : 2352-5800)
- Belgian Journal of Medical Oncology (ISSN: 1784-7141-4)
- Canadian Journal of Urology (ISSN 1195-9479; www.canjurol.com)
- Clinical Kidney Journal ISSN 1753 – 0784 (paper) ISSN 1753-0792 (online) www.ckj.oxfordjournals.org
- Enfances Adolescences (Bruxelles) (ISSN 1377-347X)
- European Geriatric Medicine (ISSN: 1878-7649)
- Gériatrie et psychologie, neuropsychiatrie du vieillissement (ISSN : 2115-8789)
- Hématologie (ISSN 1264-7527)
- Journal of Geriatric Oncology (ISSN: 1879-4068)
- La revue de Gériatrie (ISSN: 0397-7927)
- Le journal d'oncogériatrie (ISSN : 2106-8534)
- Le Praticien en Anesthésie-Réanimation (ISSN : 1279-7960)
- Les Nouvelles Dermatologiques (France) (ISSN 0752-5370)
- Louvain medical (ISSN : 0024-6856; www.louvainmedical.be)
- Médecine Intensive Réanimation (ISSN : 2496-6142)
- Médecine Nucléaire. Imagerie fonctionnelle et métabolique. Elsevier Masson <https://www.journals.elsevier.com/medecine-nucleaire-imagerie-fonctionnelle-et-metabolique>
- Minerva (ISSN : 1780-6399)
- Nutrition clinique et Métabolisme (ISSN: 0985-0562)
- Proceedings of the Belgian Royal Academies of Medicine (ISSN 2034-7626; www.probram.be)
- Réalités thérapeutiques en dermato-vénérologie (ISSN 1155-2492)
- Réanimation ISSN 1624-0693 (paper), ISSN 1951 – 6959 (online)
- Revue de médecine interne (France) (ISSN 0248-8663)
- Revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles (ISSN 2112-6798)
- Revue Médicale de Bruxelles (ISSN : 0035-3639)
- Soins en Gérontologie (ISSN : 1268-6034)
- Tijdschrift voor Geneeskunde (ISSN: 0371-683X) (www.tvg.be)
- Tijdschrift voor de Belgische Kinderarts / Journal du Pédiatre belge (ISSN: 2032-3891)
- Tijdschrift voor Psychiatrie ISSN 0303-7339 (www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl)

In geval van hoogdringendheid en gelet op de tijd die verstrijkt tussen de goedkeuring van het artikel en de effectieve publicatie ervan kan een schriftelijk bewijs van aanvaarding van het artikel door de uitgever volstaan.

10.4. (Algemene) Inwendige geneeskunde (niveau 2)

De Hoge Raad verwijst naar het advies van 23 juni 2016 betreffende de aanpak voor de beroepskwalificaties inwendige geneeskunde en de eerste adviezen Truncus communis, pneumologie, endocrinologie en reumatologie.

Tijdens de vergadering van 23 maart 2017 heeft de Hoge Raad bijkomende eindadviezen uitgebracht betreffende de beroepskwalificaties cardiologie (niveau 2), elektrofysiologie (niveau 3) en (algemene) inwendige geneeskunde (niveau 2).

Wat betreft de niveau 2 titel (algemene) inwendige geneeskunde wordt een context geschetst van een tekort aan algemeen internisten, veroorzaakt door een met de jaren verminderde (financiële) attractiviteit. Het aantal artsen die werkelijk actief zijn als algemeen internist moet berekend worden ermee rekening houdend dat bv de huidige niveau 3 titels nefrologie en endocrinologie momenteel wel eenzelfde RIZIV nummer als de algemeen internist toegewezen krijgen.

De (algemeen) internist heeft nochtans een cruciale rol in het zorgaanbod. Het ontwerp advies onderscheidt een rol in de ziekenhuiszorg (voor gehospitaliseerden) en een rol in de ambulante zorg.

Een (algemeen internist) biedt een holistische benadering voor patiënten met complexe problematiek. Men moet overal op deze specifieke expertise beroep kunnen doen doorheen het ziekenhuis, telkens als een “orgaan benadering” tekortschiet bij een patiënt. Anderzijds moet een algemeen internistisch aanbod ook een duidelijk identificeerbare plaats en locatie hebben in het ziekenhuis.

De algemeen internist wordt ook typisch geconsulteerd voor weinig frequente, zeldzame medische problemen al dan niet met een hoge complexiteitsgraad.

Wat betreft de ambulante zorg, is de (algemeen)internist een nexus tussen de huisarts, de orgaanspecialisten met een oriënterende rol bij heel complexe casussen ondermeer in de context van urgenties.

De bijkomende opdrachten zijn geïnspireerd door het CanMeds model, maar bevatten ook preventie en een bredere onderwijsopdracht.

Het ontwerp advies pleit voor een verdiende en noodzakelijke revalorisatie van de inwendige geneeskunde. Jonge generaties artsen vinden de benadering van de discipline uiterst boeiend en belangrijk, maar verwachten een duidelijke en zekere context. Het breder voorzien van een algemeen internistisch aanbod, kan de efficiëntie van de zorg - ondermeer vermijden van (her-)hospitalisaties en verkorting van de verblijfsduur - significant verbeteren.

