
De Arts-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Artsen-Specialisten

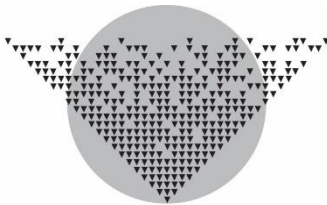
Verantwoordelijke uitgever : Dr. J.-L. DEMEERE
Redactiesecretariaat : F. Vandamme
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

Speciaal nummer april 2019

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

Inhoud

| | |
|---|----|
| 1. Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 27.02.2018..... | 3 |
| 2. Toespraak van de Voorzitter, Dr. Alin DEROM: Bit-Care and Health-Coin..... | 3 |
| 3. Verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE | 5 |
| 3.1. Dit was 2018 | 5 |
| 3.1.1. Laagvariabele zorg..... | 6 |
| 3.1.2. Ziekenhuisnetwerken | 6 |
| 3.1.3. Wijziging KB 78 omtrent de gezondheidsberoepen | 6 |
| 3.1.4. Erkenningsnieuws omtrent de klinische biologie, microbiologie en de Europese context 7 | |
| 3.1.5. POCT en PST..... | 9 |
| 3.1.6. Erkenning van de expertise van de klinisch biologen | 10 |
| 3.1.7. Budget 2018..... | 10 |
| 3.1.8. Varia | 11 |
| 3.2. Dit wordt 2019 | 12 |
| 3.2.1. Budgetanalyse | 12 |
| 3.2.2. Nomenclatuur overzicht wijzigingen eind 2018 / begin 2019 | 13 |
| 3.2.3. Centralisatie van de zorg..... | 15 |
| 3.2.4. Genetica | 15 |
| 3.2.5. Paramedische beroepen | 16 |
| 3.2.6. NGS conventie en creatie van art. 33ter..... | 16 |
| 4. Verslag van de penningmeester, Prof. Dr. Alain VERSTRAETE..... | 16 |
| 5. Varia | 17 |



Kroonlaan 20, 1050 Brussel – Avenue de la Couronne 20, 1050 Bruxelles
Tel. 02/649.21.47 - Fax 02/649.26.90 - info@vbs-gbs.org

Ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 26.02.2019

Aanwezig:

De Drs. E. BAILLEUL, M. BERTH, (L. CATTOIR), M. CRIEL, S. DEBRUYNE, A. DEROM, (A. DEVREESE), D. JAMAER, K. MAELEGHEER, M. LIEVENS, H. LOUAGIE, K. MAGERMAN, J. MAIRESSE, J. MINON, M. MOENS, J. MOERMAN, B. STAQUET, M. VANBLERK, K. VANPELT, K. VANPOUCKE, P. VERMEERSCH, A. VERSTRAETE

Verontschuldigd:

De Drs. D. EERENS, J. GRAS, J. VANDERPAS en P. VERHEECKE

1. Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 27.02.2018

Het verslag wordt unaniem goedgekeurd.

2. Toespraak van de Voorzitter, Dr. Alin DEROM: Bit-Care and Health-Coin

Bij de algemene vergadering is het de gewoonte dat de voorzitter een toespraak houdt. Niet over het verloop van het afgelopen jaar, want dat is in goede handen bij de secretaris, maar wel om een visie voor te leggen, ballonnetjes los te laten of eens de filosofische kant op te gaan. Eerlijk gezegd een moeilijke taak voor een Cartesiaans iemand zoals ikzelf.

Helaas is dit een bewering die me nu reeds in de problemen brengt. René Descartes was niet alleen wiskundige, maar ook filosoof. Wat natuurlijk de verklaring is van zijn gekende uitspraak “Je pense donc je suis”. Denk ik toch...

De gezondheidszorg zit met een analoog probleem als bijvoorbeeld het Christendom. Oude tradities die jarenlang bestaan en waar de huidige generatie smeekt om realisme, haalbaarheid, inspraak en dienstbetoon. Het ware niet 2019 als er ook geen elektronisch kantje aan zit, om het fenomeen sociale media niet expliciet te vernoemen.

Dat doet me denken aan mijn eerste ervaring met de computer eind jaren '70 begin jaren '80. Op het labo had mijn vader een Wang computer. Een mastodont van meer dan honderd kilo met 64 KiloByte aan werkgeheugen te verdelen over een 10-tal schermen. Fier als een gieter mocht ik eens achter het klavier gaan zitten, typte daar enthousiast in 5*7= “enter” en kreeg het spijtige antwoord “command unknown”. Daar zat ik dan achter een computer van een paar miljoen Belgische franken die minder kon dan mijn TI-57 rekenmachientje.

Ondertussen is mijn kennis over computers wat geëvolueerd en ben ik blij dat als ik 5*7= in Google ingeeef, ik wel het juiste antwoord krijg. Ik heb mijn TI-57 dus niet meer nodig.

De geneeskunde heeft de laatste jaren een enorme vooruitgang gemaakt in de digitalisering. Maar de patiënt evolueert nog sneller.

Maar maak u geen illusies. Die situatie van nu bijna 40 jaar geleden doet zich heden ten dage nog steeds voor. Verkeerde vragen met ongewenste antwoorden. Ik heb het dan niet over het menselijk aspect doch wel over de communicatie tussen de verschillende computersystemen, gaande van de PC bij de particuliere arts tot de grote serverparken in laboratoria en ziekenhuizen. Men mag u wijsmaken wat men wil, maar ik kan maar 1 ding zeggen “het loopt mank, het trekt op niks”. Natuurlijk dat deze uitspraak wat provocerend is. Maar als men bepaalde zaken ziet mislopen, zich afvraagt waarom, en dan uiteindelijk ziet: “aha, daarom...”. Ik hou het liever in de doofpot. Alhoewel, nee. Laten we grote mensen zijn en eens kijken naar de realiteit.

De geneeskunde heeft de laatste jaren een enorme vooruitgang gemaakt in de digitalisering. We stockeren meer, delen meer, en zijn verondersteld meer te weten. Maar de patiënt evolueert nog sneller. De patiënt chat continu, weet direct wat er aan de andere kant van de wereld gaande is, deelt met een simpele knop de laatste foto van zijn poes met miljoenen mensen die al dan niet direct laten weten dat ze dit leuk vinden. Om dan nog te zwijgen over Wikipedia en doctor Google.

En HealthCare? Die moddert wat aan. Onwil? Nee! Onkunde? Soms wel! Enthousiast? Soms te! In de hoop dat het beter wordt? Jazeker!

Maar... ik hoor ook stemmen die zeggen : Kan dat niet even wachten? Hoe lossen we dat op? Mag het nog even op papier?

Het doet me, ook anno 2019, denken aan de periode toen ik de nodige stappen ondernam om de verzekeraarbaarheid en adresgegevens van de patiënt elektronisch op te kunnen halen via de kruispuntenbank en MyCareNet. Ik spreek dus over 2012. Dat was een echte papierwinkel. Bijna niets elektronisch te regelen.

En dat is nu het zwaard van Damocles dat boven ons hoofd hangt. Het moet snel en elektronisch zijn. Traag en elektronisch zou absurd zijn, maar met snel bedoel ik dat “men (= de politiek) wil dat het snel verplicht wordt.” En als ik één ding geleerd heb dan is het wel, haast en spoed is zelden goed. Zeg maar dat de dokter het gezegd heeft.

