
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten
Verantwoordelijk uitgever: Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat: F. Vandamme
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. 02-649.21.47 - Fax: 02-649.26.90
E-mail: info@VBS-GBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

Speciaal nummer/ MAART 2015

Afgiftekantoor: BRUSSEL 5

AAN DE LEDEN VAN DE BELGISCHE BEROEPSVERENIGING VAN GENEESHEREN-SPECIALISTEN IN MEDISCHE BIOPATHOLOGIE

Inhoud

1. Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 25.02.2014	3
2. Toespraak van de ondervoorzitter, Dr. Michel LIEVENS.....	3
3. Verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE, met de gewaardeerde medewerking van Drs. Marc MOENS en Dr. Alain DEROM	5
3.1. Dit was 2014	5
3.1.1. POCT in officina-apotheken	6
3.1.2. Erkenningscriteria geneesheren-specialisten	8
3.1.3. MLT-problematiek en wat met de niet-MLT in de laboratoria?	8
3.1.4. Zorgconcentratie	9
3.1.5. Voorlopige budgettaire analyse 2014	10
3.2. Dit wordt 2015... ..	14
3.2.2. Genetica.....	15
3.2.3. Samen sterk!.....	15
4. Financieel verslag door de penningmeester, Dr. L. Marcelis.....	16
5. Bespreking van het verslag van de secretaris.....	16
6. Varia.....	16

Ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 24.02.2015

Aanwezig:

De dokters Philippe CUIGNIEZ, Alain DEROM, Dirk EERENS, Michel LIEVENS, Henk LOUAGIE, Ludo MARCELIS, Paul OLISLAGERS, Brigitte STAQUET en Alain VERSTRAETE.

Gaven volmacht:

De dokters André BODSON, Katelijne FLORE, Johan FRANS, Pierre GOFFINET, Françoise LACQUET, Marc MOENS, Jean-Luc RUMMENS, Rudi VAN ROOSBROECK, Paul VERHEECKE en Sophie WOESTYN.

1. Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 25.02.2014

Het ontwerp van verslag van de algemene vergadering van 25.02.2014, dat in het speciaal nummer van de Geneesheer-Specialist van april 2014 verscheen, wordt zonder opmerkingen goedgekeurd.

2. Toespraak van de ondervoorzitter, Dr. Michel LIEVENS

Beste Collega's,

In 2014 waren we getuige van de effectieve start van de communautarisering van een deel van het gezondheidsbeleid en de erkenning van specialisten. De timing is wat ongelukkig, want uitgerekend aan het einde van datzelfde jaar nam een liberale minister, Maggie De Block, de teugels van het federale gezondheidsbeleid in handen. Op luttele maanden tijd hebben we al kunnen vaststellen dat er een iets gunstiger wind waait door de diensten die ze onder haar bevoegdheid heeft (maar alleen federaal), na meer dan 20 jaar bijna zonder onderbreking te zijn gedomineerd door socialisten, die er vooral op gebeten waren om de artsen steeds verder de duimschroeven aan te draaien in naam van het budgettair evenwicht. De artsen hebben echter niet verzaakt aan hun verplichtingen tegenover de patiënten, die nog maar eens met een overweldigende meerderheid (95 %) hun vertrouwen hebben uitgesproken in de artsen in de gezondheidsenquête 2013, uitgevoerd en gepubliceerd door het WIV-ISP.

Het VBS heeft naar aanleiding van de nieuwe bevoegdheidsoverdracht in de zorg binnen zijn schoot twee vleugels opgericht; één Nederlandstalige, de AVS (Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten), en één Franstalige, de AMSFr (Association des Médecins Spécialistes Francophones). Deze nieuwe entiteiten moeten de ideeën van het VBS behartigen en verdedigen binnen hun gemeenschap.

Beroepsverdediging is onontbeerlijk: het VBS (en voortaan dus ook zijn Franstalige en Nederlandstalige vleugel) promoot in tal van politieke instanties en andere adviescommissies (waar het lid of waarnemer is) een vrije medische praktijk op diagnostisch en therapeutisch vlak, die efficiënt is ondanks de steeds kariger middelen die haar worden toebedeeld. Het is ook een vurig pleitbezorger van een uitstekende opleiding voor de kandidaat-specialisten, in het belang van de patiënten, die hun vertrouwen geven aan de arts om hun gezondheid te herwinnen of te behouden.

De werking van het VBS vereist dat artsen op vrijwillige basis een deel van hun tijd opofferen voor de goede zaak, die een voor iedereen toegankelijke kwaliteitsgeneeskunde ontgensprekelijk is. De artsen die momenteel actief zijn bij het VBS hebben in de loop der

jaren een ruime ervaring opgebouwd, die ze willen doorgeven aan jongere collega's, die bereid zijn om de fakkel over te nemen. Ik doe ook graag een oproep aan de oudere leden van het VBS, die in hun dienst jonge collega-specialisten hebben: nodig hen eerst uit om zich aan te sluiten bij de grote familie van artsen-specialisten (meer dan 8.500 leden in België!) en vervolgens om er zich actief voor in te zetten. In de eerste plaats omdat hun aspiraties over de dagelijkse uitoefening van de geneeskunde misschien niet meer helemaal stroken met die van hun oudere collega's, en in de tweede plaats omdat de uitdagingen die zich anno 2015 aandienen niet min zijn.

Die uitdagingen zullen een impact hebben op de globale uitoefening van de specialistische geneeskunde, maar uiteraard ook op die van ons specialisme, de medische biopathologie. Er staat een hervorming van de ziekenhuisfinanciering in de steigers. Gaat men naar een "all-in" systeem, onder de vorm van forfaits per DRG (diagnosis related group of "homogene diagnosegroep", ontsproten uit een Amerikaans classificatiesysteem voor ziekenhuizen)? Zorgnet Vlaanderen vindt dat de honoraria van de artsen die bij de DRG's betrokken zijn in het forfait moeten worden opgenomen, in tegenstelling tot het voorstel dat in rapport nr. 229 van het KCE wordt gedaan, waarbij ze er niet in zijn opgenomen, maar er de voorkeur wordt gegeven aan "zuivere" honoraria die aan de betrokken artsen worden uitbetaald. Dergelijke systemen vormen een bron van belangrijke conflicten, in het eerste scenario tussen de beheerder en de artsen, aangezien het de beheerder is die een deel van de bedragen van de forfaits (arbitrair) verdeelt onder de vorm van honoraria, en in het tweede scenario tussen de artsen onderling, die de zuivere honoraria van de DRG's moeten delen. Het vergoeden van de arts die bij een DRG betrokken is via een zuiver honorarium dat hem individueel zou worden

De uitdagingen die zich anno 2015 aandienen voor ons specialisme zijn niet min. Daarom doe ik een oproep aan de oudere leden om hun jongere collega's aan te moedigen om zich eerst aan te sluiten bij de grote familie van het VBS en vervolgens om zich actief in te zetten.

toegekend, wordt door deze instanties zelfs niet ter sprake gebracht. In beide voorstellen zouden de honoraria van de technische handelingen echter in beslag worden genomen bij de artsen en vervolgens doorgestort in het budget van financiële middelen (BFM) van het ziekenhuis. Gedaan dus met de beslissingsmacht van de artsen als het over investeringen in medisch materiaal gaat (de keuze van het medisch materieel en de medische prioriteiten zouden aan het oordeel van de beheerder worden overgelaten, na raadpleging van de artsen). Wat zou er in die context overblijven van de rol van de medische raad, die alleen bevoegd is om prioritaire investeringskeuzes te beoordelen met als enige doel voor ogen een efficiënter (en niet noodzakelijk

rendabeler) medisch aanbod in het belang van de patiënt, maar die ook borg staat voor de naleving van het statuut van de ziekenhuisarts en zijn juridische bescherming tegen de willekeur van de ziekenhuisbeheerder?