De definitie en de scope van algemeen inwendige geneeskunde staan weergegeven onder 2.2.2 van het ontwerp advies. De eindcompetenties (elementaire, specifieke klinische competenties, pedagogische competenties en de rol in preventie en volksgezondheid) onder punt 8 van het ontwerp advies. Er werd een afweging gemaakt tussen het nodig detail enerzijds, de snelle

medisch-wetenschappelijke evoluties in een context van zelden aangepaste overheidsreglementering anderzijds.

De toegangsconditie tot de hogere professionele vorming algemeen inwendige geneeskunde bestaat erin de Truncus Communis inwendige geneeskunde (3 jaar) met succes te hebben beëindigd.

Het vormingstraject van de hogere vorming bestaat uit 36 maand met een theoretisch luik (10 takken inwendige, infectieziekten, genetica, klinische farmacologie, immunologie, statistiek ...) en een in het advies uitgeschreven praktische vorming (4 à 5 verplichte stages van minstens 3 maand in nefrologie, endocrino-diabetologie, hematologie, medische oncologie, reumatologie) en verplicht 18 maand stage in algemene inwendige geneeskunde. Maximum 12 maand stage is mogelijk bij speciale interesse in gebieden zoals infectieziekten, immuno-allergologie, toxico-pharmacologie, intensieve zorgen ... Stages van een 4-tal maand zijn mogelijk in ondermeer (punt 8.5) neurologie (een aan te bevelen rotatiestage in een erkende stagedienst neurologie), huisartsgeneeskunde (aan te bevelen) en op de domeinen genetica, klinische farmacologie, ziekenhuishygiëne, ziekenhuisbeleid.

Het wetenschappelijk onderzoek kan voor de hogere professionele vorming maximaal voor één jaar in aanmerking worden genomen. Twee jaar klinische vorming is voor de hogere opleiding het minimum.

Een kandidaat die bv 4 jaar wetenschappelijke onderzoek doet, kan overeenkomstig het MB 23.04.2014 de helft in aanmerking laten komen voor zijn vormingsparcours met name één jaar voor de truncus communis en één jaar voor de hogere opleiding. Het garanderen van minimum 2 jaar klinische vorming zowel tijdens de truncus communis als tijdens de hogere professionele vorming, staat voorop.

De erkenningscriteria voor de stagemeeester zijn opgenomen onder punt 9 van het advies. De stagemeeester is een erkend algemeen internist met minimum 8/10 (voltijds) aanwezigheid met minstens 1 voltijds medewerker.

De stagemeeester algemeen internist mag het stagemeeesterschap cumuleren met het stagemeeesterschap voor de truncus communis. Hoewel de andere niveau 2 titels stagemeeester kunnen zijn voor de truncus communis, is een dergelijke cumul voor hen niet toegelaten gezien de andere aard van de hogere opleiding (meer orgaanspecifiek).

De stagediensten moeten over een verpleegeenheid van 25 bedden beschikken, méér dan 1000 opnames per jaar realiseren, meer dan 3000 consultaties per jaar en toegang hebben tot een dagziekenhuis. Het aantal kandidaten dat per stagedienst kan gevormd worden, is weergegeven onder punt 12 van het advies.

De plenaire vergadering onderstreepte op 23 maart 2017 nogmaals de dringende noodzakelijkheid van het publiceren van nieuwe erkenningscriteria, gezien de totaal

voorbijgestreefde bepalingen van de nog steeds vigerende Ministeriële besluiten: in casu het M.B. 9 maart 1979²².

10.5. Cardiologie (niveau 2)

De veroudering van de bevolking (hartinsufficiëntie, aritmieën, degeneratieve klepaandoeningen, ischemie ...) en de technologische ontwikkelingen, zorgen voor een toenemende werkbelasting voor cardiologen. Er zullen voldoende kandidaten moet opgeleid worden want de huidige instroom compenseert niet volledig de uitstroom (vanaf 65 jaar). Uiteraard spelen ook andere parameters een rol: zoals de gemiddelde werktijd van cardiologen, de mobiliteit doorheen Europa, de mogelijkheden van delegatie ...

Voor de meer invasieve en hoogtechnologische activiteiten, wordt gepleit voor de (reeds door de Hoge Raad positief geadviseerde) niveau 3 titel interventionele cardiologie en voor een niveau 3 titel elektrofysiologie, die vandaag voor eindadvies wordt voorgelegd. Terloops wordt opgemerkt dat ook de expertise in cardio-geriatrie zijn plaats moet krijgen.

De toegangsvoorwaarde voor de 3 jarige hogere vorming in cardiologie, is het succesvol beëindigen van de *truncus communis*. Deze keuze is te verdedigen: de kandidaten moeten in hun eerste 3 jaar professionele vorming *Truncus communis* de grote domeinen zoals endocrinologie, geriatrie, nefrologie, pneumologie en intensieve zorgen hebben leren kennen. In totaal bedraagt de professionele vorming dus 6 jaar.

In het advies worden de definitie en scope van de discipline toegelicht. De contacten met catheterisatie en elektrofysiologie zijn nuttig, maar komen niet in aanmerking voor de vorming niveau 3 interventionele cardiologie of elektrofysiologie (geen “dual training”). De kandidaat moet ook voldoende kennis verwerven op het vlak van functionele revalidatie en beeldvorming.

De te behalen eindcompetenties worden in het advies opgesomd, onderscheiden in 3 niveaus naargelang de graag van vereiste ervaring (niveau I selectie van de diagnostische en therapeutische aanpak + interpretatie; niveau II de kandidaat doet praktische ervaring op; niveau III de kandidaat kan de betrokken acties autonoom (zij het steeds onder supervisie tijdens een professionele vorming) uitvoeren.

