

HOOFDSTUK 2

BEKWAAMHEID EN VISUM

Tom GOFFIN
Professor Gezondheidsrecht, UGent

AFDELING 1. INLEIDING

1. Hoofdstuk 3, Afdeling 2 van de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg is getiteld “Bekwaamheid en visum”. De bepalingen van deze afdeling zullen cruciaal worden voor elke gezondheidszorgbeoefenaar, aangezien ze de vernieuwde voorwaarden omschrijven waaraan een gezondheidszorgbeoefenaar moet voldoen, opdat hij of zij zijn of haar beroep zou mogen uitoefenen.

2. De wetgever wilde met deze nieuwe regeling in een wettelijk kader voorzien waarbinnen voldoende kwaliteitsgaranties kunnen geboden worden opdat de zorgverlener effectief enkel de zorg zou aanbieden waarvoor hij feitelijk bekwaam is en dat inspecties en accreditering mogelijk maakt. Plichtsbewuste gezondheidszorgbeoefenaars wensen zich te onderscheiden van “charlatans” die de goede naam van het beroep bezoedelen.¹ Hoewel afdeling 2 de wettelijke voorwaarden tot uitoefening van het gezondheidszorgberoep omschrijft, stelt de wetgever expliciet dat het niet de bedoeling is bevoegdheden tot handelen, of nog voorbehouden handelingen vast te stellen. Er wordt met andere woorden niets gewijzigd aan de bepalingen inzake de uitoefeningsmodaliteiten per gezondheidszorgberoep van of in uitvoering van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (hierna: Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen of WUG). In principe kan elke gezondheidszorgbeoefenaar, behoudens de uitzonderingen vermeld in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen bijgevolg elke verstrekking uitvoeren waarvoor hij bevoegd is. Het behoort tot zijn eigen verantwoordelijkheid om enkel die handelingen te stellen waarvoor hij bekwaam is en over de nodige ervaring en expertise beschikt, zo stelt de wetgever in de memorie van toelichting. Deze algemene zorgvuldig-

¹ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 3441/001, 6.

heidsnorm wordt benadrukt door de *World Medical Association* in haar *International Code of Medical Ethics*. Een gezondheidszorgbeoefenaar die zichzelf niet bekwaam acht, pleegt overleg met een collega of verwijst de patiënt naar hem door. Het visum van de gezondheidszorgbeoefenaar vormt als licence to practice een reflectie van de bekwaamheid van de gezondheidszorgbeoefenaar.²

3. De stelling van de wetgever dat er niets wijzigt aan de bevoegdheid tot uitoefening, lijkt echter enigszins tegenstrijdig met de stelling dat een niet-bekwame gezondheidszorgbeoefenaar, of nog een gezondheidszorgbeoefenaar die niet beschikt over de nodige aantoonbare bekwaamheid en beroepservaring, de patiënt moet doorverwijzen. Enige duiding van deze concepten dringt zich op.

4. Om het onderscheid duidelijk te maken tussen de regeling voor de Kwaliteitswet en de regeling ten gevolge van de Kwaliteitswet, wordt in Afdeling 2 ingegaan op de begrippen 'visum', 'bekwaamheid' en 'kwaliteitstoetsing' zoals die tot vóór de Kwaliteitswet werden geregeld. In Afdeling 3 worden vervolgens eerst de wijzigingen geduid die op de oude regeling worden aangebracht. Vervolgens worden de begrippen 'visum' en 'bekwaamheid' binnen het kader van de Kwaliteitswet geduid en worden nieuwe 'concepten' zoals het portfolio uitgebreid geduid en geanalyseerd.

AFDELING 2. REGELING VOOR DE KWALITEITSWET

§ 1. VISUM

4. De Kwaliteitswet is van toepassing op de gezondheidszorgbeoefenaar. Deze wordt in artikel 2 omschreven als "de beroepsbeoefenaar, bedoeld in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, alsmede de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk, als bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen".³

Het betreft dus twee soorten gezondheidszorgbeoefenaars: de WUG-beroepen en de beoefenaars van de niet-conventionele praktijken.

Aangezien de bevoegdheidsvoorwaarden tot uitoefening verschillen, worden beide soorten apart toegelicht.

² *Ibid.*

³ Wet 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkenden, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen, *BS* 24 juni 1999, 23793; gec. wet 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *BS* 18 juni 2015, 35172.

A. WUG-beroepen

5. Overeenkomstig artikel 25 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen zijn er drie voorwaarden waaraan een gezondheidszorgbeoefenaar moet voldoen opdat hij zijn beroep zou mogen uitoefenen:

1. de gezondheidszorgbeoefenaar moet beschikken over een wettelijk diploma voor dat beroep⁴;
2. het diploma moet voorafgaandelijk aan de uitoefening zijn gevisieerd door het Directoraat-generaal Gezondheidszorgberoepen, Medische Bewaking en Welzijn op het Werk van de FOD Volksgezondheid;
3. de gezondheidszorgbeoefenaar moet, in voorkomend geval, de inschrijving op de lijst van de voor hun beroep bevoegde Orde hebben verkregen.

6. Op de voorwaarde van een wettelijk diploma wordt in dit hoofdstuk niet ingegaan, aangezien de van toepassing zijnde regels niet in de Kwaliteitswet, maar in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen zijn opgenomen en de Kwaliteitswet niets wijzigt aan deze bepalingen van die wet.

7. Het verlenen van het visum is van oudsher een administratieve formaliteit, zodat het visum niet kan worden geweigerd, bijvoorbeeld om gezondheidsredenen of bij wijze van sanctie.⁵ De visumverplichting werd reeds opgelegd door de wet van 12 maart 1818⁶ en bevestigd door het inmiddels opgeheven artikel 1 van het KB van 31 mei 1885 houdende goedkeuring nieuwe onderrichtingen voor geneesheren.⁷ De titel die gevisieerd moet worden, is het diploma dat afgeleverd werd door de faculteit geneeskunde van de universiteit waar de gezondheidszorgbeoefenaar zijn opleiding genoot. De visumplicht had daarbij als voornaamste doel een controle mogelijk te maken van de echtheid van het diploma.⁸ Deze verplichting was voornamelijk van belang toen de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen nog niet expliciet een diplomavorwaarde per gezondheidszorgberoep stelde. Nu in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen wel deze verplichting is opgenomen – en dat al sinds het oorspronkelijke KB nr. 78 van 10 november 1967 – heeft de visumplicht veel van haar belang verloren.⁹ Het Directoraat-generaal Gezondheidszorgberoepen baseert zich thans voor het uitreiken van het visum op de lijsten van gediplomeerden die zij ontvangt van

⁴ H. Nys, *Geneeskunde. Recht en medisch handelen* in APR, Mechelen, 2015, 5-7.

⁵ *Ibid.*

⁶ Wet 12 maart 1818 ter regeling van hetgeen betrekkelijk is tot de uitoefening van de verschillende takken der Geneeskunde.

⁷ KB 31 mei 1885 houdende goedkeuring der nieuwe onderrichtingen voor de geneesheren, de apothekers en de drogisten, BS 19 juni 1885.

⁸ Dit kan afgeleid worden uit art. 119, § 1, 2°, a. WUG

⁹ H. Nys, *Geneeskunde. Recht en medisch handelen* in APR, Mechelen, 2015, 7.

de faculteit geneeskunde van elke universiteit. Indien er bepaalde gegevens ontbreken, kan het Directoraat-generaal Gezondheidszorgberoepen het visum niet verlenen. In dat geval geeft ze een lijst van de betrokken gediplomeerden aan de administratie van de universiteit, die deze personen op de hoogte moet brengen. Zij moeten dan zelf met hun bewijs van slagen naar de FOD Volksgezondheid stappen om hun visum te verwerven.¹⁰

8. Artikel 25, § 3, tweede lid Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen stelt dat het visum wordt verleend tegen betaling van een bijdrage. De Koning bepaalt de bedragen en de betalingsmodaliteiten van deze bijdrage. Hoewel de betaling van het visum als principe werd opgenomen, is dit principe thans in onbruik geraakt.¹¹ Bijgevolg wordt het visum nu gratis afgeleverd.