Wat zou er gebeuren met de nomenclatuur van onze biologische prestaties bij een dergelijke doorgedreven forfaitarisering?

En in welke positie zouden de privélaboratoria belanden als het nieuwe zorgsysteem de gehele extramurale geneeskunde (zowel specialisten als huisartsen) zou verplichten om zich te laten inkwartieren bij een bepaald ziekenhuisnetwerk? Want zo ver gaat het "hospitalocentrisme" van de denkers-gezondheidseconomen! De beoogde concentratie van de behandeling van zeldzame ziekten in enkele (universitaire) ziekenhuiscentra is daar trouwens een flagrant voorbeeld van. Als alle aandoeningen met een frequentie van minder dan 1 op 2.000 worden voorbehouden aan 8 ziekenhuiscentra (lees: 8 centra uitgerust met een centrum voor genetica), zullen we niet meer veel hematologische cytologie bedrijven in onze labo's en zal de pneumoloog van onze instelling zelfs geen tuberculosepatiënt meer mogen behandelen. En het beperkt in één klap de vrijheid van de patiënt om zelf zijn arts te kiezen.

In het meest specifieke domein van ons specialisme, moeten wij ons, als klinisch biologen, strijdvaardig blijven opstellen tegen het streven van de centra voor genetica om het monopolie over hun activiteit te behouden. Waar de erfelijke en aangeboren genetische ziekten aan hen zijn voorbehouden, staat het genetisch onderzoek van verworven aandoeningen en ziektekiemen voor ons open, wat ons in staat stelt om bij de analyses een topexpertise te verwerven. Het is dus geen utopie om te hopen dat de barrières in de nomenclatuur, die zijn opgeworpen om ons te verbieden tests uit te voeren waarbij gebruik wordt gemaakt van technieken die we steeds beter beheersen, in een afzienbare toekomst zullen verdwijnen. De erkenningscommissie van geneesheren-specialisten legt sinds meerdere jaren de nadruk op het essentiële belang van genetica's in het opleidingscurriculum van artsen-specialisten klinisch biologen.

We moeten er ook blijven over waken dat de medische biopathologie uitsluitend door erkende biologen wordt uitgeoefend. Via alle mogelijke wegen probeert de diagnostiekindustrie haar werkterrein uit te breiden door aan om het even wie "gebruiksvriendelijke" apparaten toe te vertrouwen om er biologische tests mee uit te voeren. Ons heftig verzet tegen dergelijke commerciële praktijken (waar de patiënt uiteindelijk het slachtoffer van is, want hij betaalt de test) moeten we zonder aarzelen kenbaar maken aan de vertegenwoordigers van deze diagnostiekfirma's, die we bijna dagelijks in onze laboratoria ontmoeten en die we graag "partners" zouden blijven noemen!

Dit waren in een notendop enkele uitdagingen die de komende maanden en jaren in het verschiet liggen. Kunnen ze u overtuigen van de dringende noodzaak om nieuw bloed te pompen in de verdediging van de specialistische geneeskunde in de schoot van het VBS, en meer bepaald in de verdediging van de medische biopathologie in de schoot van onze beroepsvereniging? Wij moeten vandaag stemmen over een aantal wijzigingen in de statuten van deze vereniging. Het moet haar toegankelijker maken voor de jongste biologen, die actief zijn of zelfs nog in opleiding.

Beste Collega's, laten we ons proactief opstellen bij de hervormingen die zich aankondigen. Maggie De Block is een minister die overleg hoog in het vaandel draagt. Laten we die kans aangrijpen om haar, in de loop van haar mandaat, te overtuigen van het belang van ons specialisme in de diagnostische en therapeutische aanpak van onze praktiserende collega's. De klinische biologie is niet alleen een budget!

Ik wens u een schitterend 2015, waarin de verwezenlijking van enkele van uw professionele en privédoelstellingen u heel veel vreugde moge verschaffen.

Dr. Michel Lievens,

Onze gedachten zijn bij onze geliefde voorzitter, Marc Moens, die er om gezondheidsredenen vanavond niet bij is, en die wij met heel ons hart een snel en volledig herstel toewensen.

3. Verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE, met de gewaardeerde medewerking van Drs. Marc MOENS en Dr. Alain DEROM

3.1. Dit was 2014

Bij het overlopen van de vergaderingen van het voorbije jaar, blijkt voor één keer het woord 'besparingen' weinig op te duiken. Retroactief werd in het KB van 04.04.2014 "tot wijziging van het artikel 24, § 2, van de bijlage 2014 bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte

verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen"¹ de afgesproken introductie van het codenummer 591076-591080 geregeld. Dit forfaitair honorarium mag worden aangerekend als het laboratorium minstens 4 fulltime equivalent biologen heeft in zijn personeelsformatie en als het beschikt over een volwaardig zorgprogramma oncologie. Op 01.01.2014 bedraagt dit honorarium € 49,73². Dit nieuw honorarium compenseert sommige ziekenhuizen voor de besparingen van 2013 in de ambulante sector. De omschrijving van de overige nomenclatuurcodenummers en de waarde van de overige forfaitaire honoraria bleven ongewijzigd.

2014 was aldus een jaar in rustig financieel vaarwater, wat niet wegneemt dat de beroepsvereniging alert moet blijven en proactief moet blijven nadenken over intelligente manieren om niet-adequaat gebruik van klinische biologie tegen te gaan via intelligente diagnostische regels of via de introductie van verplichte intervallen vooraleer een test mag worden herhaald. Intelligente en beveiligde gegevensdeling via Hubs, Metahubs en Sumehrs moet helpen om nutteloos herhalen van labotesten te vermijden.

Volgende items werden wel regelmatig behandeld en zullen wellicht ook in 2015 in de opeenvolgende vergaderingen terugkeren.

3.1.1. POCT in officina-apotheken

Meerdere leden meldden ons dat er in officina-apotheken POCT-testen gebeuren voor de bepaling van glucose. Deze toestelletjes worden daar geplaatst door de firma's MSD en Roche onder het mom van preventieve screening naar diabetes. In zijn vergadering van 26.04.2014 heeft de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren het pilootproject "Be Well Point" van de firma MSD onderzocht, waarbij in een twintigtal apotheken een meetinstrument wordt geplaatst voor het bepalen van de bloedglucosewaarden bij patiënten met hypertensie of diabetes. Het advies van de Nationale Raad was negatief.

De Nationale Raad van de Orde van Geneesheren werd er door de provinciale geneeskundige commissies van Antwerpen (brief van 22.01.2014) en Vlaams-Brabant (brief van 27.03.2014) over geïnformeerd dat de provinciale commissies m.b.t. dit project een negatief advies hadden uitgebracht. Na analyse van de omschrijving van het project sluit de Nationale Raad zich aan bij het standpunt van deze provinciale geneeskundige commissies met verwijzing naar het advies van de Nationale Raad van 01.02.2003 "Preventieve geneeskunde - Opsporing op grote schaal"³ waarin wordt gesteld: *"Een predictieve test dient te worden verricht in voorwaarden die de hoogste wetenschappelijke betrouwbaarheid waarborgen, om te voorkomen dat de deelnemers ten onrechte ongerust gemaakt of gerustgesteld zouden worden. (...) Een mogelijk alarmerend resultaat kan enkel worden medegedeeld indien de nodige omkadering aanwezig is, waardoor dit resultaat genuanceerd kan worden en de te treffen diagnostische en therapeutische maatregelen besproken kunnen worden. (...) Het past niet dat dergelijke depistage wordt verricht buiten medeweten en zonder medewerking van de behandelend geneesheer."*

De Orde der apothekers maande de officina-apothekers aan tot voorzichtigheid na lectuur van de brief van de Orde der geneesheren. De elektronische nieuwsbrief MediPlanet, verwant met de Algemene Pharmaceutische Bond (APB), publiceerde op 26.05.2014 over deze aangelegenheid het volgende: *"In haar antwoord herinnert De Orde der Apothekers haar leden eraan dat het gewoonlijk verrichten van handelingen die hetzij het onderzoeken van de gezondheidstoestand, hetzij het opsporen van ziekten en gebrekkigheden, hetzij het stellen van een diagnose tot doel hebben, voorbehouden is aan artsen. Het verrichten van deze handelingen door personen die daartoe wettelijk niet bevoegd zijn, wordt beschouwd als een*

¹ Belgisch Staatsblad 28.05.2014

² Idem vanaf 01.01.2015 vermits er geen indexeringswerd doorgevoerd op 01.01.2015.