Maggie De Block heeft de – noodzakelijke – evolutie in een hogere versnelling gezet

Onze minister in lopende zaken van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block heeft de – noodzakelijke – evolutie in een hogere versnelling gezet. Alleen vrees ik dat ze een paar versnellingen heeft overgeslagen en is ze vergeten te vragen waar de rem is.

Neem nu het voorbeeld HL7-CDA. Een prachtig concept waar ik persoonlijk achter sta. Het is niet de hemel op aarde en men heeft in België de zoveelste “internationale standaard” aangemaakt. Doch het biedt een mooi perspectief.

Net zoals met de oude Albert II codes, ik heb daar nog een mail van 2002 over terug gevonden, dat een initiatief was met een paar enthousiaste believers die ieder hun eigen agenda hadden, is er toen vlot samengewerkt aan dit Albert II project. Doch eens dat er praktisch getest moest worden, dat er gefinetuned moest worden voor de mysteries van de realiteit, dan liep het mis. Niemand te vinden die daar pro-deo tijd en ontwikkeling in wou steken, en de overheid had er ook geen eurocent voor over. Gevolg : de Albert II codes zijn geïsoleerd geraakt in een paar computersystemen van de diehards.

Hetzelfde is helaas aan de gang met HL7-CDA.

HL7-CDA kan een einde maken aan de wirwar van formaten dat België rijk is : Medidoc, Medar, HealthOne , Medigest, enz... Allemaal hebben ze het warm water uitgevonden en zijn ze dé standaard. HL7-CDA zou een einde kunnen maken aan ziekenhuizen die weigeren laboresultaten van externe eerstelijnslaboratoria in te lezen. Ik vraag me af wat ze hiermee wensen te bereiken. Noch de arts noch de patiënt is ermee gediend. Het kan alleen maar leiden tot overconsumptie in de uitgaven klinische biologie. Foei ziekenhuis! Is dat de visie en inbreng van de ziekenhuizen op de meerwaarde van ICT en elektronische uitwisseling?

Een door hogerhand opgelegd, Belgisch formaat zou hier een einde aan kunnen maken. Een formaat waarvan ikzelf en nog andere collega's geëist hebben dat er een onafhankelijke testprocedure bestaat

voor de inhoud van het bericht. In de hoop dat het gedaan is om van het kastje naar de muur gestuurd te worden als een arts om een of andere reden niet alle resultaten ziet.

Het is dan ook met enorm veel teleurstelling, ontgoocheling en ongeloof dat ik merk dat er een bepaald ogenblik de politieke wil en druk was om dit formaat geforceerd en vóór de verkiezingen te verplichten, doch dat er noch tijd, noch geld vrijgemaakt is om dit formaat degelijk te testen. Gelukkig dat er de nodige initiatieven genomen zijn om deze ongewenste situatie aan te kaarten, en uiteindelijk is er dan toegegeven dat er nog gewacht zal worden en voorlopig zijn de berichten in tekst, Word of XML formaat beschikbaar. Men heeft dus geluisterd. Maar ik moet toegeven. Ik ben niet gelukkig, en nog steeds teleurgesteld.

Investeren in nieuwe & noodzakelijke technologieën die iedereen ten goede komen

Teleurgesteld dat men kost wat kost een oplossing wou voor de beloften die de politiek en belangengroepen gemaakt hebben, en ook teleurgesteld dat men niet de nood en meerwaarde gezien heeft van een degelijk uitgetest systeem dat, eens gepubliceerd, het leven van de artsen enorm zou vereenvoudigen en de gezondheid van de patiënt ten goede zou komen. En als ik de politiek daarmee plezier kan doen. Ja HL7-CDA kan u miljoenen doen besparen in de uitgaven van de sociale zekerheid. Doch als arts zeg ik liever, het geeft ons de kans om financiële middelen te investeren in nieuwe & noodzakelijke technologieën die iedereen ten goede komen.

Net als de Bitcoin waar men veel over spreekt, soms goed soms kwaad, waar men in gelooft of niet, zo is het dus ook met de HealthCare. Men spreekt er goed en kwaad over, sommigen denken dat het dé toekomst is, anderen verloochenen het. Laten we die 2 dan mooi samenbrengen tot Bit-Care en, Health-Coin. Wie weet komt daar iets moois uit.

3. Verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE

3.1. Dit was 2018

In totaal werd in 2018 4 keer vergaderd met het bestuurscomité (op 25.02.2018, 08.05.2018, 11.09.2018 en 20.11.2018). De algemene ledenvergadering vond plaats op 25.02.2018. Er was een supplementaire ontmoeting met de collega's patholoog-anatomen op 08.10.2018.

Wat waren de kernwoorden van 2018? Laagvariabele zorg (LVZ) en ziekenhuisnetwerken staan wellicht met stip op 1 en 2, volgorde vrij te kiezen. Het NIPT-dossier, zo populair in 2017, verdween wat naar het achterplan en de centra voor menselijke erfelijkheid (CME) lijken er zich bij te hebben neergelegd dat de NIP-test ook in de niet-CME wordt aangeboden. We zijn blij dat deze hetze is uitgedoofd. De problematiek van de POC- en PST-testen al dan niet beschikbaar via het internet passeerden ook regelmatig de revue. Hoopgevend is de toenadering met de beroepsvereniging van de pathologen en het erkennen van de klinisch biologen in hun expertise onder andere door hen op te nemen in de werkgroep 'CompanionDiagnostics'. Daarnaast blijft evenwel de plaats van en de verhouding tussen de klinisch biologen en andere gezondheidswerkers een belangrijke uitdaging. Moleculair biologen, wetenschappelijk medewerkers allerhande en de officina-apothekers proberen een al dan niet terechte plaats te veroveren in de laboratoriumdiagnostiek. Een herziening van het KB 78 omtrent de gezondheidszorgberoepen had hier soelaas kunnen bieden, doch blijft helaas één van de vele werven van Minister DE BLOCK die onafgewerkt blijven liggen. Ten slotte kwam eind 2018 de erkenning voor de infectiologen, al dan niet samen met die van de medische microbiologen in de actualiteit. De beroepsvereniging zocht en vond nieuwe leden voor de Franstalige erkenningscommissie. Uiteindelijk zijn de Drs. Staquet, Mairesse en Senterre benoemd als effectieve leden, en de Drs. Roisin, Minon en Sibille als hun plaatsvervangers. Voor nucleaire geneeskunde in vitro is Dr. Pascaline Durez benoemd met Dr. De Maertelaere als haar plaatsvervanger. Ondanks dat de beroepsvereniging sterk betreurt dat slechts 23.98% van de artsen heeft gestemd voor de medische verkiezingen, stemt het ons hoopvol dat we nog steeds voldoende vrijwilligers vinden om alle werkgroepen, commissies e.d. te bevolken. Op deze en andere onderwerpen wordt dieper ingegaan in het verslag hieronder.