9. Het laatste lid van artikel 25, § 3 stelt bovendien dat op verzoek van de betrokkene, de Commissie – d.i. de provinciale geneeskundige commissie – het document kan laten viseren waarmee de onderwijsinstelling getuigt dat de verkrijger geslaagd is voor het eindexamen dat recht geeft op het vereiste diploma. Het betreft hier de uitreiking van een ‘voorlopig’ visum. Het had betrekking op de periode vóór de volledige inwerkingtreding van artikel 25, toen de provinciale geneeskundige commissies nog bevoegd waren voor de uitreiking van het visum. Tot vóór de centralisatie van de visa van verpleegkundigen en vroedvrouwen hadden de provinciale geneeskundige commissies de mogelijkheid om een voorlopig visum af te leveren op basis van een document dat getuigde van het slagen in het eindexamen. Niet alle scholen geven immers direct het definitieve diploma af. Het voorlopige visum was geldig voor een jaar. Op het moment dat de persoon in kwestie zijn definitieve diploma kreeg, diende hij dit dan te laten viseren. Sinds de centralisatie van de uitreiking van het visum bij het Directoraat-generaal Gezondheidszorgberoepen van de FOD Volksgezondheid voor de verpleegkundigen en vroedvrouwen op 1 januari 2015 wordt dit voorlopige visum niet meer afgeleverd. Er wordt altijd een definitief visum afgeleverd, hetzij op basis van het voorlopige getuigschrift, hetzij op basis van het definitieve diploma.¹²

10. De laatste voorwaarde waaraan een gezondheidszorgbeoefenaar moet voldoen, is de inschrijving op de lijst van de Orde, bevoegd voor dat gezondheidszorgberoep. Actueel bestaat er slechts een Orde voor de artsen¹³ en een Orde

¹⁰ F. DEWALLENS en E. HUYBRECHTS, “De arts” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.), *Handboek Gezondheidsrecht*, Deel I, 2014, Antwerpen, Intersentia, 645.

¹¹ Tot midden de jaren 1990 waren gezondheidszorgbeoefenaars verplicht om te betalen voor het visum met fiscale zegels. Wellicht onder invloed van de afschaffing van de fiscale zegels in 2006, is de betaling voor het visum ook afgeschaft geraakt.

¹² Informatie van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

¹³ KB nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der artsen, BS 14 november 1967, 11894.

voor de apothekers.¹⁴ De verplichte inschrijving op de lijst van deze Ordes volgt niet enkel uit artikel 25 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, maar ook uit artikel 31 KB nr. 79 en KB nr. 80, dat straffen vaststelt overeenkomstig artikel 122 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, respectievelijk voor artsen en apothekers die hun beroep uitoefenen zonder op de lijst van de Orde te zijn ingeschreven.

11. De klinisch psychologen beschikken in principe ook over een “Orde”, namelijk de Psychologencommissie.¹⁵ De klinisch psycholoog moet, opdat hij de titel van psycholoog mag dragen, opgenomen zijn op de lijst van personen die voldoen aan de diplomavoorwaarden overeenkomstig artikel 1, 1° van de wet van 8 november 1993. Anders dan bij de arts en de apotheker gaat het hier evenwel niet om een voorwaarde om bevoegd te zijn het beroep uit te oefenen, maar om een voorwaarde voor titelbescherming. De bevoegdheid tot uitoefening volgt uit de naleving van artikel 68/1 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen. Bovendien heeft de Psychologencommissie wel sterk de aard van een Orde, maar wordt nergens in de wet van 8 november 1993 nominaal gesteld dat het een Orde is. Er dient bijgevolg besloten te worden dat voor de klinisch psychologen de inschrijving bij de bevoegde “Orde” niet beschouwd kan worden als een bevoegdheidsvoorwaarde om het beroep te mogen uitoefenen. Dit was wel het geval geweest indien artikel 68/1 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen had verwezen naar artikel 3 van de wet van 8 november 1993, dat de verplichting oplegt tot inschrijving op de lijst van de Psychologencommissie als voorwaarde voor titelbescherming.

12. Idealiter was de invoering van de Kwaliteitswet parallel verlopen met een hervorming van de bestaande deontologische organen en een eventuele invoering van deontologische organen voor die gezondheidszorgberoepen waarvoor er nog geen bestaan. Immers, regels rond kwaliteit van praktijkvoering komen sterk overeen met de regels voor deontologisch correct handelen.¹⁶

13. Naast de drie bevoegdheidsvoorwaarden tot uitoefening omvatten verscheidene bepalingen in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen ook de erkenning als voorwaarde voor uitoefening van het gezondheidszorgberoep, met name bij de kinesitherapie (art. 43), de vroedvrouw (art. 63), de klinisch psycholoog (art. 68/1), de klinisch orthopedagoog (art. 68/2) en de paramedische beroepen (art. 72). Het gaat hier veelal over de erkenning van een beroepstitel verkregen op grond van het basisdiploma. Wat betreft de zorgkundigen en de hulpverleners-

¹⁴ KB nr. 80 van 10 november 1967 betreffende de Orde der apothekers, *BS* 14 november 1967, 11902.

¹⁵ Art. 3-8 wet 8 november 1993 tot bescherming van de titel van psycholoog, *BS* 31 mei 1994.

¹⁶ NATIONALE RAAD ORDE DER ARTSEN, Advies van 4 juli 2015, “Hervorming van de Orde der geneesheren – Conceptnota”, www.ordomedic.be.

ambulanciers bestaat er bovendien geen erkenning, maar een registratie. Nys e.a. stellen dat, aangezien de registratie hetzelfde juridische gevolg heeft als de erkenning van een vroedvrouw, een kinesitherapeut of een paramedicus, aangenomen zou kunnen worden dat ook de registratie een (vorm van) erkenning inhoudt.¹⁷ Daarnaast bevat artikel 86 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen ook nog de regel dat niemand een bijzondere beroepstitel mag dragen of zich beroepen op een bijzondere beroepsbekwaamheid tenzij hij daartoe werd erkend.

14. Het visum en de erkenning zijn twee onderscheiden begrippen. Met ingang van 1 juli 2014 zijn de gemeenschappen wat betreft het gezondheidsbeleid uitdrukkelijk bevoegd voor een aantal aspecten van de gezondheidszorgberoepen, en meer bepaald hun erkenning met naleving van de door de federale overheid bepaalde erkenningsnormen.¹⁸ De toekenning van het visum is als het belangrijkste actiemiddel van de provinciale geneeskundige commissies daarentegen een bevoegdheid die essentieel is binnen de reglementering aangaande de uitoefening van de geneeskunde. Deze reglementering is een federale bevoegdheid gebleven.¹⁹

B. Beoefenaars van niet-conventionele praktijken

15. De wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen omschrijft in artikel 2, § 1, 2° als niet-conventionele praktijken: de homeopathie, de chiropraxie, de osteopathie en de acupunctuur.²⁰ Artikel 6 van deze wet stelt dat niemand ~~een~~ van de geregistreerde niet-conventionele praktijken mag beoefenen of handelingen stellen die tot die praktijk behoren, tenzij hij voor die praktijk geregistreerd is. De registratie wordt verleend door de minister op advies van de betrokken kamer. De bedoelde registratie is, anders dan de registratie vermeld in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, geen vorm van erkenning. Immers, met deze bepaling wordt de praktijk geregistreerd, niet de titel van de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk.

16. Wat betreft de individuele bevoegdheidsvoorwaarden, stelt artikel 3 van het koninklijk besluit van 26 maart 2014 betreffende de algemene voorwaarden die gelden voor de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken dat de uitoefe-

¹⁷ H. NYS, E. VANERMEN en L. BODDEZ, *Overzicht van het gezondheidsrecht in 2012, 2013 en 2014*, 2015, Mechelen, Wolters Kluwer, 4.

¹⁸ *Ibid.*, 3-4.

¹⁹ Verslag over het ontwerp van bijzondere wet met betrekking tot de Zesde Staatshervorming, *Parl. St. Kamer* 2013-14, nr. 3201/004, 8-9.