³ Tijdschrift Nationale Raad nr. 100, pag. 4

onwettige uitoefening van de geneeskunde (cf. art. 2, §1, 2de lid van het KB nr. 78 van 10/11/1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen). Gezien het risico bestaat dat het gebruik in de apotheek van meetinstrumenten om in vitro tests uit te voeren wordt beschouwd als een onwettige uitoefening van de geneeskunde, waarschuwt de Nationale Raad van de Orde der Apothekers haar leden voor alle soorten projecten die op dergelijk type instrumenten voor zelfmeting beroep doen, zelfs deze gebruikt in het kader van een pilootfase.”

De Commissie voor klinische biologie besliste in haar vergadering van 30.04.2014 een officiële brief te sturen naar de 10 Provinciale geneeskundige commissies, naar de Orde van Geneesheren, de Orde der Apothekers, de firma's Roche en MSD, en naar al wie het verder nog kan aanbelangen om erop te wijzen dat de officina-apothekers illegaal de geneeskunde uitoefenen als ze in hun officina's POCT 's uitvoeren. De brief werd tevens verstuurd naar de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) en naar OPHACO, de vereniging van coöperatieve apotheken van België.

Dit mocht evenwel allemaal niet baten. Het project 'Taking Care' van het Koninklijk Limburgs Apothekers Verbond (KLAV) nam integendeel nog uitbreiding waarbij het 'proefproject' voor POCT glucosebepalingen in de Limburgse officina-apotheken gepaard zou gaan met POCT metingen van HbA1c, dit alles onder het mom van een studie. We vernamen ook dat ondertussen door het KLAV een openbare aanbesteding werd uitgeschreven voor de aankoop van een honderdtal POCT-meters. Informatie op hun eigen website (www.klav.be) leert dat het wel degelijk gaat over 'preventieve geneeskunde' en, citeert: "... *Taking Care is een proefproject dat opgestart wordt in alle apotheken van de gemeente Houthalen-Helchteren, waarna een uitrol voorzien is binnen de provincie Limburg. Elke deelnemende apotheker volgt een verplichte opleiding om de nodige begeleiding kwaliteitsvol te kunnen leveren. Het project wordt mogelijk gemaakt met subsidie van het IWT⁴. Via het laagdrempelig karakter van de apotheek, kunnen wij patiënten die de arts nooit of nauwelijks bezoeken gemakkelijk bereiken. Aan deze kwetsbare groep bieden wij de mogelijkheid een screening te doen op diabetes type 2. Zo willen we deze chronische ziekte met vaak desastreuze gevolgen sneller kunnen opsporen...*".

Voor zover wij weten is er in een apotheek geen medisch personeel aanwezig om een abnormale uitslag te kaderen... Ook is er voor zover wij weten geen supervisie van een klinisch bioloog, wat bij de interpretatie van een HbA1c-uitslag nog meer aangewezen lijkt gezien bijvoorbeeld de hoge prevalentie van hemoglobinopathieën onder de Limburgse bevolking. Op woensdag 21.01.2015 stuurde de beroepsvereniging een brief aan Mevr. Apr. Annemie Scheepers, projectverantwoordelijke KLAV, waarin ze dit initiatief in de scherpst mogelijke bewoordingen veroordeelde. Gaat het KLAV verder met zijn initiatief, dan zal de beroepsvereniging juridische stappen ondernemen. Wij volgen dit dossier van heel nabij op en houden onze leden op de hoogte. Op 11.02.2015 ontving de beroepsvereniging een schrijven van Apr. Joeri Van Dijck, voorzitter van het KLAV, waarin hij stelt dat het KLAV wenst door te gaan met het project. Over HbA1c-metingen wordt in de brief evenwel met geen woord gerept.

In de Nederlandse krant 'De Telegraaf' verscheen op 31.01.2015 een artikel waarin diabetespatiënten zich steeds openlijker tegen de „gezondheidsschadende bezuinigingen” op glucosemeters verzetten. Volgens de Diabetesvereniging Nederland hebben in korte tijd enige honderden patiënten en diabetesverpleegkundigen hun grieven geuit bij het meldpunt van de organisatie. “*En de teller tikt dagelijks door*”, zegt woordvoerster Josine Dangremond. Er komen vooral klachten binnen over goedkopere glucosemeters, die onzorgvuldiger de glucosewaarde in het bloed zouden meten. Dat kan niet te overziene gevolgen hebben voor de conditie van heel veel mensen met diabetes. Kortom, ook in Nederland ziet men in dat

⁴ Het agentschap² voor Innovatie door Wetenschap en Technologie zag het licht in 1991. Het overheidsagentschap ondersteunt innovatie in Vlaanderen op verschillende manieren.

POCT-testen moeten worden begeleid door erkende laboratoria en dat men dit niet moet overlaten aan officina-apothekers of zorgverzekeraars.

3.1.2. Erkenningscriteria geneesheren-specialisten

In het MB van 23.04.2014 worden de transversale of algemene erkenningscriteria voor geneesheren-specialisten opgesteld⁵. Een aantal belangrijke wijzigingen zijn hierin opgenomen. Zo dient minstens 1/3 en maximum 2/3 van de opleiding buiten een universitair ziekenhuis gevolgd te worden. Een deel van de opleiding kan ook buiten een ziekenhuis gebeuren, wat belangrijk was, o.a. voor de dermatologen, en wat de mogelijkheid opent dat ook niet-ziekenhuislaboratoria geneesheren-specialisten in de klinische biologie deels zullen kunnen opleiden. Dit is een belangrijk nieuw gegeven dat bij een aanzienlijk deel van de klinisch biologen in opleiding op interesse kan rekenen.

Binnen de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen (en ook binnen de erkenningscommissie klinische biologie) ontstond er controverse over de brede waaier aan mogelijkheden om jaren te laten meetellen voor de opleiding klinische biologie doorgebracht buiten de erkende stageplaatsen klinische biologie (buitenlandse stage, stage in andere disciplines zoals vb. inwendige ziekten en pediatrie, research...). Volgens Marc MOENS, onze vertegenwoordiger in de Hoge Raad, is het de taak van de erkenningscommissies om te waken over de evenwichtigheid van de stages en eventuele afrondingsproblemen bij het bekijken van 1/3^{de} of 2/3^{de} van vijf jaar. Best zou zijn dat er vanuit de Hoge Raad een soort handleiding bij het ministerieel besluit wordt gemaakt en dat er zo weinig mogelijk aan het ministerieel besluit inzake de algemene erkenningscriteria voor geneesheren-specialisten zelf wordt veranderd.