3.1.1. Laagvariabele zorg¹

Het nieuwe systeem van de “*globale prospectieve bedragen*” of van de *gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg (LVZ)* is gestart op 1 januari 2019. Op de informatiesessie van 18.06.2018 werd het volgende voorgesteld wat betreft de klinische biologie: uitgesloten prestaties zijn alle variabele forfaitaire honoraria: het ligdagforfait (592001) en de opnameforfaits (591076-591080, 591113-591124, 591135-591146). De volgende nomenclatuurnummers zijn wel inbegrepen in de laagvariabele zorg: 591102 en 591603 (vaste forfaitaire honoraria per opname in het ziekenhuis, respectievelijk niet-geaccrediteerd en geaccrediteerd klinisch bioloog), 591091 (vast opnamehonorarium per opname in dagziekenhuis) en de 8 forfaitaire honoraria per afname bij daghospitalisatie. De artikelen 24bis, 33 en 33bis van de nomenclatuur zijn uitgesloten van het systeem van de laagvariabele zorg.

Het systeem van de referentiebedragen, ingevoerd bij wet van 22.08.2002, verdwijnt op hetzelfde moment als de invoering van de LVZ, maar blijft van toepassing tot eind 2018. Als overgangsmaatregel mogen in het jaar 2019 de ereloonsupplementen op maximaal 115% van de waarde van de in het prospectief bedrag voorziene prestaties aangerekend worden. Voorbeeld: als het globaal prospectief bedrag € 500 is, mogen er op maximaal €575 (=500 + 15%) effectief verrichte prestaties supplementen gevraagd worden, doch de hoegrootheid van de supplementen (100%, 200% ...) wordt niet door de wet of het KB beperkt en dit tot en met 31.12.2019. Hoe er zal worden omgegaan met overschrijdingen van die 115% is ons een raadsel. De logica is zoek. Vele collegae van andere disciplines trachtten nog prestaties uit de laagvariabele zorg te halen, doch dikwijls tevergeefs.

Los hiervan creëert de laagvariabele zorg een enorme administratieve overlast. Op dit moment is enkel de CM klaar voor de facturatie. Ook de analyses in onderaanneming worden moeilijk om correct te factureren. De verdeling van de honoraria blijft een heet hangijzer, doch dit is, althans wat de klinische biologie betreft, gemakkelijk te regelen.

3.1.2. Ziekenhuisnetwerken

Ondanks een regering in lopende zaken werd het wetsontwerp omtrent de ziekenhuisnetwerken goedgekeurd in de plenaire parlementaire vergadering van 14.02.2019. Tegen 01.01.2020 moeten alle ziekenhuizen, inclusief de universitaire, zich in 25 ziekenhuisnetwerken hebben georganiseerd waardoor in theorie concurrentie tussen ziekenhuizen zal verminderen en niet ieder ziekenhuis nog blijft pogen alle mogelijke zorg aan te bieden. Alvast in Gent schiet dit zijn doel voorbij en laat één Gents ziekenhuis zijn patiënten bestralen in een ziekenhuis 50 km verderop ondanks de aanwezigheid van twee radiotherapiecentra in Gent. Wat betreft de klinische biologie zal de implementatie van de ziekenhuisnetwerken wellicht leiden tot verregaande consolidatie tussen de ziekenhuislaboratoria waarbij op de kleinere ziekenhuiscampussen enkel nog een urgentielaboratorium zal worden aangehouden. Het is duidelijk dat dit de werkgelegenheid van de klinisch biologen (artsen en apothekers) niet ten goede zal komen.

3.1.3. Wijziging KB 78 omtrent de gezondheidsberoepen

Qua klinische biologie bewoog hierover weinig, tot begin 2019. Dan verscheen het nieuwe koninklijk besluit van 12 februari 2019 dat in de plaats komt van het KB van 2 juni 1993 en het beroep van ‘medisch laboratorium technoloog’ (MLT) conformeert aan de huidige eisen anno 2019. Het houdt rekening met de adviezen van de Federale Raad voor Paramedische Beroepen en de Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen en is opgesteld in overleg met experts uit de sector en de scholen die de opleiding organiseren. Op 22 februari 2019 treedt het koninklijk besluit in werking.

De jobinhoud waarvoor de laboratoria MLT inzetten zijn de voorbije jaren sterk geëvolueerd. Op die evoluties speelt het nieuwe koninklijk besluit van 12 februari 2019 in. Daarnaast moderniseert het de bevoegdheden van de medisch laboratoriumtechnoloog en de vereisten om het beroep te mogen uitoefenen. Voorbeelden van taken die een medisch laboratoriumtechnoloog straks ook mag uitvoeren zijn: laboratoriumonderzoeken op stalen van menselijke oorsprong in nieuwe domeinen: moleculair biologisch onderzoek en cel-, weefsel- en orgaanonderzoek; voorbereiding en manipulatie van menselijk

¹ Wet van 19.07.2018 (BS 26.07.2018); KB van 02.12.2018 (BS 18.12.2018)

lichaamsmateriaal voor therapeutische doeleinden (bijv. manipulatie van eicellen, sperma of embryo's bij medisch begeleide voortplanting); bloedafname via een aanwezige veneuze katheter of plaatsen van een perifere veneuze katheter (bijv. bij patiënten die een glucosetolerantietest moeten ondergaan en meerdere malen kort na elkaar geprikt worden voor bloedanalyse).

De beroepsvereniging juicht deze herwaardering van het beroep 'MLT' toe. Voor de zogenaamde 'wetenschappelijk medewerkers' of 'moleculair biologen' is er tot heden geen oplossing en hun aanwezigheid in de laboratoria blijft tot vandaag hangen in een juridisch vacuüm. Hun belangenvereniging 'MolecularDiagnostics' blijft actief lobbyen om een oplossing hiervoor te vinden doch voorlopig zonder resultaat.

Reeds op 28.09.2016 kondigde Pedro FACON, toenmalig kabinetschef van minister DE BLOCK en huidig directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid, in de Passage 44 te Brussel, voor een nokvol auditorium een grondige herziening van het KB nr. 78 aan. De aanwezigen herinneren zich ongetwijfeld het madeliefje van de multidisciplinariteit, met de patiënt als bloemknop in het midden, en de zorgberoepen er als vele bloemblaadjes omheen. De artsen waren één van die vele bloemblaadjes. Ondertussen weten we dat de herziening van KB78 niet meer voor deze legislatuur zal zijn.

Dit schept aldus een aantal problemen: KCE rapport 300A

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_300A_Totale_Genoomsequencing_Synthese.pdf) breekt een lans voor de erkenning van zogenaamde 'Genetic counselors' (paramedici dewelke de consultaties van de klinisch genetici voorbereiden), laboratorium genetici en bio-informatici. De functie 'genetic counselor' werd ook opgenomen in het ontwerp van de huidige hervorming van KB 78, maar lijkt dus niet langer op de agenda te staan. Ondertussen leiden de CME 'genetic counselors' op en werven de ziekenhuizen ze aan, ondanks dat ze 'strictu sensu' niet bestaan. Ook in de applicatiecriteria

(<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/laboratoria/Paginas/oncologie-terugbetaling-moleculair-biologische-ngs.aspx>) om te kunnen toetreden tot de zogenaamde 'Next Generation Sequencing' (NGS) conventie worden erkenningscriteria opgelegd qua personeelsformatie en opleiding van paramedici die op dit moment officieel nog niet bestaan... Niet de middenstand doch Kafka regeert het land, om even de betreurde Luc De Vos (Gorki) te parafraseren. Tot heden werden nog geen NGS conventies toegekend.