Het voorstel bevat ook de cruciale elementen voor de evaluatie van de kandidaten. Wat betreft de criteria voor het “behoud van de erkenning” (van de toelating tot uitoefening) wordt gepleit voor een vergelijkbaar systeem over alle disciplines heen. De continue vorming en het realiseren van minimum activiteiten, lijken relevante criteria. De Werkgroep stond open voor een tienjaarlijkse her-evaluatie. De Hoge Raad kondigde in eerdere adviezen aan verder te

²² M.B. 9 maart 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteiten van inwendige geneeskunde, pneumologie, gatsro-enterologie, cardiologie en reumatologie, BS 15 maart 1979.

werken aan een meer uitgebouwd systeem van “licence to practice” waardoor van deze elementen in adviezen voor specifieke criteria abstractie moet gemaakt worden. Deze elementen kunnen louter inspirerend zijn.

De erkenningscriteria voorzien een voltijdse (8/10) aanwezigheid op de stagedienst en een aangehouden wetenschappelijke interesse en activiteit. De vereiste anciënniteit medewerkers bedraagt 3 jaar, overeenkomstig de bepalingen van het MB 23.04.2014 ²³.

De criteria voor de stagedienst worden omschreven in hoofdstuk IV.3. De leer-omgeving moet voldoende uitgebouwd zijn: het ziekenhuis moet erkend zijn voor zorgprogramma's A, B2 of B, P en E ²⁴. Daarnaast worden jaarlijks 1000 ziekenhuisopnames vereist waarvoor de nodige bedcapaciteit aanwezig is en een polikliniek met minstens 10.000 patiëntcontacten per jaar. Een intensieve zorgeenheid met cardiologische supervisie en bekwaam voor hemodynamische ondersteuning moet eveneens aanwezig zijn, naast een erkende MUG functie. Binnen de stagedienst gebeuren regelmatige multidisciplinair overlegvergaderingen inzake ondermeer passende indicatiestelling voor meer invasieve ingrepen (interventionele cardiologie, electrofysiologie, hartchirurgie, resynchronisatie, ventrikel-ondersteuning, transplantaties ...). Er moet ook een georganiseerde activiteit voor cardiale revalidatie aanwezig zijn. De andere diensten functies waarover het ziekenhuis moet beschikken (beroep kan op doen), zijn opgesomd op pagina 15 (laatste paragraaf VI.3). Diensten die niet aan alle voorwaarden voldoen, komen hoogstens in aanmerking voor een stage cardiologie tijdens de truncus communis, maar nooit voor de hogere professionele vorming cardiologie.

Het aantal kandidaten per stagedienst, wordt bepaald met één criterium: 1 kandidaat per erkend voltijds (8/10) cardioloog met minstens 3 jaar anciënniteit.

De plenaire vergadering onderstreepte op 23 maart 2017 nogmaals de dringende noodzakelijkheid van het publiceren van nieuwe erkenningscriteria, gezien de totaal voorbijgestreefde bepalingen van de nog steeds vigerende Ministeriële besluiten: in casu het M.B. 9 maart 1979 ²⁵.

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

²⁴ K.B. 15 juli 2004 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "cardiale pathologie" moeten voldoen om erkend te worden, *BS* 13 september 2004, *err. BS* 23 februari 2005.

²⁵ 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.

10.6. Elektrofysiologie (niveau 3)

Op 23 juni 2016 heeft de Hoge Raad adviezen uitgebracht over de Truncus communis, pneumologie, endocrinologie en reumatologie. Op 23.03.2017 bracht de Hoge Raad een advies uit betreffende de aanpassing van de niveau 2 titel cardiologie (het vigerend besluit dateert nog van 1979). In een advies d.d. 10.12.2015 pleitte de Hoge Raad voor de creatie van een niveau 3 titel interventionele cardiologie.

Op 23 maart 2017 bracht de Hoge Raad een advies uit betreffende de creatie van een niveau 3 titel elektrofysiologie.

Beide voorgestelde niveau 3 titels (interventionele cardiologie advies 10.12.2015 en elektrofysiologie) betreffen hoogtechnologische activiteiten binnen de cardiologie die een doorgedreven specifieke vorming vereisen en om kwaliteits- en veiligheidsredenen telkens een niveau 3 titel verantwoorden.

Het voorstel werd ontwikkeld, inspiratie zoekend bij internationale evoluties en de Belgische reglementering rond het zorgprogramma cardiologie (K.B. 15 juli 2004). Er wordt ook verwezen naar de RIZIV conventie voor implanteerbare defibrillatoren waarin twee cardiologen vereist worden met een expertise van minimum 50 elektrofysiologische onderzoeken per jaar ²⁶.

Een niveau 3 titel is gezien de vereiste vorming en het hoogtechnologisch (risico) karakter ten zeerste verantwoord. Kwaliteit van vorming en veiligheid van de procedures, zijn de basisprincipes van het voorstel. Zeker nu het aantal centra is toegenomen en gezien de activiteit op het vlak van electrofysiologische onderzoeken, ablaties, resynchronisaties, pacemakers, defibrillatoren ...).