²⁰ Wet 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen, *BS* 24 juni 1999.

ning wordt onderworpen aan de naleving van de voorwaarden bepaald in artikel 25 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen.²¹

Bijgevolg zal een beoefenaar van een niet-conventionele praktijk ook zijn diploma laten viseren door het Directoraat-generaal Gezondheidszorgberoepen van de FOD Volksgezondheid en wanneer hij arts is, zijn inschrijving op de lijst van de Orde der artsen hebben verkregen.²² Daarnaast zal hij zijn praktijk moeten laten registreren overeenkomstig de wet betreffende de niet-conventionele praktijken en de uitvoeringsbesluiten.²³

§ 2. BEKWAAMHEID



17. Artikel 31/1 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen stelt: “Elke beoefenaar van een gezondheidszorgberoep heeft de verantwoordelijkheid om de patiënt te verwijzen naar een andere ter zake bevoegde beoefenaar van een gezondheidszorgberoep wanneer de gezondheidsproblematiek waarvoor een ingreep is vereist de grenzen van het eigen competentiegebied overschrijdt.” Deze bepaling werd ingevoegd bij artikel 5 van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorg en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.²⁴ De memorie van toelichting bij deze wet stelt dat dit artikel werd ingevoegd om te bepalen dat elke zorgverlener de verantwoordelijkheid heeft zijn patiënt naar een andere zorgverlener door te verwijzen wanneer het vastgestelde gezondheidsprobleem zijn competentiegebied overschrijdt.²⁵

18. Dat het hier om een effectieve verplichting tot doorverwijzing gaat, blijkt duidelijk uit amendement nr. 2, dat werd ingevoegd om de Nederlandse tekst en

²¹ KB 26 maart 2014 betreffende de algemene voorwaarden die gelden voor de uitoefening van alle niet-conventionele praktijken, BS 12 mei 2014.

²² H. NYS, E. VANERMEN en L. BODDEZ, *Overzicht van het gezondheidsrecht in 2012, 2013 en 2014*, 2015, Mechelen, Wolters Kluwer, 31-34.

²³ Enkel de registratie voor de homeopathie is reeds geregeld bij KB 26 maart 2014 betreffende de uitoefening van de homeopathie, BS 12 mei 2014.

²⁴ Wet 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorg en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, BS 20 mei 2014, 40080.

²⁵ Wetsvoorstel tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *Parl. St.* Kamer 2013-14, nr. 3243/001, 10. Merk op dat art. 45 wet 4 april 2014 bij de verplichtingen van de psychotherapeut deze verantwoordelijkheid herhaalt. Deze bepaling werd evenwel opgeheven door wet 10 juli 2016 tot wijziging van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, anderszins, BS 29 juli 2016, 46374.

de Franse tekst meer op elkaar af te stemmen. De Franse tekst had het daarbij over “*renvoyer*”, terwijl de Nederlandse tekst initieel minder imperatief sprak over de verantwoordelijkheid van de beoefenaar “om de patiënt te adviseren een andere beoefenaar te raadplegen”.²⁶

§ 3. KWALITEITSTOETSING

A. *Evaluatie*

19. Binnen de wetgeving op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen bestaat er reeds meer dan twintig jaar een regelgeving m.b.t. kwaliteitstoetsing. Artikel 94 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen stelt daartoe:

“§ 1. De Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, en op de gezamenlijke voordracht van de ministers bevoegd voor Volksgezondheid en voor Sociale Zaken en na overleg in het Overlegcomité: 1° bepaalt de regels en de modaliteiten inzake de evaluatie, onder andere via een systeem van “peer review”, van de praktijk en van het onderhouden van de professionele bekwaaming van de individuele beroepsbeoefenaars bedoeld in artikel 3, § 1;

2° duidt de structuren aan die de evaluatie van de praktijk en van het onderhouden van de professionele bekwaaming organiseren of begeleiden en bepaalt de algemene regels van de werking ervan.

§ 2. De Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en op de gezamenlijke voordracht van de ministers bevoegd voor Volksgezondheid en voor Sociale Zaken en na overleg in de desbetreffende overeenkomstencommissies bedoeld in artikel 26 van de Ziekteverzekeringwet van 14 juli 1994: 1° bepaalt de regels en de modaliteiten inzake de evaluatie, onder andere via een systeem van “peer review”, van de praktijk en van het onderhouden van de professionele bekwaaming van de individuele beoefenaars van de gezondheidsberoepen, met uitzondering van de beoefenaars bedoeld in paragraaf 1;

2° duidt de structuren aan die de evaluatie van de praktijk en van het onderhouden van de professionele bekwaaming organiseren of begeleiden en bepaalt de algemene regels van de werking ervan voor de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen, met uitzondering van de in paragraaf 1 bedoelde beoefenaars.”

Het oorspronkelijke artikel 35*duodecies* werd in het KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen ingevoegd bij

²⁶ Verslag namens de commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke vernieuwing, wetsvoorstel tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, *Parl.St.* Kamer 2013-14, nr. 3243/003, 18.

de wet van 10 december 1997 tot reorganisatie van de gezondheidszorg en tot zijn actuele vorm herschreven door de programmawet van 2 augustus 2002.²⁷

Hoewel deze bepaling al die tijd een degelijke basis creëerde om een kwaliteitskader voor de praktijkvoering voor artsen in te voeren – maar wel enkel voor artsen – bleef het bij afwezigheid van de noodzakelijke uitvoeringsbesluiten dode letter.

20. Parallel aan de invoering van artikel 35*duodecies* werd ook een artikel 36*bis* ingevoegd in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen met als doel een systeem van accreditering te creëren. Deze bepaling werd daarentegen wel uitgevoerd bij de artikelen 122*bis* t.e.m. 122*octies* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Ook hier beperkte het systeem van accreditering zich tot slechts twee gezondheidszorgberoepen: artsen en tandartsen.²⁸

21. Hoewel deze twee bepalingen samen werden geïntroduceerd om zo én een wettelijke kapstok in de wetgeving op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, én een wettelijke kapstok in de wetgeving op de financiering te creëren, is het onduidelijk waarom artikel 36*bis* wel werd uitgevoerd en artikel 35*duodecies* niet.

B. Behoud van erkenning

22. Naast de wettelijke kapstok van artikel 94 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen wordt 'levenslang leren' in de uitvoeringsbesluiten rond de erkenning van bijzondere beroepstitels en beroepsbekwaamheden van de verschillende gezondheidszorgberoepen vaak als een voorwaarde gesteld voor het behoud van erkenning. Zo stelt het artikel 3, § 5 van het ministerieel besluit van 29 maart 2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts, dat om erkend te blijven de betrokken beoefenaar zich onder meer regelmatig moet bijscholen volgens de voorwaarden bepaald in de bijlage bij dat besluit en vermelden de meeste besluiten over de erkenningsvoorwaarden van de verschillende gespecialiseerd verpleegkundigen het volgen van zestig uur permanente vorming gespreid over vier jaar als erkenningsvoorwaarde.²⁹

²⁷ Wet 10 december 1997 tot reorganisatie van de gezondheidszorg, *BS* 29 januari 1998, 2517; programmawet 2 augustus 2002, *BS* 29 augustus 2002, 38408.

²⁸ Gec. wet 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, *BS* 27 augustus 1994; KB 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, *BS* 31 juli 1996.

²⁹ MB 29 maart 2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts, *BS* 31 mei

AFDELING 3. KWALITEITSWET

§ 1. WIJZIGINGEN

23. De actuele regelgeving zoals hierboven uiteengezet zal, eenmaal de Kwaliteitswet in werking treedt – d.i. op 1 juli 2021 – grondig wijzigen. Artikel 25 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen m.b.t. de voorwaarden tot uitoefening van de gezondheidszorgberoepen zal volledig opgeheven worden. In de Kwaliteitswet zal daartoe een nieuwe regeling worden opgenomen. Hetzelfde geldt voor de bepalingen 31/1 (verantwoordelijkheid tot doorverwijzing bij overschrijding van het competentiegebied) en 94 (kwaliteitsevaluatie), die hierboven werden geduid.  In deze bepalingen worden in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen opgeheven.³⁰

24. In de context van dit hoofdstuk wordt opgemerkt dat artikel 36*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en de daaraan gekoppelde accreditatieregeling blijft bestaan. Ook de regelgeving van de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen m.b.t. de erkenning van (bijzondere) beroepstitel en beroepsbekwaamheden blijft onverkort van toepassing, net zoals de uitvoeringsbesluiten met de erkenningsnormen.³¹

Daarnaast wordt er evenmin geraakt aan de voorwaarde tot praktijkregistratie van de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.³²

2002, 23754. Voor de gespecialiseerd verpleegkundige, zie o.m. MB 19 april 2007 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden de bijzondere beroepstitel te dragen van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie, *BS* 8 juni 2007, 31279; MB 19 april 2007 tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg te dragen, *BS* 8 juni 2007, 31281. Zie voor de volledige lijst FEDERALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE, Advies van 17 april 2018 betreffende de permanente vorming van de beoefenaars van de verpleegkunde, 4-5, overlegorganen.gezondheid.belgie.be.