3.1.4. Erkenningsnieuws omtrent de klinische biologie, microbiologie en de Europese context

De actualisatie van de erkenningscriteria voor klinisch biologen is op de lange baan geschoven. De gemengde werkgroep artsen/apothekers klinische biologen, opgericht op 07.03.2017 en sinds 02.05.2017 o.l.v. Prof. Dr. Jean-Luc RUMMENS omtrent een eventuele gelijkstelling tussen artsen en apothekers klinisch biologen, is voorlopig 'on hold' gezet. Eind 2018 beroerde de nakende erkenning van de infectiologen de gemoederen. Dr. Patrick WATERBLEY, secretaris van de Hoge raad voor artsen-specialisten en huisartsen, riep onverwacht een werkgroep van de Hoge raad bijeen op 20.11.2018 om een aparte erkenning voor infectiologen te voorzien en om dit dossier voor te bereiden voor de plenaire vergadering van de Hoge Raad van 13.12.2018. Dr. MOENS was hierbij aanwezig als lid van de Hoge raad. Prof. Dr. Willy PETERMANS (KU Leuven) en Prof. Dr. Eli COGAN (ULB), beiden internist en lid van de Hoge raad, namen het co-voorzitterschap waar. Verder waren er een 15-tal andere internisten (infectiologen), twee pneumologen, één enkele pediater en nog één arts klinisch bioloog aanwezig, Prof. Dr. Denis Piérard (VUB).

De meerderheid binnen de werkgroep ijvert voor een niveau 3-titel, toegankelijk tijdens of na het behalen van een niveau 2-titel in eender welke discipline van inwendige geneeskunde, of in de pediatrie. Het totaal aantal nodige competenties wordt behaald tijdens een periode van minimum 4 jaar, waarvan sommige reeds verworven kunnen worden tijdens de opleiding inwendige geneeskunde of pediatrie. Er kan maximum 2 jaar gewijd aan inwendige geneeskunde/pediatrie met een aantal verplichte stages gebruikt worden en dan wordt er bijkomend twee jaar specifiek gewijd aan infectiologie.

Een minderheid binnen de werkgroep zou liever een niveau 2-titel creëren, dus een volwaardige beroepstitel zoals chirurg, huisarts of klinisch bioloog. Dit biedt twee voordelen: de niveau 2-titel zou

het vrije verkeer van infectiologen binnen de EU mogelijk maken, aangezien de EU geen niveau 3-titels kent; bovendien zouden de toegangsmodaliteiten voor de niveau 2-titel vermijden dat anesthesisten, spoedartsen en andere specialisten worden uitgesloten, zoals dat wel het geval is in het voorstel voor de niveau 3-titel, die immers uitsluitend is voorbehouden aan internisten en kinderartsen.

Onder impuls van medelid Dr. Louis IDE werd in december 2018 een lijvig document klaargestoomd, gedragen door talrijke artsen klinisch biologen-medisch microbiologen, voornamelijk leden van onze beroepsvereniging, omtrent een aparte erkenning voor de 'medisch microbiologen'. Dit document werd dringend vertaald tijdens de feestdagen om in beide landstalen te kunnen worden voorgelegd op de vergadering van de werkgroep infectiologie van de Hoge raad van 08.01.2019. Namens de beroepsvereniging waren daar de Drs. Alin DEROM, Koen MAGERMAN en Hans DE BEENHOUWER aanwezig. Deze benadrukten dat dit voorstel geenszins een aanval op de infectiologen betreft, doch integendeel het officialiseren van de complementariteit tussen de infectiologen en de medisch microbiologen beoogt. Het voorstel werd gelanceerd om parallel met de werkgroep infectiologie een werkgroep 'medische microbiologie' te starten. Vanuit de voorzitter van de Hoge raad (Prof. Jacques BONIVER), gesteund door Patrick WATERBLEY, secretaris van de Hoge Raad, kwam dan het tegenvoorstel om de voornoemde werkgroep, die begin 2017 was gestart om de erkenningscriteria voor de klinisch biologen te moderniseren en die bestond uit apothekers klinisch biologen en artsen klinisch biologen uit de respectievelijke erkenningscommissies, o.l.v. Prof. Dr. Jean-Luc RUMMENS) te reanimeren en hem dit dossier van de medisch microbioloog te laten behandelen. Zoals hogerop vermeld is deze werkgroep evenwel ondertussen 'slapend' want de herziening van de erkenningscriteria is geen prioritair dossier voor het kabinet.

De beroepsvereniging kon hiermee dan ook niet akkoord gaan want vreest dat dit het dossier op de lange baan zal schuiven. Daarenboven wil Dr. Patrick WATERBLEY de erkenningscriteria voor de medische microbiologie laten aansluiten bij de Europese criteria van de UEMS. Dit zou de apothekers klinisch biologen wellicht definitief uitsluiten, doch creëert het risico op een potentiële en massale instroom van 'medisch microbiologen' uit andere EU landen. Ook dit vindt de beroepsvereniging niet aanvaardbaar. Daarenboven is het essentieel dat de gevraagde erkenning een 'niveau 3 titel' betreft en geenszins de 'medisch microbioloog' uitsluit van andere prestaties klinische biologie. Het is duidelijk dat de 'Hoge raad voor artsen-specialisten en huisartsen' (what's in a name ?) enkel bevoegd is voor artsen. M.a.w., het dossier van de apothekers klinisch biologen die een competentie in de microbiologie willen verwerven heeft geen plaats op dit forum. Dit moet worden geregeld door de Commissie belast met het uitbrengen van adviezen over de aanvragen die worden ingediend door de apothekers teneinde verstrekkingen inzake klinische biologie te mogen uitvoeren² bij het FAGG. Ondertussen werd een compromis 'à la belge' bekomen waarbij dit punt opnieuw zal worden besproken op de vergadering van de werkgroep infectiologie van de Hoge raad op 25.02.2019 waarop opnieuw een aantal artsen klinisch biologen medisch microbiologen en leden van de beroepsvereniging zullen worden uitgenodigd. Er zal daar worden voorgesteld dat bij de nog op te richten werkgroep medische microbiologie van de Hoge raad een drietal apothekers klinisch biologen (Prof. Apr. Katrien LAGROU, Apr. Wim LAFFUT en Prof. Apr. Pierrette MELIN) als waarnemer zullen worden uitgenodigd.

Ondertussen kwam dit dossier ook aan bod op de commissie Klinische Biologie. Dit is evenwel buiten hun bevoegdheid : de creatie van een eventuele beroepstitel 'infectiologie' en 'medische microbiologie' behoort exclusief tot de bevoegdheid van de Hoge Raad.

De beroepsvereniging werd gevraagd om mee te werken aan het uittekenen van een 'common training framework' (CTF) voor specialisten in laboratoriumgeneeskunde, met als uiteindelijke bedoeling vlotte uitwisseling van specialisten tussen de verschillende EU landen mogelijk te maken zonder steeds opnieuw de specialisten te moeten hercertificeren. Initieel werd de 'Royal Belgian Society of Laboratory Medicine' (RBSLM) bevestigd om hieraan mee te werken via de 'European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine' (EFLM). Het was Prof. Etienne CAVALIER, voorzitter van de RBSLM en apotheker klinisch bioloog, die de vraag naar de beroepsvereniging doorspeelde. De

² Artikel 1 KB van 05.11.1964 tot vaststelling van de voorwaarden tot machtiging van de apothekers die bevoegd zijn om verstrekkingen te verrichten, die tot de klinische biologie behoren (BS 26.11.1964).

beroepsvereniging wil dit zeker bekijken. Oplettendheid is zeker nodig omdat er ook weer pogingen zijn om ook niet-medische specialisten Laboratory Medicine met wetenschappelijke achtergrond toe te laten tot een dergelijk CTF. Ook Prof. Flor VANSTAPEL dient gecontacteerd. Hij is voorzitter is van de EFLM werkgroep 'regulation affairs'.