De eindcompetenties werden opgesomd onder V.2. van het advies. De toegangsconditie tot de vorming is een niveau 2 titel cardiologie. Hiertoe behoren de bekwaamheid voor kwaliteitsbeleid en voor registratie alsook een sterke interesse voor steeds evoluerende technologie. Het traject voor de theoretische en praktische vorming bedraagt twee jaar voltijds. Er wordt voorzien in een toenemende graad van complexiteit en van autonomie (zij het steeds onder supervisie) waarbij elk jaar een duidelijk omschreven vormingsfase is. Er werden minimaal te presteren interventies bepaald (V.3 tweede alinea) en er wordt gepleit voor verplichte internationale theoretische en praktische evaluaties. Er werd aangegeven aan rollen van het CanMed model.

²⁶ OVEREENKOMST TUSSEN HET COMITE VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN HET RIJSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING EN DE VERANTWOORDELIJKE NAMENS DE INRICHTENDE MACHT VAN HET ZIEKENHUIS VOOR ZIJN CENTRUM VOOR IMPLANTEERBARE HARTDEFIBRILLATOREN «Hôpital» («N_centre»)
Art 3 ,b “Het team van het centrum voor implanteerbare defibrillatoren moet minstens bestaan uit 2 cardiologen elk met een bijzondere bekwaming en praktijk (minstens 50 elektrofysiologische procedures per jaar) in elektrofysiologie van het hart.”

De criteria voor de stagemeeester zijn opgenomen onder punt VI. Zowel de stagemeeester als zijn medewerker moeten minimaal voltijds (8/10) zijn.

De nadruk wordt gelegd op het bestaan van en participatie aan multidisciplinair overleg (cardiologie- cardiochirurgie – anesthesie – inwendige geneeskunde – beeldvorming ...).

De stagediensten moeten een minimale en diverse activiteit hebben en beschikken over de zorgprogramma's P, E et B3. De bestaﬃng bestaat minimaal uit één voltijds (8/10) stagemeeester en één voltijds (8/10) medewerker, waarvan één beschikt over een internationaal certificaat zowel voor "cardiac pacing and implantable cardioverter defibrillators" als voor "invasive cardiac electrophysiology".

Het belang van een aanwezig kwaliteitsbeleid op de stagedienst, wordt onderstreept. Elke drie maand vindt een evaluatiegesprek plaats met de supervisor.

Het aantal kandidaten wordt bepaald rekening houdende met de activiteit van het centrum en met de vereiste om één supervisor te garanderen per kandidaat in opleiding.

Tenslotte worden de overgangsmaatregelen kort toegelicht. Het gaat immers om een nieuwe beroepstitel.

De plenaire vergadering onderstreepte op 23 maart 2017 nogmaals de dringende noodzakelijkheid van het publiceren van nieuwe erkenningscriteria zodat ons land ook qua overheidsreglementering de vergelijkbaarheid doorstaat in een internationaal kader.

10.7. Gynaecologie (niveau 2)

De Hoge Raad bracht op 15 juni 2017 een eindadvies uit tot actualisatie van de erkenningscriteria gynaecologie-verloskunde. Het vigerend M.B. dateert van 1979²⁷.

De voorgestelde verlenging van de professionele vorming van 5 naar 6 jaar is vooral ingegeven door de wetenschappelijke en technologische evolutie van de discipline. Het betreft tevens een discipline waar nodige heelkundige kennis en ervaring moet opgedaan worden. Het effect van de "working time directive" is slechts een secundair element.

Met de niveau 2 titel wordt een brede algemene vorming beoogd voor de verschillende levensfasen van de vrouw (de reproductieve fase, contraceptie, zwangerschap, de post-reproductieve fase) en diverse ziektebeelden (waaronder oncologie). Dr Van Wiemeersch onderstreept dat de discipline medico-legaal kwetsbaar is en geeft eveneens als voorbeeld de echografie.

²⁷ M.B. 15 september 1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van gynaecologie-verloskunde, BS 26 september 1979.

Er werd een gestructureerd vormingsmodel ontwikkeld dat het vroegere osmosemodel (vorming door toeval bij lange aanwezigheid) vervangt. De Werkgroep pleit tevens voor middelen voor virtuele vorming en voor het veralgemeend gebruik van het elektronisch stageboekje dat bij voorkeur ter beschikking moet gesteld worden door de bevoegde overheden. De Werkgroep vraagt expliciet dat de specifieke erkenningscriteria bv. elke 5 jaar herzien worden, gezien de wetenschappelijke en technische evoluties.

De definitie en de scope van de discipline vermeldt de gezondheid en het welzijn van de vrouw, met inbegrip van het reproductief en seksueel leven. De diagnostiek en behandeling van ziekten van de genitale tractus, inclusief de borsten. Fertiliteit en contraceptie, begeleiding van de (al dan niet gecompliceerde) zwangerschap, bevalling en post-partum.

De theoretische en praktische leerdoelstellingen en te behalen eindcompetenties worden gedetailleerd in de bijlagen, rekening houdend met de beschikbare frequentie van de pathologie of problematiek. Het onderscheid wordt gemaakt tussen zelfstandig (onder supervisie) uit te voeren sleutelingrepen (bijlage 2) en technische prestaties en ingrepen als eerste assistent. Er werden vier competentiedomeinen meer uitgewerkt: de medische expertise met passende evaluatiemomenten, de arts als wetenschapper, als communicator (communicatie met de patiënt is cruciaal in deze discipline) en als manager. De kandidaat moeten ervaring en expertise opdoen op het vlak van kwaliteits- en veiligheidsbeleid.

Tevens werd een nuttige flexibiliteit voorzien voor het vormingstraject, dat in essentie vergelijkbaar moet blijven voor alle kandidaten.