Het blijft wachten op de nieuwe redactie (na de publicatie van de algemene criteria) van de specifieke criteria voor de erkenning van de geneesheren-specialisten in de klinische biologie. De redactie van de ministeriële besluiten voor elk van de dertig specialistische disciplines verloopt tergend traag. Pathologische anatomie, chirurgie en dermatologie staan in de steigers, maar geen van de drie is al helemaal rond. Alle andere disciplines, inclusief de klinische biologie, staan op een lange wachtlijst. Ondertussen blijven de oude erkenningsbesluiten – de meeste uit de jaren 70 van de vorige eeuw – van toepassing⁶.

3.1.3. MLT-problematiek en wat met de niet-MLT in de laboratoria?

Over de erkenning van de medisch laboratoriumtechnologen (MLT's) vloeiende in 2014 de nodige inkt. Sinds de publicatie van de drie KB's van 07.11.2013 (BS 12.12.2013) in verband met de erkenning als medisch laboratorium technoloog^(7,8,9) zijn er al tal van vergaderingen geweest bij de administratie van de FOD Volksgezondheid en op het kabinet van ex-minister Onkelinx.

⁵ Ministerieel besluit van 23.04.2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten (BS 27.05.2014, ed. 1; met een rechtzetting in het BS van 10.09.2014, ed. 1 in de Franse tekst van artikel 10).

⁶ Voor de klinische biologie gaat het om het ministerieel besluit van 15.09.1979 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeeesters en stagediensten voor de specialiteit van klinische biologie (BS 26.09.1979).

⁷ Koninklijk besluit van 07.11.2013 tot vaststelling van de datum van het inwerkingtreden van de artikelen 177, 179 en 180 van de wet van 25.01.1999 houdende sociale bepalingen, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 12.12.2013, Ed. 1)

⁸ Koninklijk besluit van 07.11.2013 tot vaststelling van de datum van het inwerkingtreden van het koninklijk besluit van 18.11.2004 betreffende de erkenning van de beoefenaars van de paramedische beroepen, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 12.12.2013, Ed. 1)

⁹ Koninklijk besluit van 07.11.2013 tot vaststelling van de datum van het inwerkingtreden van artikel 3 van de wet van 24.11.2004 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 12.12.2013, Ed. 1)

Zoals de FOD Volksgezondheid op zijn website, adviseerde ook ons bestuur zijn leden dat ze al hun personeel, dat taken van een MLT verricht zoals beschreven in het KB van 02.06.1993¹⁰, moeten aansporen om een erkenningsaanvraag in te dienen bij de FOD Volksgezondheid. Dus ook de medewerkers die vandaag niet voldoen aan de criteria voor een erkenning, zoals de anders- gediplomeerden, inclusief de medewerkers met een universitair diploma. Die erkenningsaanvragen van de personeelsleden moesten uiterlijk voor 02.12.2014 zijn ingediend¹¹. De problematiek van de masters of PhD's in de biologische wetenschappen, de landbouw- en bio-ingenieurs, de licentiaten in de biomedische wetenschappen, is daarmee niet opgelost. Er dient een nieuwe categorie medewerker te worden gecreëerd, wat enkel mogelijk is door de desbetreffende KB's te herschrijven of het KB nr. 78 aan te passen. Uiteraard betekent dit niet dat vb. de zogenaamde 'moleculair biologen' prestaties moleculaire biologie (en dus klinische biologie) zouden mogen attesteren en dat ze toegang zouden krijgen tot de nomenclatuur. Sommigen onder hen dromen daar stilletjes van.

Het valt af te wachten of de Belgische Vereniging van Laboratoriumtechnologen (BVLT) zal aanvaarden dat ook wetenschappelijk hoger geschoolden toegang zullen krijgen tot de klinische laboratoria. Een gedeeltelijke oplossing zou er kunnen in bestaan in het artikel 17, §1 van het erkenningsbesluit van de laboratoria klinische biologie van 03.12.1999 de term 'medisch laboratorium technoloog' te vervangen door 'gekwalificeerd hulppersoneel', zoals de patholoog anatomen deden in het artikel 15, §1 van het KB van 05.12.2011 betreffende de erkenning van de laboratoria voor pathologische anatomie.

Deze wijziging lost evenwel niet het fundamentele probleem op van de onwettige uitoefening van het paramedisch beroep van medisch laboratorium technoloog door niet-MLT 's. Best zou het basisbesluit over de erkenning van de medisch laboratorium technoloog van 02.06.1993 uitgebreid worden. Het is niet onmogelijk dat de BVLT zich hiertegen zou verzetten. Deze uitbreiding van het erkenningsbesluit van de MLT 's zou ook een gelegenheid bieden om dit KB te actualiseren door toevoeging van een vermelding van een theoretische en praktische opleiding in de pathologische anatomie, de genetica en de moleculaire biologie.

Het laatste woord over de erkenning van de MLT 's is dus zeker nog niet gezegd. Ondertussen werd binnen de Nationale Raad voor Paramedische Beroepen (NRPB) een werkgroep rond deze problematiek opgericht. Michel LIEVENS zal er namens de beroepsvereniging aan deelnemen. Als lid van de NRPB heeft Marc Moens ook zitting in de werkgroep.

3.1.4. Zorgconcentratie

Het voorbije jaar werden we overspoeld door mededelingen over concentratie van zorg. Zo was er het KCE-rapport 219 over de behandeling van zeldzame tumoren, gedefinieerd als zijnde een kanker met een incidentie van <6/100.000 inwoners¹². Midden de vakantieperiode verscheen er op 08.08.2014 een reeks van zes koninklijke besluiten die enerzijds zeldzame ziekten definieert als zijnde *'een ziekte met een levensbedreigend en/of chronisch invaliderend karakter met een prevalentie van minder dan 5/10.000 inwoners'*¹³ en die anderzijds de normen voor de ziekenhuizen vastlegt om erkend te kunnen worden als een functie zeldzame ziekten.

¹⁰ Koninklijk besluit van 02.06.1993 betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 10.07.1993)

¹¹ Kon elektronisch via http://pappla6.health.belgium.be/pls/apex/f?p=ECAD_PARAMED:1:1044833737048959 of via een brief naar de FOD Volksgezondheid, Victor Hortaplein 40 bus 10 te 1060 Brussel, die te downloaden is via <http://www.gezondheid.belgie.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Paramedicalstaff/Accessandpracticeoftheprofessi/medicallaboratorytechnologist/index.htm?fodnlang=nl#.VOxydPmG9Da>

¹² Organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker. KCE Reports 219A.10.02.2014.

¹³ Artikel 1 van het Koninklijk besluit van 25.04.2014 waarbij sommige bepalingen van de gecoördineerde wet van 10.07.2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, toepasselijk worden verklaard op de functie zeldzame ziekten (BS 08.08.2014)

De BHS (Belgian Haematological Society) hield op 23.10.2014 een meeting over een hematologisch framework. Gelukkig bleken de bedoelingen van de BHS zuiver en was het zeker niet de intentie van de meeting om alle hematologische zorg in de universitaire centra te concentreren.

Ook het KCE-rapport 222A over de NIPT-testen¹⁴ vindt dat de niet-invasieve prenatale testen moeten geconcentreerd worden in geaccrediteerde genetische centra, die via een oud KB alleen mogen uitgerust worden door universitaire ziekenhuizen.

Op 02.02.2015 verscheen in 'De Standaard' een artikel dat pleit voor geconcentreerde kankerzorg bij zwangere patiënten. En ook de KCE-werkgroep omtrent 'next generation sequencing' pleit – al dan niet onder invloed van de vertegenwoordigers van het Bordet instituut – voor een beperkt aantal Belgische platformen.