Het beroep van klinisch bioloog wordt spijtig genoeg zeer verschillend ingevuld doorheen Europa. In Noord-Europa zijn de artsen die laboratoriumgeneeskunde beoefenen meestal hypergespecialiseerd, doch men overweegt daar om weer over te gaan tot een meer polyvalente opleiding. In Nederland worden de facto geen nieuwe artsen laboratoriumgeneeskunde meer toegelaten en wordt de job door klinische chemici uitgeoefend. Microbiologen zijn daar wel steeds artsen. In heel Europa ondervindt men problemen om artsen te rekruteren voor de klinische laboratoria.

Het enthousiasme voor het opstellen van een dergelijke common training framework in een tabel is niet groot, ook niet (meer) bij de EFLM (European Federation for Laboratory Medicine). Het voorstel is dan ook om dit agendapunt gewoon door te spelen aan de erkenningscommissies, die dit dan samen met het reeds opgestelde 'blue book', waarin de opleidingscriteria worden opgesomd, kan bekijken.

3.1.5. POCT en PST

Onze advocaat Mr. Tom DE GENDT meldde ons de ontvangst van de beschikking van 14 september 2018 van de raadkamer over onze klacht met burgerlijke partijstelling tegen de KLAV (Koninklijke Limburgse Apothekers Vereniging) en anderen. De procureur zag geen reden tot vervolging. De onderzoeksrechter overtuigde op de pleitzitting de raadkamer niet met de vaststelling van een misdrijf. De raadkamer volgt de beweegredenen van de procureur en heeft de beklaagden buiten vervolging gesteld. Er werd beslist om niet verder in beroep te gaan tegen deze uitspraak. De beroepsvereniging blijft wel bij zijn standpunt dat de officina-apothekers handelingen stelden met als doel het onderzoek van de gezondheidstoestand en de opsporing van ziekten, wat hun wettelijk niet is toegestaan. De beroepsvereniging zal dit dossier strikt verder opvolgen en rekt op zijn leden om eventuele nieuwe bevoegdheidsoverschrijdingen door de officina-apothekers zeker te signaleren.

Daarmee samenhangend werd gesignaleerd door een lid dat in het RTBF nieuws op 22.01.2019 een item werd gebracht omtrent een drietal officina-apothekers in de provincie Luxemburg die een project opstartten omtrent het opsporen van diabetes via een HbA1c bepaling in de apotheek. Het is duidelijk dat dit opnieuw een flagrante casus van onwettige uitoefening van de geneeskunde betreft. Daarenboven worden de meeste diabetici reeds opgepikt via de huisarts. Of claimen de officina-apothekers nu echt de volledige preventieve geneeskunde?

https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/Summ_PR_FR_2013.pdf

Vanuit een ziekenhuis ontvingen we een schrijven waarbij de inmenging van farmaceutische bedrijven in klinisch biologische testen wordt aangeklaagd. Begin februari 2018 werd hen gemeld dat laboratoriumbepalingen mee onderhandeld werden in een openbare aanbesteding ("tender") voor een farmaceutisch product nl. infliximab voor de behandeling van inflammatoire darmaandoeningen, type M. Crohn en colitus ulcerosa.

In het geval van de tender van de medicatie infliximab gaat het voornamelijk over drugmonitoring (bepaling van dalspiegels van infliximab) om de patiëntenzorg te verbeteren door snellere bijsturing van het toedieningsregime, alsook in mindere mate over de bepaling van Calprotectine. Het doel van de drugmonitoring is zeker verantwoord, doch dat deze analyses dan tijdelijk (looptijd van contract waarop de tender betrekking heeft) gratis zijn voor de patiënt, kan in vraag worden gesteld. Het betreft hier bepalingen buiten de RIZIV-nomenclatuur in geval van infliximab maar voor Calprotectine bij patiënten met colitis ulcerosa en voor patiënten met M. Crohn is er immers wel een RIZIV-tegemoetkoming).

Daarnaast werden POC-testen als deel van een programma van een farmaceutische firma bij de lancering van hun nieuw product voorgesteld. Novartis kwam relatief recent op de markt met Entresto® (sacubitril/valsartan). Dit is een veelbelovende medicatie die voor heel wat patiënten met chronisch hartfalen een meerwaarde kan zijn en die wordt gebruikt als onderhoudstherapie. Dit product zit in het ziekenhuisforfait geneesmiddelen. Als thuismedicatie wordt het terugbetaald met attest uitgeschreven door de arts-specialist in de cardiologie of in de inwendige geneeskunde. Novartis heeft een programma van 1,5 jaar lopen, waarbij de NT-proBNP-bepalingen op de consultatie van de cardioloog kosteloos

worden verstrekt. Er is ondertussen talrijke literatuur voorhanden dat Entresto® de NT-proBNP-waarden significant doet verlagen. Het nut en efficiëntie van deze medicatie staan buiten discussie, maar waar wij als klinisch biologen wel mee geconfronteerd worden, is dat Novartis het gebruik van NT-proBNP met POC-testen promoot bij de consultatie van de cardiologen, die dan de medicatie voorschrijven. Ondanks het aanbieden in het lab van een kwalitatief zeer goede assay voor NT-proBNP op gecontroleerde (IQC-EQC) grote analyzers worden clinici verleid tot het ad-hoc kennen van het resultaat op hun consultatie. Novartis heeft hier een partnership met Roche voor de POC NT-proBNP en promoot mee de analyses op de POC-meter. Er is uiteraard geen verplichting om hieraan deel te nemen, maar het mag niet verbazen dat de behandelende artsen zulke voorstellen zeer graag zien komen en hierover communiceren met hun collega's in andere centra.

De inmenging van farmaceutische industrie bij laboratoriumanalyses is een semirecent gegeven voor de ziekenhuislaboratoria. Dit is een betreurenswaardige evolutie. De beroepsvereniging heeft een schrijven gericht zowel naar Roche als Novartis, want het uitvoeren van klinisch biologische testen, inclusief de POC-testen, moet verplicht gebeuren in het erkend laboratorium klinische biologie van het ziekenhuis, zelfs als het om testen gaat die niet worden terugbetaald. Ondertussen ontvingen we een antwoord van Roche dat in een van onze komende vergaderingen zal worden besproken.

Vanuit de Commissie klinische biologie is een voorstel gedaan, doch onvoldoende uitgewerkt, om POC-testen terugbetaalbaar te maken via een nieuw nog te creëren artikel 24ter van de nomenclatuur. De testen zouden worden terugbetaald tegen 100%, zonder forfaitair honorarium. Dit voorstel heeft nog een lange weg te gaan, en zal niet meer in de huidige legislatuur worden behandeld.