³⁰ Zie voor de hele lijst van artikelen uit de WUG die worden opgeheven: Hoofdstuk 6 – Opheffingsbepalingen, art. 69 t.e.m. 83.

³¹ Cf. art. 85 e.v. WUG.

³² Naast de voorwaarde tot registratie opgenomen in de wet van 29 april 1999, zal de beoefenaar van een niet-conventionele praktijk bovendien zijn praktijk moeten laten registreren overeenkomstig art. 42 en 43 Kwaliteitswet. De MvT geeft geen duiding over hoe deze twee vormen van wettelijk verplichte praktijkregistratie zich tot elkaar zullen verhouden (wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 3441/001, 54-56).

§ 2. NIEUWE REGELING

25. Afdeling 2 – Bekwaamheid en visum van Hoofdstuk 3 – Vereisten inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg omvat vier artikelen.

26. Artikel 8 stelt dat de gezondheidszorgbeoefenaar enkel de gezondheidszorg mag verstrekken waarvoor hij over de nodige aantoonbare bekwaamheid en ervaring beschikt. Deze aantoonbare bekwaamheid en ervaring moet blijken uit een portfolio dat de gezondheidszorgbeoefenaar verplicht is bij te houden, bij voorkeur in elektronische vorm.

27. Artikel 9 herhaalt het principe van artikel 31/1 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen dat de gezondheidszorgbeoefenaar de verplichting heeft de patiënt naar een ter zake bevoegde gezondheidszorgbeoefenaar door te verwijzen wanneer de gezondheidsproblematiek of de vereiste gezondheidszorg de grenzen van zijn eigen bekwaamheid overschrijdt. De wetgever voegt hieraan de voor de handliggende verplichting toe dat in geval van doorverwijzing de gezondheidszorgbeoefenaar melding moet maken van deze doorverwijzing in het patiëntendossier.

28. De nieuwe regelgeving m.b.t. tot het visum wordt verwoord in artikel 10. De gezondheidszorgbeoefenaar mag overeenkomstig deze bepaling enkel gezondheidszorg verstrekken indien hij beschikt over een visum, dat is op zich niet voldoende. Het visum moet bovendien de bekwaamheid van de gezondheidszorgbeoefenaar tot uitoefening van zijn gezondheidszorgberoep reflecteren.

29. Artikel 11 is het veeleer administratieve sluitstuk van deze afdeling en stelt dat het visum wordt uitgereikt door het Directoraat-generaal Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Het visum wordt uitgereikt op basis van het basisdiploma van de gezondheidszorgbeoefenaar om het desbetreffende beroep in België te kunnen uitoefenen.

De Koning kan nadere regels bepalen inzake het aanvragen en het uitreiken van het visum.

30. De volgorde van de bepalingen in deze afdeling is niet logisch en creëert onnodig onduidelijkheid. Het was beter geweest dat de wetgever de volgende volgorde had gehanteerd:

- a. de gezondheidszorgbeoefenaar mag enkel gezondheidszorg verstrekken indien hij beschikt over een visum. Dit visum wordt uitgereikt door het Directoraat-generaal Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op basis van het basisdiploma van de gezondheidszorgbeoefenaar om het desbetreffende beroep in België te kunnen uitoefenen;

- b. binnen zijn bevoegdheid tot uitoefening verstrekt de gezondheidszorgbeoefenaar enkel gezondheidszorg waarvoor hij over de nodige aantoonbare bekwaamheid en ervaring beschikt. De gezondheidszorgbeoefenaar houdt daartoe in een portfolio de nodige gegevens bij, bij voorkeur in elektronische vorm, waaruit blijkt dat hij beschikt over de nodige bekwaamheid en ervaring;
- c. de gezondheidszorgbeoefenaar verwijst de patiënt door naar een andere ter zake bevoegde gezondheidszorgbeoefenaar wanneer de gezondheidsproblematiek of de vereiste gezondheidszorg de grenzen van zijn eigen bekwaamheid overschrijdt. De gezondheidszorgbeoefenaar vermeldt deze doorverwijzing in het patiëntendossier.

Deze volgorde had een veel logischere opbouw gecreëerd zonder dat aan de bedoelde inhoud en principes wordt geraakt. Het lijkt daarom aan te raden de bepalingen van deze afdeling in de Kwaliteitswet volgens de voorgestelde opbouw te lezen en te interpreteren. In wat volgt, zal deze volgorde worden gehanteerd.

A. *Visum*

1. Het visum als toegangsvoorwaarde

31. Net zoals in de regeling onder de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen, moet de gezondheidszorgbeoefenaar over een visum beschikken opdat hij zijn beroep zou mogen uitoefenen. De gezondheidszorgbeoefenaar zal op basis van de Kwaliteitswet op grond van zijn basisdiploma automatisch een visum krijgen van het Directoraat-generaal Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Eenmaal hij zijn visum verkregen heeft, kan de gezondheidszorgbeoefenaar overgaan tot de uitoefening van zijn beroep. De toegang tot het gezondheidszorgberoep wordt niet beperkt.³³ Hoewel de wetgever in de memorie van toelichting stelt dat door deze nieuwe wet het visum een “*licence to practice*”, een licentie om het gezondheidszorgberoep uit te oefenen “in de praktijk” wordt, lijkt in de werkelijkheid het principe van het uitreiken van het visum net hetzelfde als in de regeling die geldt overeenkomstig de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen.

32. Bij het verkrijgen van het visum wordt er geen bekwaamheidstest afgenomen. Zoals reeds gesteld, krijgt de gezondheidszorgbeoefenaar zijn visum louter op basis van het basisdiploma. De wetgever verduidelijkt in de memorie van toelichting dat de gezondheidszorgbeoefenaar via het visum het label “bekwaam”

³³ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 3441/001, 20-21.

krijgt toegekend en hij kan overgaan tot de uitoefening van zijn gezondheidszorgberoep.³⁴

33. Omdat de betaling voor het visum als principe thans in onbruik is geraakt³⁵, is het logisch dat dit principe niet werd behouden in de nieuwe Kwaliteitswet.

34. De wetgever laat evenwel een opening door de Koning de mogelijkheid te geven nadere regels te bepalen inzake het aanvragen en het uitreiken van het visum.³⁶

2. Het visum als dynamische beroepsuitoefeningsvoorwaarde

35. Nieuw in het concept van het visum als *licence to practice* is wel dat het visum volgens artikel 10 de bekwaamheid van de gezondheidszorgbeoefenaar om *de facto* zijn gezondheidszorgberoep uit te oefenen, blijvend moet reflecteren. Het visum wordt bijgevolg naast een voorwaarde om initieel het beroep te mogen uitoefenen, nu ook op een dynamische wijze een voorwaarde om het beroep te mogen blijven uitoefenen. De wetgever vermeldt in de memorie van toelichting echter wel dat het visum in principe voor onbepaalde tijd wordt uitgereikt en bijgevolg onbeperkt geldig is.