Kandidaten die voldoende tijdig de te behalen eindcompetenties realiseren, kunnen in het 6^e jaar een oriëntatie kiezen zoals gynaecologische oncologie, perinatale geneeskunde, urogynaecologie, mini-invasieve chirurgie, reproductieve geneeskunde.

Een ander aspect van flexibiliteit is de mogelijkheid van deeltijdse vorming, een bestaande vraag bij de kandidaten. De Hoge Raad adviseerde recent de mogelijkheid te voorzien om één jaar van het traject op te splitsen in 2 jaar. De discipline gynaecologie-verloskunde en de kandidaten in professionele vorming, geven de voorkeur aan een deeltijdse mogelijkheid van (tijdens de eerste twee jaar met een minimum van) 80% over het hele traject. Uiteraard met proportionele verlenging van het vormingstraject.

De discipline meldde dat de vereiste proporties in artikel 10 van het M.B. 23.04.2014 moeilijk realiseerbaar zijn vooral wat betreft de universitaire vorming in het Franstalig landsgedeelte. Er werd dan ook gepleit voor een lange overgangstermijn van bv 10 jaar.

Het eerste jaar van het traject is een jaar van praktische klinische vorming waarbij de kandidaat terzake kan geëvalueerd worden. Tijdens de basisvorming van de eerste drie jaar, is minimum 2 jaar gynaecologie en verloskunde vereist. Voor de hogere vorming van 3 jaar, moet minimaal 18 maand gynaecologie en verloskunde voorzien worden. En zoals hoger vermeld, kan mits het tijdig behalen van de leerdoelstellingen en eindcompetenties het 6^e jaar dienen voor een verdere oriëntatie.

De criteria van de stagediensten maken het onderscheid tussen partiële stagediensten die een deel van het vormingstraject kunnen aanbieden en volledige stagediensten die alle modules aanbieden. Ze worden onderscheiden op basis van de aanwezige activiteit.

Het aantal kandidaten dat er kan opgeleid worden, wordt bepaald rekening houdend met de grootte van de equipe van de stagemeester (stageteam) en met de activiteit van de dienst.

De Hoge Raad besliste, rekening houdend met alle opmerkingen zoals opgenomen in het verslag van de vergadering d.d. 15 juni 2017, tot het uitbrengen van een positief eindadvies.

10.8. Klinische genetica: advies tot aanpassing M.B. 23 mei 2017

De Hoge Raad heeft in de vergadering van 12 oktober 2017 volgende drie vragen behandeld, vermeld in de adviesaanvraag van Mevr de Minister van 24 juli 2017:

Hierbij verwijzen wij naar uw adviesaanvraag d.d. 24 juli 2017 aangaande het M.B. 23 mei 2017²⁸ tot vaststelling van de erkenningscriteria Klinische Genetica.

De Hoge Raad besprak tijdens de vergadering van 12 oktober 2017 de drie vragen van uw adviesaanvraag:

- De opportuniteit om de notie “klinisch specialisme” (art 2, 3°) uit te breiden tot andere titels binnen het domein van de inwendige ziekten, dus ruimer dan (algemene) inwendige geneeskunde.
- Te onderzoeken of artsen-biologen een deel van hun opleiding kunnen valoriseren voor het bekomen van de titel in de klinische genetica
- Een voorstel van oplossing voor de vereiste anciënniteit van stagemeesters, die slechts na jaren zal kunnen behaald worden gezien de heel recente publicatie van het M.B.

De Hoge Raad verwijst naar het advies van 26 februari 2015 en bracht op 12 oktober 2017 volgend advies uit:

- Voor artsen die reeds over een niveau 2 specialisatie (meer bijzonder een kwalificatie van bijlage V Richtlijn 2005/36/EC) beschikken, kan het expliciet bevestigen van de mogelijkheid beroep te doen op art 3/1 van het M.B. 23.04.2014 (“onverminderd”) in het M.B. 23 mei 2017 al voor heel wat oplossingen zorgen. Er kan een geval per geval evaluatie gebeuren door de bevoegde overheid (de Erkenningscommissie) om te kijken of er vrijstellingen kunnen gegeven worden (tot maximaal de helft van de zes jaar voorzien voor Klinische Genetica). Wat betreft het deeltraject klinisch specialisme (art 2, 3° en art 4), wordt dit best gedefinieerd als een professionele vorming om brede ervaring op te doen met ondermeer fysische onderzoeken waarmee alle systemen beoordeeld worden. De essentie is het beschikken over brede klinische skills. Overigens had het advies van de Hoge Raad d.d. 26 februari

²⁸ M.B. 23 mei 2017 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeesters en stagediensten klinische genetica, BS 31 mei 2017.

2015, de disciplines inwendige geneeskunde, pediatrie, verloskunde en gynaecologie of neurologie enkel gegeven als voorbeelden (V.3 van het advies, 3^e alinea).