3.1.6. Erkenning van de expertise van de klinisch biologen

De beroepsvereniging is verheugd met de toenadering tot de beroepsvereniging van de patholoog-anatomen. Alvast in het kader van de HPV test al dan niet in primaire screening, accreditatie en moleculaire biologie, lijkt het zinvol om op regelmatige basis te overleggen. Daarnaast werden 2 leden van de beroepsvereniging lid van de werkgroep 'Companion Diagnostics' van het RIZIV. Dr. Henk LOUAGIE werd voorgedragen met Dr. Marieke CRIEL als zijn vervanger. De eerstvolgende vergadering vond plaats op 19.02.2019. Deze werkgroep moet de brug vormen tussen de Werkgroep klinische biologie van de TGR, voorgezeten door Dr. Marc MOENS, en de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen, zodat de terugbetaling van geneesmiddelen kan afgestemd worden op de terugbetaling van de eraan gekoppelde testen. De "werkgroep CDX" wordt voornamelijk bevolkt door gespecialiseerde patholoog-anatomen, enkele medisch oncologen en verder veel moleculair biologen.

Op 01.02.2019 waren er 623 beroepsactieve artsen-klinisch biologen. Er waren 664 beroepsactieve apothekers-biologen. Er zijn 69 erkende laboratoria klinische biologie in Vlaanderen, 11 in Brussel en 42 in Wallonië. Heel bizar, toch volgens de cijfers van Sciensano, hebben het merendeel van de laboratoria maar 1 tot 4 MLT per verstrekker, wat zeer onwaarschijnlijk lijkt. Paradoxaal genoeg blijkt uit de tewerkstellingscijfers dat meerdere laboratoria meer dan 60 MLT tewerk stellen? Het laboratoriumdirecteurschap wordt waargenomen door ongeveer evenveel apothekers als artsen.

3.1.7. Budget 2018

Het budget klinische biologie 2018 bedroeg 1.342,875 miljoen euro. Met correctie voor de reeds geplande besparingen vitamine B12/foliumzuur (min 1,331 miljoen euro), de (gedeeltelijke) indexering (1,25%) en de gereserveerde bedragen bedroeg het budget 2018 finaal 1.359,755 miljoen euro, waarvan 676,968 miljoen euro in het budget voor ambulante patiënten en 682,787 miljoen euro in het budget voor gehospitaliseerde patiënten. Voor het eerst werd ook een splitsing gemaakt tussen het budget voor voorschriften door huisartsen en dat door specialisten om responsabilisering van de subgroepen mogelijk te maken, zoals voorzien in het akkoord artsen-ziekenfondsen van 19.12.2017 voor de jaren 2018 en 2019.

3.1.8. Varia

Vanaf 25.06.2018 kan de vergoeding voor stagemeesters voor het jaar 2016 en 2017 worden aangevraagd via de on-line toepassing MyRIZIV. Dit kon tot 23.09.2018. Deze bedraagt 1.510,57 euro/maand. Het gaat om een forfaitair bedrag dat geen rekening houdt met het aantal arts-specialisten in opleiding in de dienst. Vanaf 2018 (aan te vragen in 2019) zal de vergoeding gelden per arts-assistent in opleiding. Al deze vergoedingen gelden dus niet voor apotheker-assistenten in opleiding. Er worden tegenwoordig veel meer apothekers dan artsen opgeleid (geen contingentering) wat de beroepsvereniging betreurt. De betaling van stagemeesters die artsen klinisch biologen opleiden, kan een stimulans zijn om meer artsen klinisch biologen op te leiden en minder apothekers. De beroepsvereniging zal dus geenszins een initiatief nemen om de stagemeesters van de apothekers-biologen op een analoge manier te vergoeden. De apothekers klinisch biologen hebben ondertussen wel al een dergelijke aanvraag ingediend bij de Nationale Commissie Artsen – Ziekenfondsen via het ASGB (Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België), onderdeel van het Kartel.

Een wetsvoorstel (ingediend door Els VAN HOOFF, CD&V) betreffende het verplicht informeren door de klinische laboratoria van het Belgisch Focal Point van het Europees informatienetwerk over drugs en drugsverslaving werd besproken. Bedoeling is dat door het verplicht maken van teruggevonden drugs in klinische stalen sneller een zicht te krijgen op potentieel gevaarlijke nieuwe drugs en in die zin via het 'Belgian Early Warning System' sneller het publiek te kunnen waarschuwen. Dit wetsvoorstel werd ingediend op vraag van Peter BLANCKAERT, hoofd van het 'Belgian Early Warning System Drugs Division' van Sciensano. Het is zeker niet de bedoeling om al de resultaten door te sturen van een gekende toxicomaan die men monitort. Het is ook niet de bedoeling om meerdere resultaten te krijgen van éénzelfde staal. Men is ook niets met de resultaten van de screening, men wil enkel die van de identificatie (en concentratie).

Er is het KB van 06.09.2017 (BS 26.09.2017) "*KB houdende regeling van verdovende middelen, psychotrope stoffen*". Ieder labo dat meer wil doen dan screenen voor drugs moet aan deze regelgeving voldoen en dus iedereen die drugs identificeert en kwantificeert moet hieraan voldoen. Enkel de positieve resultaten van de stalen die door deze laboratoria geïdentificeerd en meestal ook gekwantificeerd zijn moeten gerapporteerd worden. De resultaten zouden wekelijks geanonimiseerd worden doorgegeven (enkel referentienummer, leeftijd, geslacht en postnummer) en via Healthdata. De beroepsvereniging had **18.10.2018** een onderhoud met dhr. Peter BLANCKAERT hierover. Nadien werd **het wetsvoorstel van Els VAN HOOFF onverwacht goedgekeurd in de kamer meldt 'De Standaard'** van 07.02.2019 (http://m.standaard.be/cnt/dmf20190207_04159798).

In het K.B. van 17.05.2018 gepubliceerd op 31.05.2018 wordt door de federale overheidsdienst justitie een kader geschetst omtrent het opsporen van een besmettelijke ziekte bij het plegen van een strafbaar feit. Het opsporen van die ziekten (dus in het kader van een gerechtelijk onderzoek en buiten nomenclatuur) worden toegewezen aan de Aids referentiecentra (ARC). Het gaat niet alleen over het opsporen van HIV maar ook HCV waar de ARC totaal geen HIV ervaring mee hebben. De ARC zijn hiervoor ook totaal geen vragende partij. De beroepsvereniging betreurt dit Koninklijk Besluit. Het dient geïnterpreteerd te worden naar analogie met het opsporen van alcohol in bloed in het kader van bijvoorbeeld een verkeersongeval. Uiteraard is ieder lab klinische biologie in staat ethanol te doseren, maar slechts een aantal zijn erkend door het FOD justitie om ethanol te doseren in het kader van een gerechtelijk onderzoek. Wellicht kunnen de laboratoria door eenvoudige brief ook een aanvraag doen om voor het FOD justitie HIV en HCV antistoffen te bepalen.

Wat betreft de verplichte aanwezigheid van de 0.8FTE arts-specialist in de klinische biologie in de erkende klinische laboratoria werd een voorstel tot oplossing opgemaakt voor een uitzonderlijke situatie in het erkenningsbesluit van 3 december 1999. Hiertoe moet in artikel 15 volgende wijziging worden voorzien voor de uitzonderlijke situatie waarin niet wordt voldaan aan de voorwaarden betreffende het aantal artsen klinisch biologen, het aantal klinisch biologen of aan het maximaal aantal gekwalificeerde medewerkers per klinisch bioloog.