Dit alles gaat toch voorbij aan twee belangrijke opmerkingen. Eén: is de zorg in een aantal kleinere centra echt minder goed? Zo ja, dan dient dit minstens te worden bewezen aan de hand van gevalideerde data alvorens zomaar te poneren dat 'more is better'. Twee: deze zienswijze gaat volledig voorbij aan de trend van gestandaardiseerde behandelprotocollen, zorgpaden e.d. die er net naar streven dat een patiënt met een bepaalde aandoening op dezelfde manier wordt behandeld volgens de regels van 'evidence based medicine', onafhankelijk van het centrum waar de diagnose wordt gesteld.

Los van het feit dat een patiënt zich met een 'zwellings' presenteert en niet met een 'diagnose' is in deze context ook belangrijk dat bijvoorbeeld in de hematologie de behandelingen zich meer en meer extra muros situeren met bijvoorbeeld verpleegkundige ambulante zorgteams voor de subcutane toediening van bortezomib (Velcade®).

In de marge hiervan worden we nu ook in Europa geconfronteerd met patentering van humane genen. Het Duitse laboratorium LabPMM heeft het FLT3-gen gepatenteerd, dat belangrijk is in de leukemiediagnostiek. Ook dit dossier dienen we met argusogen te volgen. Volgens 'MolecularDiagnostics', de belangenvereniging van de moleculair biologen, is er overleg gepland op het RIZIV tussen LabPMM en de bevoegde ambtenaren. LabPMM claimt de RIZIV-terugbetaling voor zijn gepatenteerde FLT3-test die in geen enkel Belgisch klinisch laboratorium zou mogen worden uitgevoerd. Hoewel niet wordt voldaan aan de bepalingen van art33bis kan dit een juridisch gevecht worden op Europees niveau. Wordt dit een volgende geldstroom naar het buitenland in navolging van de buitenlandse investeerders in de privélaboratoria?

3.1.5. Voorlopige budgettaire analyse 2014

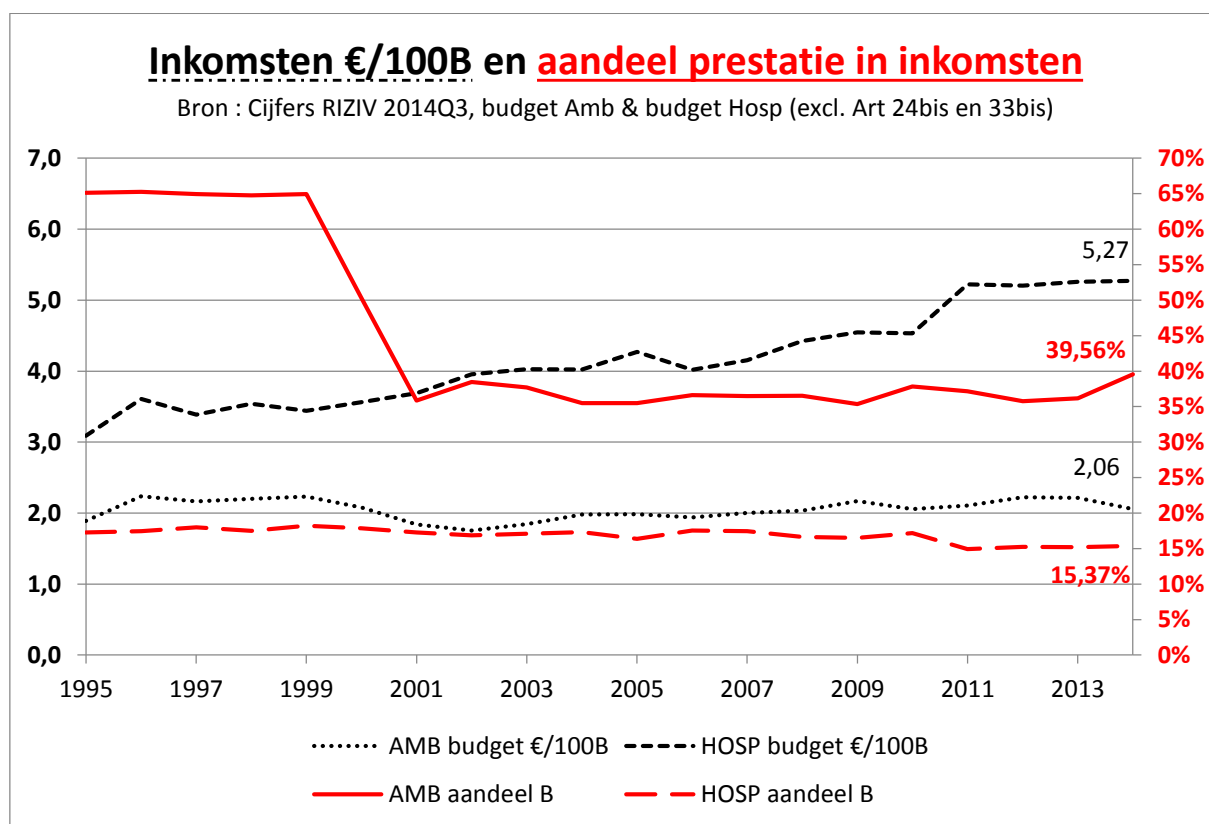
Als we de prestaties klinische biologie uit artikel 3, 18 en 24 bekijken (dus exclusief artikel 24bis en 33bis) met hun bijhorende forfaitaire honoraria, komen we tot de volgende vaststellingen voor de geëxtrapoleerde cijfers van 2014 (gebaseerd op de cijfers van het RIZIV situatie 2014Q3, met andere woorden, voor de drie eerste trimesters van 2014).

Er werden in het ambulant budget 29,639 miljard B's gepresteerd (of 1,72 % meer dan in 2013). In het budget voor de opgenomen patiënten werden 11,284 miljard B's gepresteerd (of 1,19 % minder dan in 2013). Die prestaties kostten het RIZIV resp. € 241,15 miljoen en 91,82 miljoen (per act, dus zonder het aandeel van de forfaitaire honoraria).

Als we de cijfers bekijken inclusief de respectieve forfaitaire honoraria (doch nog steeds zonder de artikelen 24bis en 33bis), dan kostte dit aan het RIZIV resp. € 609,26 miljoen en 594,80 miljoen. Als we deze cijfers anders bekijken, dan is de kost aan het RIZIV voor 100 gepresterde B gelijk aan € 2,06 in de ambulante sector en € 5,27 in de sector van de opgenomen patiënten. Globaal komt de waarde van B overeen met € 2,90.

¹⁴ De niet-invasieve prenatale test (NIPT) voor trisomie 21 – Gezondheidseconomische aspecten. 22.05.2014.