- De Hoge Raad meent dat ook een erkend huisarts beschikt over brede klinische skills, die een vrijstelling kunnen verantwoorden, die ook geval per geval moet bekeken worden.
- De Hoge Raad pleit er voor dat een arts in professionele vorming tijdens zijn vormingstraject kan heroriënteren naar Klinische genetica. Hij/zij moet dan ook beroep kunnen doen op vrijstellingen waarbij geval per geval geoordeeld wordt dat een deel van het parcours reeds werd afgelegd.
- Er is dringend een overgangsmaatregel nodig in het M.B. 23 mei 2017 waarbij vereiste anciënniteit als Klinisch Geneticus (art 24 en 24/1 van het M.B. 23.04.2014) slechts vereist wordt binnen 8 jaar na invoegetrede van het M.B. voor de stagemeester en binnen 5 jaar voor de medewerkers. De eerste erkenningen als Klinisch Geneticus op basis van (de overgangsmaatregelen) van het recente M.B. 23 mei 2017 moeten immers nog gebeuren.
Pas na deze wijziging zullen stagemeesters op redelijke termijn kunnen erkend worden.
- In art. 12,2^o wordt “bio-informaticus” best geschrapt. Er ontstaat nu verwarring omdat de bio-informaticus tot de bredere bestaffing behoort, maar niet tot het stageteam van artsen zoals vermeld in art 24/1 van het MB 23.04.2014.
Daarenboven worden andere paramedische beroepen (al dan niet erkende) zoals psycholoog en genetic counselor niet vermeld.
- Gezien de geplande en door u aangekondigde aanpassing van art 10 van het M.B. 23.04.2014, zal de vereiste proportie universitair versus niet universitaire stagedienst, weinig problemen stellen (bv tijdens de klinische vorming).
- Het art 15 van het M.B. 23 mei 2017 bepaalt de overgangsmaatregelen om erkend te worden als Klinisch Geneticus. De uiterste indieningsdatum voor een aanvraag was 30 juni 2017. Een wijziging aan het M.B. heeft nu geen zin meer.
Toch merkt de Hoge Raad op dat in de toekomst dergelijke overgangsmaatregelen specifiek moeten opgesteld worden dan de in art 15 heel summiere criteria. Zo is het aan te raden minstens ook een activiteitscriterium voor opgedane ervaring te voorzien.

De Hoge Raad wijst op de dringendheid van een snelle aanpassing van het M.B. zodat snel stagemeesters kunnen aangeduid worden en afgestudeerden geneeskunde ook voor deze specialisatie kunnen opteren in een context van de dubbele cohorte 2018.

10.9. NEUROLOGIE : dringend advies d.d. 14.12.2017 tot wijziging op korte termijn van het vormingstraject

Op 22 november 2017 ontving de Hoge Raad een schrijven van mevr. de voorzitter dr. P. Seelldrayers van de Commission d'agrément Neurologie (Fédération Wallonie-Bruxelles).

Deze Erkenningscommissie signaleert een belangrijk probleem inzake de nog steeds vigerende erkenningscriteria van het M.B. 29 juli 1987.

In het professioneel vormingstraject neurologie van 5 jaar, is nog steeds één jaar stage “in een erkende dienst voor algemene klinische psychiatrie” verplicht. Dit wordt sinds lange tijd niet strikt meer toegepast, maar de administratie van de Fédération Wallonie-Bruxelles stelde vast dat hierdoor de reglementering niet gerespecteerd wordt.

De grote diagnostische en therapeutische medische-technologische evolutie binnen de neurologie (stroke units, multiple sclerose, epilepsie ...) laat niet toe dat van de 5 jaar professionele vorming, nog één jaar moet ingevuld worden voor vorming psychiatrie. Reeds in 2008 werden voorstellen ontwikkeld om dit aan te passen, maar de nodige aanpassing aan de reglementering volgde niet.

Het gaat om volgende bepalingen in het M.B 29 juli 1987:

M.B. 29 juli 1987 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten voor de specialiteiten van de neurologie en de psychiatrie, BS 12.08.1987.

Art. N, I, A, 2

“2. De duur van de opleiding bedraagt ten minste vijf jaar, bestaande uit ten minste vier jaar stage in de neurologie en ten minste één jaar stage in een erkende dienst voor algemene acute klinische psychiatrie, continue gevolgd op een willekeurig tijdstip van de opleiding”

Art. N, I, A, 5

“Gedurende zijn stage in de psychiatrie zal de kandidaat-neuroloog zich toeleggen op de theoretische en klinische studie van de verschillende takken van de psychiatrie”.

De professionele stage psychiatrie gedurende één jaar, is geformuleerd als verplichting.

De voorzitter en ondervoorzitter/secretaris Hoge raad Artsen contacteerden via de Vlaamse administratie de Vlaamse Erkenningscommissie neurologie en vroegen het standpunt van de administraties van de gefedereerde entiteiten.

Volgend voorstel werd geformuleerd: een (advies tot) dringende aanpassing van het M.B. 29 juli 1987, waardoor een jaar professionele vorming psychiatrie niet meer verplicht is, maar facultatief wordt door deze stage te voorzien als een rotatiestage zoals bedoeld in artikel 13 van het M.B. 23.04.2014 (transversale criteria). In een tweede fase, zou het M.B. 29 juli 1987 grondiger kunnen aangepast worden.

In een mail d.d. 5 december 2017 onderschrijft dr Dirk Peeters, voorzitter Nederlandstalige Erkenningscommissie dit voorstel en wijst hij op de dringendheid van de eerste fase. Een voorstel tot grondiger aanpassing van het MB 29 juli 1987, krijgt ook alle steun.

Mevr Ch. Kaufman, directrice générale Administration générale de l’enseignement – agrément des prestataires de soins, meldt in een mail d.d. 6 december 2017 het standpunt van de Erkenningscommissie te volgen: het obsoleet en onaangepast karakter van het M.B. uit 1987 wordt aangeklaagd. Er wordt betreurd dat eerdere voorstellen uit 2002 en 2008 nooit hebben geleid tot een aangepast M.B.