Het vierde deel van artikel 15 wordt dan: "*Indien door reden van overmacht, het laboratorium niet meer voldoet aan de voorwaarden van het eerste, tweede of derde deel van artikel 15 §1, mag de*

tegemoetkoming van de ziekteverzekering voor verstrekkingen van klinische biologie nog verder worden verleend gedurende één jaar nadat het geval van overmacht zich heeft voorgedaan.”

Ten slotte moeten sinds 01.01.2019 de resultaten van de analyses op een elektronisch gestructureerde manier via een HUB publiek toegankelijk zijn³.

3.2. Dit wordt 2019

3.2.1. Budgetanalyse

Al bij al kunnen we voor 2019 tevreden zijn met het toegekend budget. Er is inderdaad geen indexering voorzien van de B-waarde zoals er ook geen indexering is voorzien voor alle kenletters uit de medisch-technische disciplines (K, N, M, et cetera voor chirurgie, transplantatie, fysiotherapie).

De forfaitaire honoraria per opname (KB van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor de verstrekkingen bedoeld in de artikelen 3, § 1, A, II, B en C 1; 18, § 2, B, e) en 24, § 1 inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden) (gewijzigd bij KB van 18.1.2013, BS 30.10.2013) worden sowieso bij KB geïndexeerd. De indexering van de forfaitaire honoraria per opname (artikel 24 §2 van de nomenclatuur) konden we uit de brand slepen. De forfaitaire honoraria per opname worden geïndexeerd met 3,33% en de forfaitaire honoraria per afname worden geïndexeerd met 1,45%.

Vanaf 2019 worden de budgetten van de artsen wat moeilijker te begrijpen omdat men er telkens de laagvariabele zorg van afsplitst. Als totaal bedrag budget klinische biologie bij honoraria artsen is 1.375,856 miljoen euro voorzien. Daar moet nog 15,537 miljoen bijgeteld worden voor prestaties klinische biologie die voor patiënten in de laag variabele zorg zitten. Die worden in het algemeen overzicht van de begroting vanaf het jaar 2019 in een nieuwe, aparte rubriek voor de LVZ opgenomen voor een totaal over alle specialismen van 348,8 miljoen.

Het totale bedrag klinische biologie voor 2019 is dan 1.375,856 miljoen euro + 15,537 miljoen euro = 1.391,393 miljoen euro. Een overzicht staat in de tabel hieronder, net als de nieuwe initiatieven 2019.

De partiële doelstelling artsen 2019 werd vastgelegd op 8.320.915 duizend euro.

| OMSCHRIJVING - LIBELLE | 2019 p 2018 | 2019 INDEX gezondheid | 2019 Plan handhaving | 2019 LVZ | 2019 p 2019 |
|---|------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------|---|
| | TR sept 2018 | INDEX santé | Plan d'action | SBV | Begrotings- doelstelling 2019 na versch LVZ Objectif budgétaire 2019 après transfert SBV |
| | 000 EUR | 000 EUR | 000 EUR | 000 EUR | 000 EUR |
| - Honoraria van artsen Honoraires médicaux | | | | | |
| a) Klinische biologie - Biologie clinique | 1.370.126 | 21.767 | -500 | -15.537 | 1.375.856 |
| b) Medische beeldvorming - Imagerie médicale | 1.313.310 | 19.673 | | -28.995 | 1.303.988 |
| c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen - Consultations, visites et avis | 2.325.500 | 39.713 | | -66 | 2.365.147 |
| d) Speciale verstrekkingen - Prestations spéciales | 1.496.974 | 21.706 | -1.100 | -66.401 | 1.451.179 |
| e) Heelkunde - Chirurgie | 1.341.451 | 19.451 | -5.310 | -181.464 | 1.174.128 |
| f) Gynaecologie - Gynécologie | 94.788 | 1.374 | | -34.544 | 61.618 |
| g) Toezicht - Surveillance | 468.498 | 6.793 | | -14.883 | 460.408 |
| h) Honoraria buiten nomenclatuur - honoraires hors nomenclature | 137.026 | 1.445 | | 0 | 138.471 |
| i) Besparing NCAZ 2018-2019 - Economie CNMM 2018-2019 | -9.880 | 0 | | 0 | -9.880 |
| subtotaal zonder bio en rx | 5.854.357 | 90.482 | -6.410 | -297.358 | 5.641.071 |
| Totaal - Total | 8.537.793 | 131.922 | -6.910 | -341.890 | 8.320.915 |

Budget 2019:

³ KB van 19.12.2018 tot wijziging van artikel 24, § 9, van de bijlage 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 (BS 27.12.2018)

| | | | | | |
|--|--------------------------------|----------|--------------|------------|------------|
| 1. ARTSEN | | | | | |
| 1.1. ARTSEN: KLINISCHE BIOLOGIE | | | | | |
| Akkoord 2016-2017 | PCR infectieuze agentia | 2017/346 | 1.987 | 01-02-2019 | 166 |
| | Opsporing Bordetella pertussis | 2017/347 | 162 | 01-02-2019 | 14 |
| | Artikel 24: Zeldzame ziekten | 2018/221 | 387 | 01-04-2019 | 97 |
| S/Totaal | | | 2.536 | | 277 |

3.2.2. Nomenclatuur overzicht wijzigingen eind 2018 / begin 2019

In het [Belgisch Staatsblad van 12.10.2018](#) verscheen het KB van 19.09.2018 dat code 589875-589886 invoert in artikel 32:

Honorarium voor het ter beschikking stellen van het representatief tumorweefsel voor moleculair onderzoek in het kader van het voorschrijven van tumorspecifieke medicatie bij oncologische patiënten (B2000). Het ter beschikking stellen van het representatief tumorweefsel vergt een revisie van de bestaande microscopische preparaten, correlatie met het restmateriaal, selectie en voorbereiding van het representatieve weefsel vanaf het restmateriaal. De verstrekking 589875-589886 kan enkel worden uitgevoerd en aangerekend door een geneesheer-specialist voor pathologische anatomie op basis van een beslissing genomen in het multidisciplinair oncologisch consult over de te behandelen patiënt. De resultaten van de test worden toegevoegd aan het patholoog-anatomisch verslag.

De verstrekkingen 589875-589886 en 588976-588980 zijn onderling niet cumuleerbaar. Artikel 32 wordt aangevuld met een paragraaf 12, luidende : § 12. De verstrekking 589875-589886 mag enkel worden aangerekend in het kader van het opsporen van de K-RAS mutatie bij gemetastaseerde colorectale kanker.

In het [Belgisch Staatsblad van 12.10.2018](#) verscheen nog een KB van 19.09.2019 met hetwelk in de rubriek 6/ INFECTIEUZE SEROLOGIE van artikel 24 onder de hoofding 1/ Bloed, de volgende verstrekkingen voor de verstrekking 552134-552145 worden ingevoegd: 552112-552123 opsporen van de aviditeit van de IgG-antilichamen tegen Toxoplasma gondii (B 750) (Maximum 1). (Diagnoseregels 127). De rubriek "Diagnoseregels" wordt aangevuld als volgt: 127 de verstrekking 552112-552123 wordt alleen tijdens de eerste vier maanden van de zwangerschap aan de ZIV aangerekend bij een positieve dosering van de IgM- en IgG-antilichamen tegen Toxoplasma en bij gebrek aan vroegere informatie over de positiviteit van de IgG. De verstrekking wordt maximaal eenmaal in het leven van een vrouw vergoed.