36. Hoe het visum precies de bekwaamheid tot uitoefening blijvend moet reflecteren eenmaal de gezondheidszorgbeoefenaar zijn beroep uitoefent, wordt in het betreffende artikel 10 noch in de toelichting bij dit artikel verklaard. Een antwoord geeft de wetgever wel in de toelichting bij artikel 8. Daar staat te lezen: “De gezondheidszorgbeoefenaar moet zijn bekwaamheid en ervaring ook kunnen bewijzen. Hij moet met andere woorden kunnen aantonen dat hij zijn visum waardig is (zie artikel 10). Met het oog hierop houdt de gezondheidszorgbeoefenaar een portfolio bij.”³⁷

37. De wetgever wilde dus een koppeling maken tussen het visum vermeld in artikel 10 en de nieuwe verplichting tot het bijhouden van een portfolio zoals vermeld in artikel 8, tweede lid.³⁸ Het is onduidelijk waarom dit niet op die wijze in de wettekst werd opgenomen. Bovendien blijkt hieruit dat het visum als dynamische beroepsuitoefeningsvoorwaarde via dit portfolio een verplichting legt op de gezondheidszorgbeoefenaar om deze permanente bekwaamheid te garanderen.

³⁴ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 3441/001, 21. Zie voor verhouding met de gezondheidszorgbeoefenaar in opleiding randnr. 44.

³⁵ Cf. randnr. 8.

³⁶ Art. 11, tweede lid Kwaliteitswet.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ Zie verder in dit hoofdstuk voor de toelichting bij het portfolio.

Dat het visum in principe onbeperkt geldig is, impliceert enkel dat de administratieve maatregel tot uitreiking van het visum slechts via de procedure van de Toezichtscommissie beperkt of ingetrokken kan worden overeenkomstig hoofdstuk 4 van de Kwaliteitswet. Het impliceert niet dat een onbekwame gezondheidszorgbeoefenaar met een visum dat nog niet werd ingetrokken, zijn beroep zonder meer verder kan uitoefenen.

3. Inschrijving op de lijst van de Orde

38. De Raad van State merkt in zijn advies bij het wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering op dat de artikelen 10 en 11 Kwaliteitswet, in samenhang gelezen, strekken tot een vervanging van artikel 25 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen. Hoewel artikel 25 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen door artikel 69 Kwaliteitswet volledig wordt opgeheven, merkt de Raad van State op dat de vereiste dat de gezondheidszorgbeoefenaars hun inschrijving op de lijst van de voor hun beroep bevoegde Orde verkregen moeten hebben, niet in de Kwaliteitswet wordt overgenomen. Het dispositief moest volgens de Raad van State in het licht van deze opmerking herzien worden.³⁹

39. De wetgever is niet op deze opmerking ingegaan. In de memorie van toelichting wordt als argumentatie gegeven dat deze verplichting met het oog op het creëren van coherente wetgeving niet in de wettekst werd hernomen. Ze is volgens de wetgever reeds van toepassing op de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars, met name de artsen en apothekers, door artikel 2, tweede lid van KB nr. 79 betreffende de Orde der artsen en artikel 2, tweede lid van KB nr. 80 betreffende de Orde der apothekers. De wetgever haalt ten slotte aan dat deze koninklijke besluiten daarenboven in strafsancities voorzien bij het niet-naleven van deze verplichting inzake inschrijving.⁴⁰ De wetgever verwijst hierbij impliciet naar artikel 31 van beide KB's, dat stelt dat met de straffen voor onwettige uitoefening van de geneeskunde zoals vermeld in artikel 122 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen respectievelijk de arts of de apotheker wordt gestraft die zijn beroep uitoefent zonder op de lijst van de Orde te zijn ingeschreven.⁴¹

40. Eerder dan om redenen van coherentie zou de keuze van de wetgever om deze uitoefeningsvoorwaarde in de Kwaliteitswet niet te behouden, kunnen gezien worden als een bewuste loskoppeling van de 'nieuwe' regeling tot uitoefe-

³⁹ Adv.RvS 22 oktober 2018, nr. 64.331/2 bij het wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 3441/001, 116.

⁴⁰ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 3441/001, 21-22.

⁴¹ KB nr. 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der artsen, *BS* 14 november 1967, 11894; KB nr. 80 van 10 november 1967 betreffende de Orde der apothekers, *BS* 14 november 1967, 11902.

ning van de gezondheidszorgberoepen van de deontologie, zodat de wetgever in de toekomst de handen vrij heeft om een grondige hervorming van de bestaande Ordes door te voeren, dan wel zelfs de bestaande Ordes af te schaffen, zonder dat de Kwaliteitswet daarvoor aangepast hoeft te worden.

B. Aantoonbare bekwaamheid en ervaring

41. Het principe dat de gezondheidszorgbeoefenaar enkel maar gezondheidszorg mag verstrekken waarvoor hij over de nodige aantoonbare bekwaamheid en ervaring beschikt, is als juridisch concept nieuw binnen het Belgische gezondheidsrecht.

42. Het concept “aantoonbare bekwaamheid” bestond tot voor de wet enkel in het kader van Richtlijn 2006/86/EG wat betreft de traceerbaarheidsvereisten, de melding van ernstige bijwerkingen en ernstige ongewenste voorvallen en bepaalde technische voorschriften voor het coderen, bewerken, conserveren, bewaren en distribueren van menselijke weefsels en cellen. Deze Richtlijn bepaalt dat de betrokken weefselinstellingen dienen te beschikken over voldoende personeel dat gekwalificeerd is voor de taken die het uitvoert. De bekwaamheid van het personeel wordt met passende tussenpozen, die zijn gespecificeerd in het kwaliteitssysteem, geëvalueerd. Het personeel krijgt de nodige opleiding en bijscholing. Het opleidingsprogramma waarborgt en documenteert onder meer dat elk individu over “aantoonbare bekwaamheid” beschikt voor het uitvoeren van zijn aangewezen taken.⁴² Deze Richtlijn werd omgezet in Belgisch recht door het koninklijk besluit van 28 september 2009, dat identiek dezelfde bewoordingen hanteert.⁴³ Noch de Europese richtlijn, noch het omzettingsbesluit geven evenwel specifiek verdere duiding bij dit concept. Uit de tekst van het desbetreffende artikel blijkt wel dat het woord “aantoonbaar” betrekking heeft op de verantwoordelijkheid van de opstellers van het opleidingsprogramma, die ervoor moeten instaan dat het personeel bekwaam is voor de handelingen die zij stellen. De aantoonbaarheid van de bekwaamheid is bijgevolg rechtstreeks gelinkt aan de opleiding en de bijscholing en bovendien aan het kwaliteitssysteem dat de bekwaamheid van het personeel met passende tussenpozen evalueert.

⁴² Richtlijn 2006/86/EG van 24 oktober 2006 van de Commissie ter uitvoering van Richtlijn 2004/23/EG van het Europees Parlement en de Raad wat betreft de traceerbaarheidsvereisten, de melding van ernstige bijwerkingen en ernstige ongewenste voorvallen en bepaalde technische voorschriften voor het coderen, bewerken, conserveren, bewaren en distribueren van menselijke weefsels en cellen, *Pb.L.* 25 oktober 2006.

⁴³ KB 28 september 2009 tot vaststelling van de kwaliteits- en veiligheidsnormen voor het doneren, wegnemen, verkrijgen, testen, bewerken, bewaren en distribueren van menselijk lichaamsmateriaal, waaraan de banken voor menselijk lichaamsmateriaal, de intermediaire structuren voor menselijk lichaamsmateriaal en de productie-instellingen moeten voldoen, *BS* 23 oktober 2009.

43. De “aantoonbare bekwaamheid” van de Kwaliteitswet kent binnen deze wet daarentegen niet eenzelfde omkadering. De wetgever koppelt volgens de memorie van toelichting immers de aantoonbare bekwaamheid niet aan een kwaliteits-systeem met (voortgezette) opleidingen en geregelde evaluaties, of nog aan een accrediteringssysteem, maar aan de diagnostische en therapeutische vrijheid van de gezondheidszorgbeoefenaar. De wetgever stelt daarbij dat deze vrijheid – die expliciet in artikel 4 Kwaliteitswet wordt erkend⁴⁴ – weliswaar een vrijheid inhoudt voor de gezondheidszorgbeoefenaar, maar dat het geen vrijgeleide mag zijn om gelijk welke handeling te stellen waartoe de gezondheidszorgbeoefenaar op grond van de WUG bevoegd is. De gezondheidszorgbeoefenaar mag enkel deze verstrekkingen uitvoeren waarvoor hij over de nodige aantoonbare bekwaamheid en ervaring beschikt. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van elke gezondheidszorgbeoefenaar om zelf in te schatten over welke bekwaamheden en/of ervaring hij beschikt. De wetgever verwijst daarvoor expliciet naar het criterium van de goede huisvader.⁴⁵

44. De wetgever legt bijgevolg de verantwoordelijkheid om in te schatten enerzijds welke bekwaamheid en ervaring er voor een bepaalde verstrekking van gezondheidszorg nodig is, en anderzijds of de gezondheidszorgbeoefenaar over deze bekwaamheid en ervaring beschikt, volledig bij de gezondheidszorgbeoefenaar zelf. Het is de gezondheidszorgbeoefenaar die blijvend moet bewijzen dat hij aan het visum als dynamische uitoefeningsvoorwaarde voldoet.