De administratie steunt het voorstel te werken in twee fasen (dringende aanpassing gevolgd door een bredere herziening) en merkt op dat zodoende zowel een kwaliteitsvolle professionele vorming als het respect voor de (federale) reglementering kan gewaarborgd worden.

De Hoge Raad Artsen besliste op 14 december 2017 tot het uitbrengen van een dringend advies teneinde het ene jaar stage in de psychiatrie op heel korte termijn te voorzien als een facultatieve rotatiestage zoals bedoeld in art. 13 van het M.B. 23.04.2014 ²⁹.

Daarnaast illustreert het dossier het belang van de actualisatie van de erkenningscriteria voor de Belgische medische beroepskwalificaties waarbij uitgekeken wordt naar de aangekondigde uitnodiging op het Kabinet.

10.10. Verzekeringsgeneeskunde en medische expertise M.B. 22.01.2007

De Hoge Raad besprak tijdens de vergadering d.d. 14.12.2017 een analyse van het M.B. 22.01.2007 ³⁰, dat enkele onduidelijkheden bevat en praktische problemen qua toepassing stelt. Het dossier wordt verder onderzocht.

10.11. Oftalmologie (niveau 2)

Eerste tussentijdse bespreking tijdens de plenaire vergadering van 15 juni 2017, met vragen en een oriëntatie voor de werkgroep.

10.12. Infectiologie: vraag van universiteitsprofessoren tot ontwikkeling van een niveau 3 titel.

De Hoge Raad nam d.d. 14.12.2017 kennis van deze vraag. Het antwoord van het Kabinet over de opvolging van de eerdere adviezen “specifieke criteria” zal belangrijk zijn.

²⁹ M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, *BS* 27 mei 2014.

³⁰ M.B. 22 januari 2007 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten in de verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise, *BS* 5 februari 2007.

10.13. Sportgeneeskunde

Op 14 december 2018 vond een eerste tussentijdse bespreking plaats van een ontwerp van de Werkgroep (adviesaanvraag Mevr. de Minister Onkelinx d.d. 3 maart 2014, mevr. Min De Block d.d. 22 juli 2015) . De Hoge Raad stelde vragen, de werkgroep werkt de voorstellen verder uit.

10.14. Urgentiegeneeskunde – acute geneeskunde – brevet acute geneeskunde

Op 23 maart 2017 nam de Hoge Raad kennis van een analyse.

10.15. Opvolging eerdere eindadviezen specifieke erkenningscriteria

Op 13 september 2017 – in opvolging van de vergadering van juni 2017 – richtte de Hoge Raad een schrijven aan mevr. de Minister.

Van de 26 uitgebrachte eindadviezen, gaven er slechts 3 aanleiding tot een Ministerieel Besluit. Twee nieuwe titels (forensische psychiatrie en klinische genetica) en één actualisering van een bestaand M.B. (dermatologie).

De argumenten voor een actualisering van de oude MB's uit de jaren '70 en '80 worden herhaald: voorbijgestreefd en moeilijk nog toepasbaar, geloofwaardigheid van ons land in een Europese context, maar ook het niet voorzien van bijdragen tot oplossingen voor de dubbele cohorte (bv inwendige geneeskunde, bv orthopedie).

Bij het niet reageren op de eindadviezen gedurende een te lange periode, dreigt de Raad van State er later op te wijzen dat de adviezen reeds gedateerd zijn en overgedaan moeten worden.

Gezien de vele avondvergaderingen en het vele werk bij het opstellen van eindadviezen (en wetende dat nog een 15 tal disciplines aan bod moeten komen), moet het nut van het verder opstellen van eindadviezen die toch geen aanleiding geven tot actualisering van M.B.'s in vraag gesteld worden. Het heeft in deze context geen zin verder te vergaderen met werkgroepen en deelnemers nodeloos te motiveren.

De vergadering nam op 14 december 2017 kennis van de Beleidsnota van mevr de Minister d.d. oktober 2017, waar aangekondigd wordt dat het transversale M.B. 23.04.2014 meer gedetailleerd zou moeten uitgewerkt worden waardoor op termijn de specifieke M.B.'s zich

zouden moeten beperken tot te behalen eindcompetenties en duurtijd van de professionele vorming.

Voor de specifieke criteria, zou nu prioriteit gegeven worden aan de niet-chirurgische esthetische geneeskunde, de psychiatrie, de klinische genetica, de orthopedie en de gynaecologie. Het betreft een deel van de disciplines waarover de Hoge Raad eerder advies uitbracht.

11. Andere zorgberoepen (scope of practice)

11.1. Beroepen van de dringende geneeskundige hulpverlening

De leden namen kennis van het ontwerp advies van de Werkgroep samengesteld uit leden van de Federale Raad voor de verpleegkunde, de Federale Raad voor de paramedische beroepen, de Nationale Raad voor de dringende geneeskundige hulpverlening en de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen. Er wordt verwezen naar de adviesaanvraag van mevr. de Minister d.d. 26 april 2016 aan deze raden.

De vergadering besliste op 15 juni 2017 in consensus positief advies te geven over het ontwerp advies, met de opmerking dat bij de verdere behandeling van het advies best rekening gehouden wordt met de implicaties van het hervormingsproject KB78 (uitoefening zorgberoepen). De omschreven beroepen worden best opgenomen als beroepen in het kader van de wetgeving uitoefening zorgberoepen. Er moet nog gewerkt worden aan de aflijning van de competenties van elk beroep en van de articulatie tussen de verschillende beroepen.