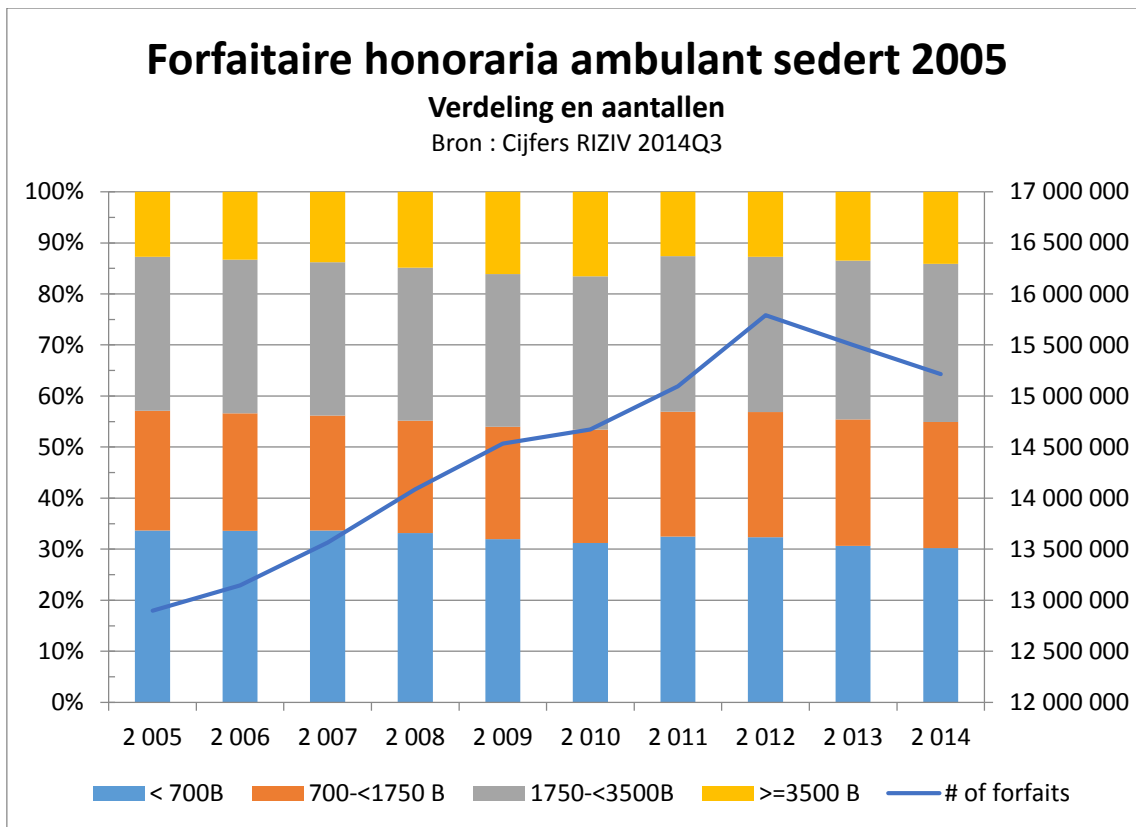
Het aandeel van de kostprijs van de B's in de uitgaven gerelateerd aan de prestaties in de ambulante sector bedraagt 39,56 %. In de sector van de opgenomen patiënten bedraagt het aandeel van de kostprijs van de B's 15,37 %. Globaal bedraagt het aandeel van terugbetaling door het RIZIV van de B's, met andere woorden, het honorariumdeel dat gerelateerd is aan de prestatie, 27,61 %.



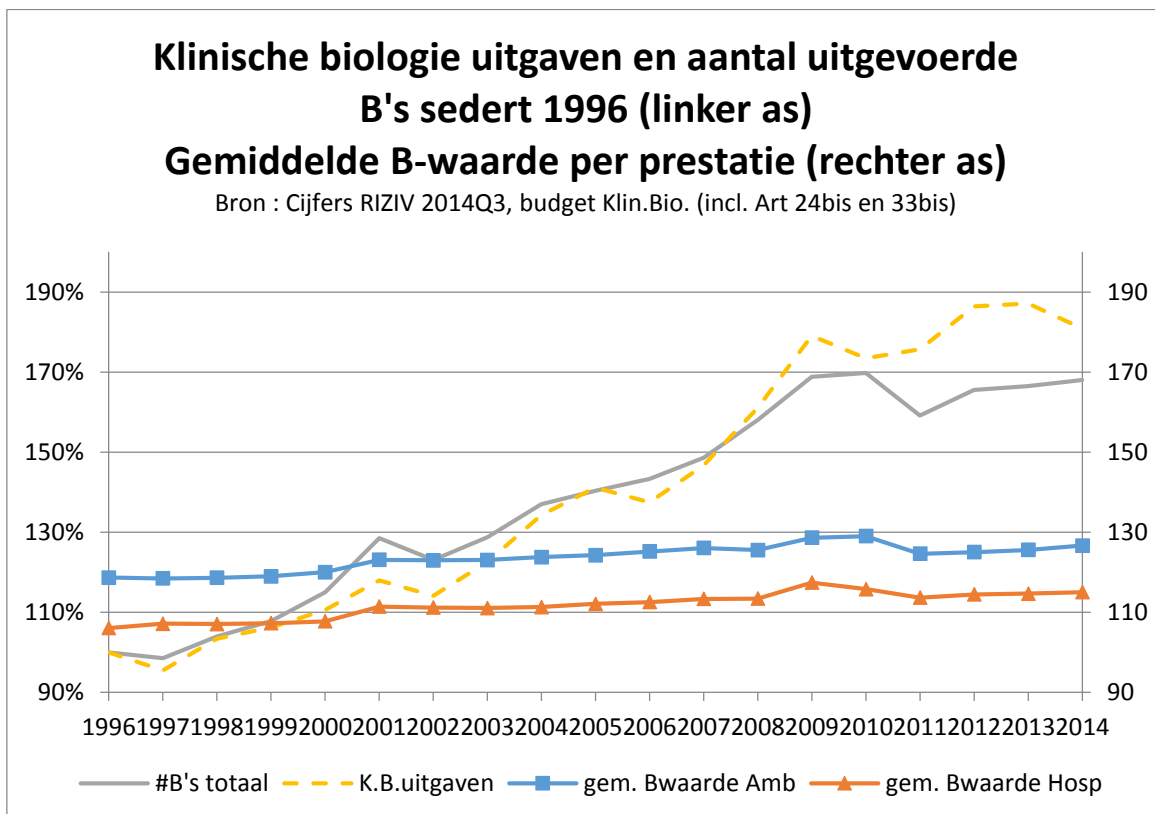
De trendbreuk van 2013 zet zich voort. Daar waar het aantal, gecorrigeerde, ambulante forfaitaire honoraria in 2013 een daling met 1,85 % toonde, is dit in 2014 nog verder gedaald met 1,83 %.

In de sector opgenomen patiënten bestaat sedert 01.01.2014 een nieuw nomenclatuurcodenummer (591076-591080). De ziekenhuizen die het recht hebben dit forfaitair honorarium aan te rekenen, putten hiervoor uit de pot van de forfaitaire honoraria 591113-591124 en uit de gedeeltelijke recuperatie van de besparing in de ambulante sector. De verdeling tussen de aantal aangerekende forfaitaire honoraria is evenredig verdeeld tussen 591113-591124 (3 biologen) en 591076-591080 (4 biologen).

In alle voorgaande cijfers wordt geen rekening gehouden met de artikelen 24bis, 33bis en het remgeld.