45. Het criterium van de goede huisvader bestaat op zich reeds lang. Dat het hier wordt gebruikt om de ‘bekwaamheid’ van de gezondheidszorgbeoefenaar af te bakenen in de praktijk, lijkt bijgevolg niets nieuws voor het juridische kwaliteitskader van de gezondheidszorg. De wetgever lijkt op het eerste gezicht enkel maar iets dat algemeen gangbaar is te hebben geëxpliciteerd (bv. dat een huisarts, hoewel juridisch bevoegd, niet bekwaam is om een openhartoperatie te doen en als zorgvuldig handelend arts dat dan ook niet zal doen).

Net als artikel 5 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt destijds door bepaalde auteurs als een overbodige wetsbepaling werd beschouwd omdat het een doublure creëert met het zorgvuldigheids criterium, zou bijgevolg eenzelfde kritiek kunnen worden geformuleerd bij artikel 8, eerste lid Kwaliteitswet.⁴⁶

⁴⁴ Zie hierover uitgebreid hoofdstuk 8 van Tom BALTHAZAR in dit boek.

⁴⁵ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 3441/001, 19.

⁴⁶ T. VANSWEEVELT, “Het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS (eds.) *Handboek Gezondheidsrecht*, Deel II, Antwerpen, Intersentia, 2014, 308-309.

46. Aanvullend stelt de wetgever in de memorie van toelichting dat in situaties van overmacht de gezondheidszorgbeoefenaar de nodige spoedeisende handelingen kan stellen hoewel hij eigenlijk niet over de specifieke bekwaamheid en ervaring beschikt, voor zover dit in het belang van de patiënt gebeurt. Ook daar verwijst de wetgever naar het zorgvuldigheidsprincipe, dat logischerwijs, opnieuw in het belang van de patiënt, moet worden nageleefd.⁴⁷ Deze uitzondering wordt beperkt tot overmacht: situaties die niet toerekenbaar zijn aan de betrokken gezondheidszorgbeoefenaar (bv. natuurrampen of situaties veroorzaakt door een derde) en waarbij de gezondheidszorgbeoefenaar onmogelijk aan zijn verplichting kan voldoen. De wetgever heeft deze toelichting aangepast op advies van de Raad van State.⁴⁸

47. Een belangrijk verschil met de Wet Patiëntenrechten is evenwel dat de Kwaliteitswet met de Toezichtscommissie een eigen handhavingssysteem heeft ingevoerd, waardoor deze Toezichtscommissie op basis van artikel 56 de praktijkvoering van een concrete gezondheidszorgbeoefenaar zal kunnen toetsen aan de bekwaamheid en de beroepservaring waarover de gezondheidszorgbeoefenaar beschikt.

48. Daarnaast lijkt het opnemen van dit concept binnen de Kwaliteitswet ook gevolgen te hebben voor de juridische bevoegdheid van een gezondheidszorgbeoefenaar om zijn beroep uit te oefenen. Dit volgt uit het logisch samenlezen van de artikelen 8 en 10. Het concept van de aantoonbare bekwaamheid en beroepservaring en de rechtstreekse koppeling aan het visum als dynamische uitoefeningsvoorwaarde leidt ertoe dat men binnen de grenzen van het gezondheidszorgberoep waarvoor dit visum geldt, enkel bevoegd is voor de handelingen waarvoor men over een aantoonbare bekwaamheid en beroepservaring beschikt. Deze bevoegdheid is evenwel niet statisch. Wanneer de beroepsbeoefenaar meer bekwaamheden verwerft, zal hij ook binnen de grenzen van zijn beroep bevoegd zijn om meer handelingen te stellen. De gezondheidszorgbeoefenaar draagt bijgevolg zelf de verantwoordelijkheid om de grenzen van zijn dynamische bevoegdheid te bepalen.

49. De wetgever relateert de persoonlijke verantwoordelijkheid van de gezondheidszorgbeoefenaar om blijvend over de nodige bekwaamheid en beroepservaring te beschikken om het beroep te mogen uitoefenen enigszins in de toelichting met betrekking tot de gezondheidszorgbeoefenaars in opleiding. De wetgever erkent dat gezondheidszorgbeoefenaars in opleiding – d.i. gezondheidszorgbeoefenaars die (enkel) een basisdiploma behaalden – zelf nog niet over de nodige

⁴⁷ Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 3441/001, 19-20.

⁴⁸ Adv.RvS nr. 64.331/2 van 22 oktober 2018 bij het wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 3441/001, 116.

bekwaamheid en ervaring beschikken, maar dat ook voor deze gezondheidszorgbeoefenaars de kwaliteit en de veiligheid van de verleende zorg moet worden verzekerd. Volgens de wetgever moeten bijgevolg ook gezondheidszorgbeoefenaars in opleiding aan het principe van de nodige aantoonbare bekwaamheid en beroepservaring voldoen. Echter, het betreft hier volgens de wetgever veeleer een soort van gedeelde verantwoordelijkheid tussen de gezondheidszorgbeoefenaar in opleiding en de begeleider van deze persoon in opleiding.

50. Voor artsen-specialisten in opleiding verwijst de wetgever daarom naar de verantwoordelijkheid van de stagemeeester om de nodige schikkingen te treffen op basis onder meer van het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van artsen-specialisten, stagemeeesters en stagediensten.⁴⁹ Op grond van artikel 15 staat de kandidaat-specialist onder het gezag van de stagemeeester en is hij ertoe gehouden de richtlijnen van deze laatste te volgen. De kandidaat-specialist draagt, naarmate zijn opleiding vordert, gradueel een grotere persoonlijke verantwoordelijkheid. Bovendien moet de stagemeeester overeenkomstig artikel 33 de kandidaat-specialisten de gelegenheid bieden om de ingerichte lessen, voordrachten en werkgroepen bij te wonen om aldus de nodige bekwaamheid te verwerven.

Hoe deze verantwoordelijkheid precies gedeeld moet worden en hoe de aantoonbare bekwaamheid en ervaring dan precies vorm moet krijgen, wordt evenwel niet geduid.

51. Uiteraard geldt ook voor andere gezondheidszorgbeoefenaars dat ze vaak niet meteen na het behalen van het basisdiploma beschikken over de nodige aantoonbare bekwaamheid en beroepservaring. De wetgever laat na om te duiden hoe dit principe wordt opgevat bij andere gezondheidszorgbeoefenaars dan de artsen. Zo heeft de wetgever in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen voor de klinisch psychologen voorzien in een gradueel systeem om tot de effectieve uitoefening van het beroep te komen: 1. Basisdiploma; 2. Professionele stage; 3. Erkenning.⁵⁰ Hoewel de klinisch psycholoog met een basisdiploma reeds een visum zal krijgen en daarom reeds van in het begin de nodige bekwaamheid en beroepservaring moet kunnen aantonen, is de klinisch psycholoog pas juridisch volwaardig bevoegd om zijn beroep uit te oefenen eenmaal hij zijn professionele stage succesvol heeft afgelegd en zijn erkenning heeft verkregen.

Men kan zich de vraag stellen of de wetgever het principe van de aantoonbare bekwaamheid en beroepservaring niet beter had gekoppeld aan de erkenning voor die gezondheidszorgberoepen waarvoor er binnen de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen in een erkenning is voorzien.

⁴⁹ MB 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeeesters en stagediensten, BS 27 mei 2014.

⁵⁰ Art. 68/1, § 1 WUG.