Daarnaast wordt het belang onderstreept van het voorzien van een gereguleerde context die de bekwaamheid (ondermeer opleiding en vorming) garandeert van dispatchers in het onmisbaar geworden 1733 oproepsysteem.

11.2. Optometrie, optiek, (orthoptie)

Er wordt verwezen naar de adviesaanvraag van Mevr. de Minister d.d. 30.08.2016 waarin naast de niveau 2 titel oftalmologie, ook de optometrie en eventueel de optiek in voorkwamen. De Minister verwees naar een eerder advies van februari 2015 van de Nationale Raad voor de Paramedische beroepen aangaande de orthoptie tot aanpassing van het K.B. 24 november 1997. De Minister verwees naar het principe van de niet exclusiviteit van activiteiten, vroeg voldoende aandacht voor de vereiste eindcompetenties en onderstreepte dat oogzorg interdisciplinair en complementair moet georganiseerd worden.

De vergadering beslist in consensus positief advies te geven betreffende het voorzien van één paramedisch beroep optometrist-orthoptist (op te nemen in de Wet uitoefening gezondheidszorgberoepen).

De optometrist-orthoptist moet een passende vorming krijgen en binnen de verkregen competenties ook in andere contexten dan een oogartsenkabinet kunnen werken. De Hoge Raad gaf het voorbeeld van een nuttige rol in de eerste lijn (huisarts), waar patiënten nu dikwijls maanden moeten wachten op een consultatie bij een oftalmoloog.

Het voorzien van een paramedisch beroep voor de opticiens is niet aangewezen. Zijn/haar toegelaten activiteiten moeten duidelijk afgelijnd worden. De bevoegde overheid houdt daarop toezicht en bepaalt daarvoor de gepaste maatregelen. Het in het ontwerp advies systeem van “automatische boetes” is niet aangewezen in een dergelijk advies.

12. Erkenning van de stagediensten en stagemeesters

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 verlengen³¹.

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 zenden³². In geval van een negatief advies kan de kandidaat-stagemeester beroep aantekenen.

In 2017, hebben de werkgroepen een totaal van 323 dossiers van stagemeesters specialisten geanalyseerd, 407 dossiers van stagemeesters in de huisartsgeneeskunde en 31 dossiers van specialisten voor de opleiding van huisartsen.

Onder deze 761 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 adviezen³³.

³¹ 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.

³² Art. 38. § 2. De belanghebbende kan, binnen een termijn van dertig dagen na ontvangst van het advies, aan de Minister een nota laten geworden met zijn met redenen omklede opmerkingen. Indien de belanghebbende binnen die termijn aan de Minister een nota laat geworden 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.

³³ 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	3	343
Erkenning van een stagedienst in de huisartsgeneeskunde	0	30
Hernieuwing van de erkenning voor stagemeeester huisarts in zijn praktijk	0	61
Hernieuwing van de erkenning van een stagedienst in de huisartsgeneeskunde	0	1

Totaal van de uitgebrachte adviezen voor 2017: 438.

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	7	289
Hernieuwing van de erkenning voor stagemeeester specialiteit/bijzondere bekwaamheid in de geneeskunde	0	27

Totaal van de uitgebrachte adviezen voor 2017: 323.

Uitgebrachte adviezen voor de aanstelling van een tijdelijke verantwoordelijke voor de opleiding in toepassing van artikel 42 van het koninklijk besluit van 21 april 1983³⁴: 11.

³⁴ 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. 28.11.2017 : Specifieke erkenningscriteria artsen-specialisten, stagemeesters en –diensten

Discipline / beroepstitel	K.B. 25.11.1991 ³⁵	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)		Adviesaanvraag 24 juli 2017 aangaande MB 23 mei 2017	Positief advies februari 2015 M.B. 23 mei 2017, BS

³⁵ 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.

			31 mei 2017 Advies 12 oktober 2017 aangaande M.B. 31 mei 2017
Sportgeneeskunde		Werkgroep Titels Adviesaanvraag Minister 22 juli 2015	Werkgroep gestart mei 2016, in opvolging
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			Positief eindadvies juni 2017
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	Gemengde werkgroep	
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 Werkgroep Titels	Wachten op aangekondigd voorstel verenigingen
Oftalmologie	Niveau 2	Gemengde Werkgroep	Eerste bespreking plenaire 15 juni 2017
Klinische biologie			Werkgroep 1 ^e vergadering 7 maart 2017 (arts en apotheker cf adviesaanvraag Minister 15 juni 2016)
Neurologie	Niveau 2		Schrijven voorz Commission d'agrément Féd Wall 22 novembre 2017 Dringend tussentijds advies aangaande 1 jaar psychiatrie in vormingstraject (zou facultatieve rotatiestage moeten worden) d.d. 14.12.2017
Verzekeringsgeneeskunde en medische expertise	Niveau 2		MB 22.01.2007 professionele stage en stagemeester
Extramurale stages			Eindadvies 14.12.2017
Specifieke stages (art 12 MB 23.04.2014)			Adviezen 25 juni 2015, 15 oktober 2015, 23 februari 2017, 25 oktober 2017, 14 december 2017
Huisartsen			- anciënniteit stagemeesters (advies 28.04.2016 en 14.12.2017) - stageteam (advies 23.02.2017) - buitenlandse stages (advies 28.04.2016)