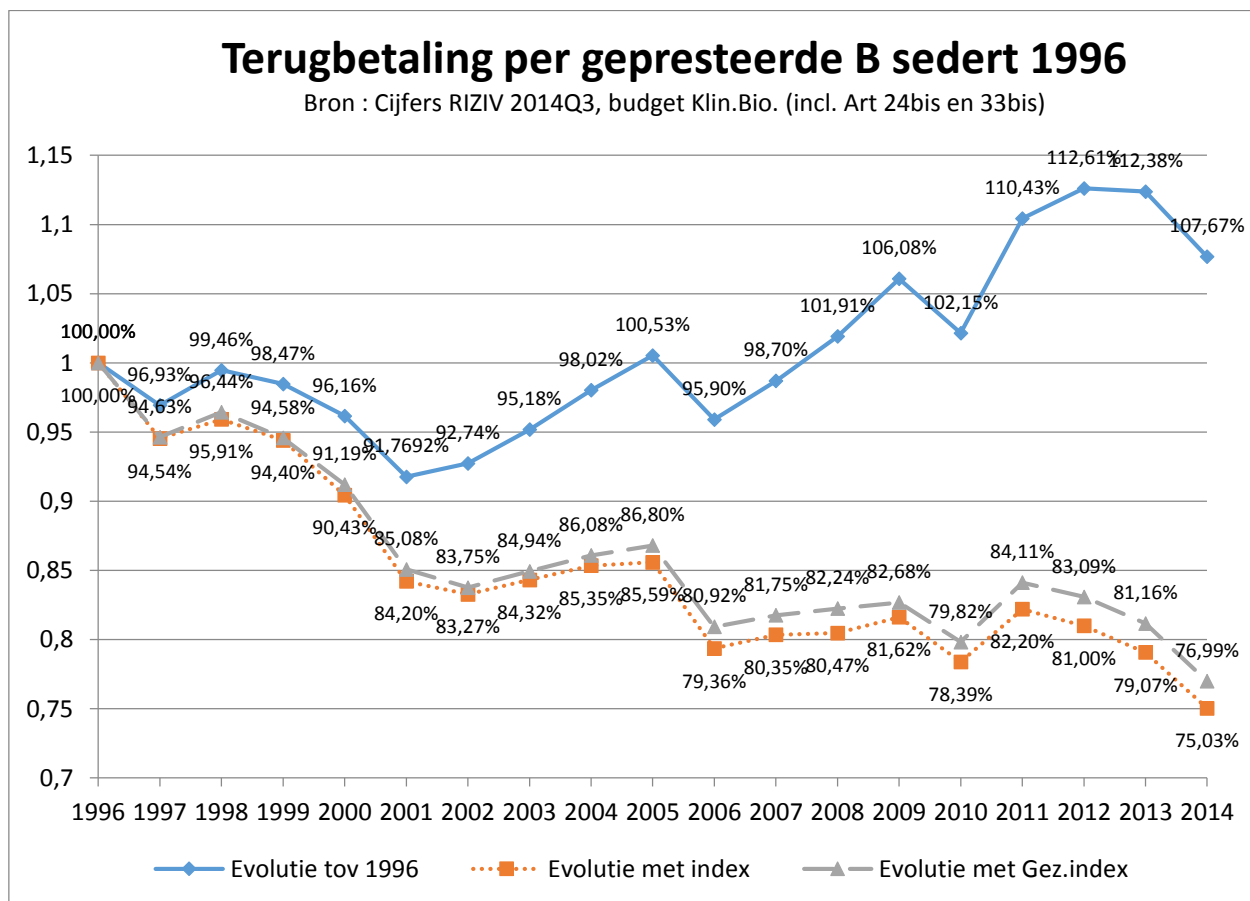
De historische trend van een gelijkmatige jaarlijkse lichte stijging van de gemiddelde B-waarde blijft stabiel (met de logische uitzondering van de periode vlak na de Task-Force herwaardering eind 2010). Merk op dat er nog steeds minder B's gepresteerd worden dan in 2009-2010, onder meer door het samenvoegen van een aantal verstrekkingen die samen een lagere B-waarde kregen dan de som van de originele B-waarden van de individuele testen.



De uitgaven in 2014 werden vooral beïnvloed door de besparingen via de ambulante forfaitaire honoraria. De terugbetaling van deze forfaitaire honoraria werd immers in november 2013 met 9 % teruggeschroefd. De enveloppe 2014 voor het ambulante gedeelte bedroeg € 656,244 miljoen, en het budget voor de opgenomen patiënten € 624,146 miljoen; samen goed voor € 1.280,390 miljoen.

Met de huidige geëxtrapoleerde cijfers na drie trimesters 2014 zit men ver onder deze gebudgetteerde enveloppe. Is dit enkel te wijten aan de daling van terugbetaling van de ambulante forfaitaire honoraria? Als men de uitgaven 2014 van de ambulante forfaitaire honoraria met 9 % zou doen stijgen, dan zou dit iets meer dan € 33 miljoen extra gekost hebben aan het RIZIV. Zelfs dan zitten we nog onder de vooropgestelde enveloppes. Was die besparing eind 2013 dan echt zo noodzakelijk? Of was het besparen om te besparen? De sector had de bevoegde instanties reeds begin 2013 op de hoogte gebracht dat er een dalende trend te zien was. Blijkbaar waren de politieke agenda's en de eraan gekoppelde begrotingsdoelstellingen belangrijker dan de medische realiteit.

We blijven bovendien opmerken dat de gemiddelde terugbetaling per B in 2014 nog verder gedaald is. Rekening houdende met de inflatie kent de sector klinische biologie ten opzichte van 1996 een verlies aan koopkracht van bijna 25 %.



Het aantal prestaties van artikel 18 (RIA) blijft fors dalen: 3 % minder in 2014 dan in 2013.

Even inzoomend op artikel 24bis merken we dat dit artikel in 2014 voor 5,28 % meer uitgaven gezorgd heeft dan in 2013 en een stijging met 33,92 % kent sedert 2010.

Voor artikel 33bis waren de uitgaven in 2014 13,85 % groter dan in 2013. Sinds 2010 kenden de uitgaven voor dit artikel een groei van 93,50 %.

We vermelden even dat de voorziene enveloppen voor 2015 in de ambulante sector € 658,637 miljoen en voor de opgenomen patiënten € 620,602 miljoen bedragen, samen goed voor € 1.279,239 miljoen. Dit is inclusief de besparing vanaf 01.02.2015 op de forfaitaire honoraria in geval van heropname 82 % → 67 % (€ - 0,887 miljoen) en de vermindering met 1 % voor de niet-geaccrediteerde verstrekkers (€ - 0,161 miljoen).

Dit globaal budget klinische biologie voor 2015 van € 1.279,239 miljoen omvat ook het budget voor de terugbetaling van nieuwe testen in de hematologie (€ + 1,179 miljoen) en klinische scheikunde (€ + 0,413 miljoen).

Merk op dat de klinische biologie via haar besparing van € 0,887 miljoen + € 0,161 miljoen dus € 1,048 miljoen zelf betaalt van de “nieuwe” initiatieven voor een bedrag van € 1,592 miljoen, of 65,8 %.

Wat betreft de vermindering met 1 % voor de niet-geaccrediteerde verstrekkers moeten er nog een aantal (technisch ingewikkelde) koninklijke besluiten getroffen worden. De vooropgestelde besparing vanaf 01.02.2015 voor een bedrag van € 0,161 miljoen zal dus in 2015 niet gehaald worden. In de vergadering van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van 09.02.2015 werd gevraagd hiermee rekening te houden.

3.2. Dit wordt 2015...

Er zijn in 2015 alvast geen belangrijke extra besparingen gepland. Er is wel een verdere vermindering van het forfaitair honorarium per opname van 87 % tot 62 % bij heropname van een patiënt met dezelfde diagnose in hetzelfde ziekenhuis binnen de 10 dagen na zijn ontslag en er is de vermindering van de honoraria met 1 % voor alle technische verstrekkingen, dus ook van alle verstrekkingen van de laboratoriumgeneeskunde, voor niet-geaccrediteerde artsen (en apothekers- klinisch biologen, want zij volgen automatisch de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van de artsen).

Het akkoord artsen-ziekenfondsen van 22.12.2014¹⁵ maakt de terugbetaling van een aantal langverwachte ('nieuwe') testen in microbiologie en hematologie mogelijk, maar in feite betalen we die voor twee derden zelf door de bovenstaande kaasschaaf besparingsmaatregelen.

Naast de hierboven vermelde onderwerpen, die ook in 2015 onze scherpe aandacht zullen vergen, worden hieronder een aantal te verwachten 'hot items' voor 2015 aangehaald.