C. Portfolio

52. Het sluitstuk van Afdeling 2. – Bekwaamheid en visum is de nieuwe verplichting verwoord in artikel 8, tweede lid dat elke gezondheidszorgbeoefenaar verplicht is om een portfolio bij te houden waaruit blijkt dat hij beschikt over de nodige bekwaamheid en ervaring.

53. Deze bepaling sluit volgens de memorie van toelichting aan bij overweging nr. 39 van de Europese Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties: “Gezien de snelle technologische en wetenschappelijke vooruitgang is het voor veel beroepen van groot belang dat men levenslang bijleert. De lidstaten dienen in dit verband voorschriften vast te stellen om ervoor te zorgen dat beroepsbeoefenaren door een passende bij- en nascholing op de hoogte blijven van de technische en wetenschappelijke ontwikkelingen.”⁵¹

54. Met de introductie van het portfolio heeft de wetgever de permanente vorming ingevoegd als vereiste voor een kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor elke gezondheidszorgbeoefenaar.

1. Inhoud en vorm

55. De wetgever stipuleert weinig over de inhoud en de vorm die het portfolio moet aannemen om een geldig portfolio te zijn. Ook hier laat de wetgever de volledige verantwoordelijkheid over aan de gezondheidszorgbeoefenaar zelf om zijn portfolio voldoende te staven. Het staat de gezondheidszorgbeoefenaar vrij de inhoud en de vorm van zijn portfolio te kiezen.⁵² Deze vrijheid is een erg geladen vrijheid, want aangezien het portfolio de weergave is van het bewijs van aantoonbare bekwaamheid en ervaring en dit de bevoegdheid tot handelen aflijnt, zal veel afhangen van dit portfolio.

56. Wat betreft de vorm wordt in artikel 8 enkel gestipuleerd dat het portfolio “bij voorkeur in elektronische vorm” wordt bijgehouden. Wat precies met “in elektronische vorm” wordt bedoeld, is ~~weeron~~ niet verder bepaald.

57. Wat betreft de inhoud, is er nog meer onduidelijkheid. De wetgever stelde in de memorie van toelichting daarover: “Hierin neemt hij aanvullende gegevens op bovenop wat door de overheid wordt bijgehouden, zoals onder meer de bewijsstukken waarmee hij kan aantonen dat hij zich voldoende bijschoolt om up-to-

⁵¹ Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, *Pb.L.* 30 september 2005.

⁵² Wetsontwerp inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl.St.* Kamer 2018-19, nr. 3441/001, 19.

date te blijven met de geldende technieken om aldus kwaliteitsvolle gezondheidszorg aan te bieden.”⁵³

De inhoud van het portfolio blijkt dus een combinatie van enerzijds stukken die door de overheid worden bijgehouden en anderzijds aanvullende gegevens die hij zelf noodzakelijk acht te moeten toevoegen aan het portfolio opdat dit een afdoende bewijs vormt van zijn bekwaamheid en ervaring. De verantwoordelijkheid van de gezondheidszorgbeoefenaar lijkt zich op basis van deze uitleg evenwel te beperken tot het toevoegen van aanvullende gegevens om aan te tonen dat hij zichzelf bijschoolt om up-to-date te blijven met de geldende technieken. Aangezien, zoals reeds werd gesteld, de verantwoordelijkheid van het bijhouden van het portfolio op basis van artikel 8 volledig bij de gezondheidszorgbeoefenaar zelf wordt gelegd, lijkt de gezondheidszorgbeoefenaar toch ook impliciet de taak te hebben na te gaan wat de overheid over hem reeds bijgehouden heeft om zijn bekwaamheid en ervaring te bewijzen. Immers, indien de inspecteurs van de Toezichtscommissie overeenkomstig artikel 52 het portfolio van een gezondheidszorgbeoefenaar opvragen, zal het hele portfolio zijn, inclusief de stukken van de overheid, aan de hand waarvan de inspecteurs zullen oordelen ~~om na te gaan~~ of de gezondheidszorgbeoefenaar voldoende bijgeschoold is.⁵⁴

58. De enige wettelijk verankerde verwijzing naar de inhoud van het portfolio is te vinden in artikel 21, eerste lid Kwaliteitswet. Deze bepaling leest “de arts, de verpleegkundige, tandarts, vroedvrouw, apotheker, kinesitherapeut, klinisch psycholoog en klinisch orthopedagoog moeten, wanneer voor hun beroep een permanente georganiseerd wordt, daaraan deelnemen en dit vermelden in hun portfolio”. De deelname aan een georganiseerde permanente is logischerwijs een vorm van beroepservaring die aangetoond kan worden.

59. Omdat het aan de gezondheidszorgbeoefenaar toekomt om volledig zelf de vorm en de inhoud van het portfolio te bepalen, leidt dit ertoe dat het beheer van het portfolio in principe ook bij de gezondheidszorgbeoefenaar zelf ligt. Met uitzondering van de inspecteurs van de Toezichtscommissie overeenkomstig artikel 52 Kwaliteitswet, bepaalt de gezondheidszorgbeoefenaar bijgevolg zelf wie het portfolio mag inkijken en wie niet.

60. Het portfolio-concept zoals thans uitgewerkt in de Kwaliteitswet doet een aantal vragen rijzen:

- hoe kan de gezondheidszorgbeoefenaar weten welke stukken de overheid over hem bijhoudt die dienend (kunnen) zijn om op een permanente wijze zijn bekwaamheid en ervaring tot uitoefening van zijn gezondheidszorgberoep te

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ Zie voor meer informatie over de Toezichtscommissie, hoofdstuk 7 van Prof. Steven LIERMAN.

kunnen bewijzen indien de overheid zelf geen structuur aanbiedt of definieert waarbinnen het portfolio vorm moet krijgen?

- wie wordt beschouwd als “de overheid”?
- heeft de overheid een verantwoordelijkheid in het organiseren van permanente vorming of minstens in de validering van extern georganiseerde opleidingen van permanente vorming?
- heeft de overheid een verantwoordelijkheid in het toegankelijk maken van deze stukken aan de gezondheidszorgbeoefenaar en in het bijhouden van een portfolio voor elke gezondheidszorgbeoefenaar?

61. De vraag is bovenal of we van de wetgever antwoorden mogen verwachten op deze vragen. Immers, de wetgever heeft in artikel 11, tweede lid enkel gestipuleerd dat de Koning nadere regels kan bepalen inzake het aanvragen en het uitreiken van het visum. Er werd geen uitvoeringsmogelijkheid gestipuleerd voor het portfolio. Hoewel de Kwaliteitswet in tal van mogelijkheden voorziet voor verdere uitvoering door de Koning, is het erg te betreuren dat er voor het portfolio niet in een uitvoeringsmogelijkheid of zelfs -verplichting werd voorzien.

62. Vragen over het portfolio rijzen ook in verband met de verhouding tot de reeds bestaande systemen van kwaliteitsevaluatie en ‘levenslang leren’. Zo voorziet het RIZIV in het kader van de accreditering van artsen en tandartsen nu reeds in een webapplicatie – “het accrediteringsdossier” – om de gegevens die nodig zijn om geaccrediteerd te worden, op een gestructureerde wijze bij te houden.⁵⁵ Het feit dat aan de bepalingen van accreditering noch wordt geraakt⁵⁶, noch ernaar wordt verwezen, doet de vraag rijzen hoe het verhaal van het portfolio moet worden gecombineerd met het verhaal van de accreditering van het RIZIV. Enerzijds kan men beargumenteren dat het systeem van de accreditering van het RIZIV best ingekanteld wordt in het portfolio-systeem, aangezien dat systeem voor alle gezondheidszorgbeoefenaars geldt, terwijl de accreditering van het RIZIV enkel is opgesteld voor de artsen en tandartsen. Anderzijds is het systeem van de accreditering van het RIZIV veel beter uitgewerkt en gestructureerd dan het vage portfolio-concept van de Kwaliteitswet en verdient het bijgevolg aanbeveling om het systeem van accreditering binnen het RIZIV uit te breiden naar alle andere gezondheidszorgbeoefenaars, dat dan kan dienen als het portfolio-systeem.

63. Eenzelfde bekommernis bestaat met betrekking tot de voorwaarden voor behoud van erkenning⁵⁷, die nu reeds vaak inhouden dat de desbetreffende

⁵⁵ Zie voor de artsen: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/Paginas/default.aspx#Accreditering_van_de_artsen. Zie voor de tandartsen: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/tandartsen/kwaliteit-accredit/Paginas/default.aspx>.

⁵⁶ Cf. randnrs. 19 e.v.

⁵⁷ Cf. randnr. 22.

gezondheidszorgbeoefenaar moet aantonen dat hij een vastgesteld aantal uren permanente vorming heeft gevolgd. Heeft een gezondheidszorgbeoefenaar die voor het behoud van zijn erkenning aantoont dat hij afdoende permanente vorming heeft gevolgd, al voldoende bewezen dat hij over de nodige bekwaamheid en ervaring beschikt en geldt dat bewijs van permanente vorming dan als portfolio, aangezien dit bij “de overheid” moet worden ingediend?

64. Eén besluit is wel duidelijk: het naast elkaar bestaan van verschillende systemen van kwaliteitsevaluatie en ‘levenslang leren’ is verre van ideaal en wellicht nefast voor de verschillende systemen. Het is te hopen dat de verschillende overheden die over stukken beschikken die dienend kunnen zijn voor het portfolio, effectief tot een gestructureerde samenwerking kunnen komen zodat er finaal één door de overheden mee aangestuurd portfolio ontstaat van elke gezondheidszorgbeoefenaar.

2. Voldoende portfolio

65. Het portfolio heeft als reflectie van de nodige bekwaamheid en ervaring van de gezondheidszorgbeoefenaar een belangrijke functie. Vanwege de reflectie van de bekwaamheid en ervaring bakent het mee de bevoegdheid af waarbinnen de gezondheidszorgbeoefenaar zijn beroep mag uitoefenen. Tevens heeft het een belangrijke functie als controle-instrument voor de inspecteurs die in functie van de Toezichtscommissie overeenkomstig artikel 52 Kwaliteitswet de nodige controle van het up-to-date zijn van de bekwaamheid van de gezondheidszorgbeoefenaar kunnen uitvoeren.

66. Een belangrijke vraag is dan natuurlijk wat een voldoende portfolio is en wie bepaalt wat voldoende is en wat niet. Opnieuw lijkt de wetgever voor het antwoord op deze vraag enkel naar de gezondheidszorgbeoefenaar zelf te wijzen. De wetgever heeft de gezondheidszorgbeoefenaar de vrijheid gegeven om inhoud en vorm te bepalen en daarmee ook de verantwoordelijkheid op de gezondheidszorgbeoefenaar gelegd om zelf te bepalen wat een voldoende portfolio is.

67. Wellicht zal er vanuit de praktijk, in het bijzonder de academische instellingen, de formele adviesorganen binnen de gezondheidszorg, de wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties, mee een basis worden gecreëerd om te bepalen wanneer het portfolio voldoende is. Maar totdat dergelijke initiatieven zijn genomen, zal deze taak de gezondheidszorgbeoefenaar alleen toekomen.

D. Doorverwijsplicht

68. Wanneer een gezondheidszorgbeoefenaar geconfronteerd wordt met een patiënt van wie de gezondheidsproblematiek of de vereiste gezondheidszorg de

grenzen van zijn bekwaamheid overschrijdt, dient hij de patiënt naar een ter zake bevoegde gezondheidszorgbeoefenaar door te verwijzen, overeenkomstig artikel 9 Kwaliteitswet. Deze bepaling lijkt een vrij letterlijke overname van artikel 31/1 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen.⁵⁸

69. Ten opzichte van het artikel 31/1 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen is artikel 9 Kwaliteitswet evenwel iets ruimer geformuleerd. Dit artikel spreekt over “de gezondheidsproblematiek of de vereiste gezondheidszorg”, terwijl artikel 31/1 het slechts had over “de gezondheidsproblematiek waarvoor een ingreep is vereist”. Dit leidt er bijvoorbeeld toe dat ook bij een complexe diagnosestelling de gezondheidszorgbeoefenaar de patiënt zal moeten doorverwijzen.

70. Daarnaast heeft de gezondheidszorgbeoefenaar volgens artikel 9, tweede lid Kwaliteitswet ook de nieuwe verplichting om in geval van doorverwijzing dit te vermelden in het patiëntendossier. Aangezien een normaal zorgvuldig handelend gezondheidszorgbeoefenaar een dergelijke doorverwijzing sowieso zou noteren in het patiëntendossier, is dit een wat overbodige vermelding.

71. Wanneer een gezondheidszorgbeoefenaar een patiënt moet doorverwijzen, heeft hij slechts de verantwoordelijkheid door te verwijzen naar een andere ter zake *bevoegde* gezondheidszorgbeoefenaar. Hij is niet verplicht de patiënt door te verwijzen naar een andere ter zake *bekwame* gezondheidszorgbeoefenaar, of nog naar een gezondheidszorgbeoefenaar die beschikt over de nodige aantoonbare bekwaamheid en ervaring. In het licht van wat in dit hoofdstuk werd uiteengezet over de “aantoonbare” bekwaamheid, is deze woordkeuze belangrijk en beperkt die in belangrijke mate de verantwoordelijkheid van de doorverwijzende gezondheidsbeoefenaar.

AFDELING 4. BESLUIT

72. De Kwaliteitswet heeft de regeling van het visum, de bekwaamheid en de kwaliteitstoetsing drastisch gewijzigd. Tot hiertoe werd binnen de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen immers niet in een kader voorzien om de feitelijke bekwaamheid tot uitoefening van het gezondheidszorgberoep juridisch te verankeren. Het visum zoals dit reeds jaren bestond, wordt in een gloednieuw jasje gestoken. Hoofdstuk 3, afdeling 2 “Bekwaamheid en visum” introduceert met het visum als dynamische uitoefeningsvoorwaarde dan ook een belangrijk nieuw concept. Het principe dat aan dat visum een verplichting gekoppeld wordt om via een portfolio op een dynamische en continue wijze de nodige bekwaamheid en ervaring aan te tonen ~~is die~~ dient om deze feitelijke bekwaamheid juri-

⁵⁸ Cf. randnr. 17.

disch te vertalen. Het portfolio laat bovendien concrete controle toe door de inspecteurs binnen de procedure van de Toezichtsc commissie. Daarnaast beperkt het principe dat de gezondheidszorgbeoefenaar enkel maar gezondheidszorg mag verstrekken waarvoor hij over de nodige aantoonbare bekwaamheid en ervaring beschikt, zowel feitelijk als juridisch op een dynamische wijze de bevoegdheid tot uitoefening van de individuele gezondheidszorgbeoefenaar en versterkt het in geval van onbekwaamheid de verantwoordelijkheid van de gezondheidszorgbeoefenaar om de patiënt door te verwijzen.

73. Ondanks deze interessante en nieuwe insteek, zorgen de vaagheid en het gebrek aan logische opbouw waarmee de wetgever deze concepten in de Kwaliteitswet heeft geïntroduceerd, ervoor dat er erg grote vraagtekens zijn ontstaan. De vragen tot verduidelijking dringen zich op: wie draagt welke verantwoordelijkheid om de nodige bekwaamheid en ervaring aan te tonen, in het bijzonder bij gezondheidszorgbeoefenaars in opleiding; wat is een voldoende portfolio; wie draagt welke verantwoordelijkheid bij het vormgeven van het portfolio; hoe verhouden deze concepten zich tot gelijkaardige bestaande concepten zoals accreditering en permanente vorming ...?

74. Aangezien de wetgever formeel niet heeft voorzien in een mogelijkheid voor de Koning om de concepten verder uit te werken en aldus de verschillende vragen te beantwoorden, zal het veelal van de praktijk, in het bijzonder de academische instellingen, de wetenschappelijke verenigingen en de formele adviesorganen binnen de gezondheidszorg en de beroepsverenigingen, afhangen om deze concepten verder uit te werken. Het is daarbij belangrijk dat de verschillende systemen op elkaar worden afgestemd, of nog dat getracht wordt één geïntegreerd systeem te creëren waarbinnen het portfolio vorm kan krijgen en andere systemen van permanente vorming en accreditering ook hun plaats hebben.