3.2.1. All-financiering

De verandering van de financiering van de ziekenhuizen kwam en komt uitgebreid in de media. De teneur is te streven naar meer 'all-in', dus forfaitaire vergoedingen voor bepaalde, zo niet alle pathologieën en hun behandelingen. Het KCE gaf op vraag van ex-minister Onkelinx een belangrijke voorzet met zijn meer dan 400 pagina's tellende KCE rapport 229¹⁶. Het rapport is vooral een round-up van de huidige problemen of discussiepunten: het verschil in verloning tussen de diverse specialismen, het overaanbod aan acute bedden, de over- of onderfinanciering van de universitaire ziekenhuizen, voor- en nadelen van de prestatiegeneeskunde, de onderfinanciering van de ligdaggebonden ziekenhuisactiviteiten enzovoort.

Echte aanbevelingen over welke richting de nieuwe financiering zal uitgaan worden nog niet gegeven en worden pas de komende jaren verwacht. Specifiek in de klinische biologie kennen we nu reeds het probleem van de preoperatieve onderzoeken uitgevoerd bij de huisarts. Zal een eventuele forfaitaire vergoeding van bijvoorbeeld een electieve operatie ook het

¹⁵ Belgisch Staatsblad 27.01.2015

¹⁶ Conceptual Framework for the Reform of the Belgian payment system of hospital care. 26.09.2014

preoperatief onderzoek behelzen en zo ja zal het ziekenhuislabo dan een som moeten terugstorten aan het privélabo dat de preoperatieve onderzoeken heeft uitgevoerd? Wat met de behandelingen die deels in ziekenhuismilieu en deels ambulant gebeuren? Wat met de ambulante paramedische omkadering na een ingreep? Het lijkt heel moeilijk, zo niet onmogelijk om de behandeling van een pathologie, waarvan de zorg deels ambulant, deels gehospitaliseerd gebeurt, forfaitair te honoreren. In de USA wordt er wel al duchtig mee geëxperimenteerd, onder de benaming “bundled payment”. Over de forfaitarisering van de honoraria zal wellicht nog heel veel inkt vloeien en ook de klinisch biologen zullen zich actief in dit debat moeten mengen.

3.2.2. Genetica

Een fundamentele discussie zal dienen te worden gevoerd over de grenzen van de testen die behoren tot de genetica. Betreft het enkel analyses in verband met aangeboren ziekten en behoren de verworven ziekten dan tot de klinische biologie en pathologische anatomie? Op het eerste zicht lijkt dit een duidelijke grens, doch we weten allemaal dat bijvoorbeeld karyotyperingen en FISH-testen op beenmerg gebeuren in de genetische centra bij verworven hematologische aandoeningen zoals leukemieën.

Daarnaast leiden de beschikbare technologieën naar nieuwe ethische uitdagingen. Wat doen we met een toevallig gevonden germlinemutatie gevonden bij het sequensen van een colontumor?

Daarnaast dient een fundamenteel debat te worden gevoerd over de kostprijs van genetische testen (vaak met een B 8000). Door de technologische vooruitgang kunnen klassieke PCR 's in het kader van bijvoorbeeld het opsporen van hemochromatose of mucoviscidose gebeuren voor een fractie van de prijs van 10 jaar geleden en lijkt het logisch om sommige terugbetalingen te verlagen en de uitgespaarde sommen te herinjecteren om bijvoorbeeld nieuwe technieken zoals ‘Next Generation Sequencing’ te financieren.

3.2.3. Samen sterk!

Ten slotte doet het ons plezier dat een verdere integratie van de wetenschappelijke verenigingen tot stand is gekomen. Op de Algemene Vergadering van 18.10.2014 werd de fusie goedgekeurd van de Belgische Vereniging voor Klinische Biologie (BVKB-SBBC) met de Koninklijke Belgische Vereniging voor Klinische Chemie (KBVKC-SRBCC). De nieuwe naam van de vereniging wordt: “Koninklijke Belgische Vereniging voor Laboratoriumgeneeskunde” (KBVL), “Société Royale Belge de Médecine de Laboratoire” (SRBML), “Royal Belgian Society of Laboratory Medicine” (RBSLM).

Met deze fusie wordt gestreefd naar het vertegenwoordigen en verdedigen van de wetenschappelijke belangen, innovatie, kwaliteit, guidelines, symposia... van alle domeinen van de laboratoriumgeneeskunde in België, inclusief de klinische chemie, hematologie, microbiologie en alle aanverwante nieuwe disciplines.

Ten slotte is het de vaste wil van de beroepsvereniging om in 2015 de nodige initiatieven te ontwikkelen om meer jongeren aan te trekken. Onder meer met dit doel worden de statuten van onze vereniging herzien in een daartoe bijeengeroepen buitengewone algemene vergadering.

Dr. Henk Louagie

4. Financieel verslag door de penningmeester, Dr. L. Marcelis

De algemene vergadering keurt de rekeningen van 2014 unaniem goed en verleent het bestuurscomité er unaniem kwijting van. Gezien de gunstige financiële toestand stelt de penningmeester voor de jaarlijkse bijdrage van onze beroepsvereniging op 248 euro te behouden met de gewoonlijke reducties voor de assistent-artsen (25 euro), starters (125 euro) en gepensioneerden (75 euro). De algemene vergadering keurt het voorstel van de penningmeester unaniem goed.

5. Bespreking van het verslag van de secretaris

Een geanimeerde discussie omtrent de POCT testen in de Limburgse apotheken ontstaat. Sommige leden vinden dit een gevaarlijk precedent, anderen gaan ervan uit dat dergelijke POCT-testen steeds zullen worden bevestigd in een conventioneel laboratorium zoals nu een positieve thuistest voor zwangerschap ook steeds in een klinisch laboratorium wordt geconfirméerd. Sowieso blijft er een probleem van communicatie en kennis bij de apotheken. Anderzijds laat ook de kennis in sommige huisartsenpraktijken te wensen over: zo is er blijkbaar een incident geweest in een groot Vlaams ziekenhuis waarbij NOAC's werden gemonitord via de INR. Uiteraard had de NOAC-toediening weinig effect op de INR met verhogen van de dosis tot gevolg en uiteindelijk een bloeding... Kennis van en communicatie over de indicaties voor sommige labtesten blijft dan ook van primordiaal belang en de taak van de klinisch bioloog!

Ook de mogelijkheid van het volgen van een stage als klinisch bioloog in opleiding in een privélaboratorium wordt besproken. Dit wordt algemeen als positief ervaren, doch blijkbaar speelt dit minder in Wallonië, waar de ziekenhuizen ook veel private klinische biologie uitvoeren. Belangrijk hierbij blijft de verantwoordelijkheid van de erkenningscommissies die zullen moeten beoordelen of een ingediend stageplan voldoet aan de norm. We verwachten wel dat de erkenningscriteria soepel zullen worden toegepast gezien de dubbele lichte assistenten die binnenkort wordt verwacht door het verminderen van de studieduur 'arts' tot 6 jaar.

Ook de 'kruisbestuiving' tussen de privésector en de ziekenhuislaboratoria wordt aangehaald. Kennis van elkaars goede en slechte kanten door het uitwisselen van assistenten zal wellicht leiden tot meer wederzijds begrip en samenwerking, bijvoorbeeld op het vlak van zeldzame, moeilijke of speciale testen.

Ten slotte wordt ingegaan op het feit dat het recent afgesloten akkoord artsen-ziekenfondsen voorziet dat de opleiding van assistenten gedeeltelijk door het RIZIV zal worden gefinancierd vanaf 2016.

6. Varia

Er zijn geen verdere variapunten.

Dr. H. LOUAGIE,
Secretaris

Dr. M. MOENS,
Voorzitter