In het [Belgisch Staatsblad van 22.10.2018](#) verscheen een derde KB van 19.09.2018 dat op de ambulante klinische biologie van toepassing is. In toepassing hiervan wordt in artikel 2, § 2, van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van de nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden het tweede lid vervangen als volgt: *"De forfaitaire honoraria hebben betrekking op alle verstrekkingen die voor een zelfde patiënt worden verricht, met een zelfde datum van staalafname, ongeacht het aantal voorschriften of voorschrijvers."* (ter info de huidige tekst: *"De forfaitaire honoraria hebben betrekking op alle verstrekkingen die op een zelfde dag voor een zelfde patiënt zijn voorgeschreven, ongeacht het aantal voorschriften of voorschrijvers"*). Dit besluit trad in werking op 1 december 2018 ([U kunt dit koninklijk besluit raadplegen via deze link](#)).

In het [Belgisch Staatsblad van 25.10.2018](#) verscheen een KB van 03.10.2018 met diverse wijzigingen in de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.

Het artikel 9 van dit besluit heeft betrekking op wijzigingen in artikel 24, de verstrekkingen klinische biologie. Het betreft een aantal verstrekkingen in de immunohematologie en in de niet-infectieuze serologie.

Artikel 11 van hetzelfde KB betreft een teksttoilet. Het officialiseert in de nomenclatuur de schrapping bij volmachtsbesluit van 15 juni 2005 van de urgentiehonoraria klinische biologie sinds 1 juli 2005. De wijzigingen van dit KB van 03.10.2018 traden in werking op 1 december 2018. [U vindt de wijzigingen gearceerd met gele achtergrond in het KB, dat u via deze link kunt raadplegen.](#)

In het [Belgisch Staatsblad van 29.10.2018](#) verscheen tevens een KB van 23.09.2018 met nog bijkomende wijzigingen aan de nomenclatuur klinische biologie (artikel 18 en 24). Een reeks codenummers verdwijnt, enerzijds in bloed [dosereren van botfractie van alkalische fosfatasen (433215-433226 & 542673-542684), doseren van osteocalcine (433230-433241 & 542695-542706), doseren van de totale alkalische fosfatasen en elektroforese van de iso-enzymen van alkalische fosfatasen met diagram en

berekening (541936-541940), doseren van degradatieproduct van collageen type 1 (542754-542765)], anderzijds in urine: doseren van degradatieproduct van collageen type 1 (433576-433580 & 543955-543966).

Er worden ook nieuwe codenummers aangemaakt, enerzijds in bloed: doseren van botaanmaak (433355-433366 & 542894-542905), anderzijds in urine: doseren van botafbraak (433370-433381 & 542916-542920).

De respectieve cumulregels 77 en 78, en diagnoseregels 71 worden aangepast aan deze nieuwe verstrekkingen. Het KB van 23 september 2018 (BS 29.10.2018) trad in werking vanaf 1 december 2018.

De bedoeling van dit KB is om op deze manier niet meer een te bepalen stof in de omschrijving van het nomenclatuurcodenummer op te nemen, maar wel de eigenschap van die stof. Dit maakt het mogelijk dat zowel voor reeds bestaande, maar nog niet terugbetaalbare bepalingen als voor bepalingen van toekomstige merkers een terugbetaling wordt aangevraagd zonder dat daar specifieke nomenclatuur voor geschreven moet worden. Gevolg: voor de huidig gebruikte technieken en bepalingen heeft dit geen impact, onafhankelijk of ze al dan niet terugbetaald werden. Het volstaat om vanaf 1 december 2018 het nieuw prestatienummer aan te rekenen ([Klik hier om het koninklijk besluit van 23.09.2018 te raadplegen](#)).

Bij de opmaak van het KB werd evenwel een fout gemaakt: in de gecoördineerde versie van de nomenclatuur werden de nomenclatuurcodes voor botafbraak enkel onder het hoofdstuk 'urine' geplaatst. Dit geeft problemen om serumtesten op botafbraak uit te voeren, zoals de CTX test (Serum C-terminal cross-linked telopeptide of type I collagen). Om dit recht te zetten dient er een nieuwe nomenclatuurcode worden voorzien voor analyse van botafbraak onder 'Serum' in artikel 18 en 24, identiek aan de prestatie onder 'urine'. Aangezien er slechts 1 test voor botafbraak en 1 test voor botaanmaak kan gebeuren, moet de cumulregel 78 worden aangepast. Ook diagnoseregels 71 moet worden aangepast. De werkgroep klinische biologie van de Technisch geneeskundige raad zond hierover op 22.01.2019 een voortel tot herstel van deze nomenclatuur door aan de plenaire TGR.

In het [Belgisch Staatsblad van 31.10.2018](#) verscheen nog een vierde KB van 19.09.2018. Dit heeft uitsluitend betrekking op beenmerg- en orgaantransplantatie, met name een aanpassing van de HLA-nomenclatuur in artikel 24 en de creatie van een HLA-nomenclatuur in artikel 33bis. ([Klik hier om het koninklijk besluit van 19.09.2018 \(BS 31.10.2018\) te raadplegen](#)).

In het [Belgisch Staatsblad van 11.02.2019](#) verscheen een KB van 25.01.2019 i.v.m. het opsporen van infectieuze agentia bij de follow up van getransplanteerden. Volgende codes worden ingevoegd in artikel 24bis:

556894-556905

Opsporen op kwantitatieve wijze van het cytomegalovirus in het bloed door middel van een techniek van moleculaire amplificatie (B 1533). De verstrekking 556894-556905 mag alleen worden aangerekend voor patiënten die een orgaantransplantatie hebben ondergaan. Voor de patiënten zonder profylactische behandeling mag ze gedurende het eerste jaar na de transplantatie maximaal 23 maal en vervolgens gedurende twee jaar maximaal 12 maal per jaar worden aangerekend voor de patiënten met profylactische behandeling mag ze gedurende drie jaar na de transplantatie maximaal 4 maal per jaar worden aangerekend.

556916-556920

Opsporen op kwantitatieve wijze van het Epstein-Barr-virus in het bloed door middel van een techniek van moleculaire amplificatie (B 1533). De verstrekking 556916-556920 mag alleen worden aangerekend voor seronegatieve patiënten die een orgaantransplantatie hebben ondergaan. Ze mag gedurende het eerste jaar na de transplantatie maximaal 8 maal en vervolgens gedurende twee jaar maximaal 4 maal per jaar worden aangerekend.

556931-556942

Opsporen op kwantitatieve wijze van het BK polyomavirus in het bloed door middel van een techniek van moleculaire amplificatie (B 1533). De verstrekking 556931-556942 mag alleen worden aangerekend voor patiënten die een niertransplantatie hebben ondergaan. Ze mag gedurende twee jaar na de

transplantatie maximaal 4 maal per jaar en vervolgens gedurende 1 jaar maximaal 1 maal per jaar worden aangerekend.

556953-556964

Opsporen van infectieuze agentia in de broncho-alveolaire lavagevloeistof door middel van een techniek van moleculaire amplificatie, het eerste infectieuze agens (B 1533)(Maximum 1).

556975-556986

Opsporen van infectieuze agentia in de broncho-alveolaire lavagevloeistof door een techniek van moleculaire amplificatie, de volgende infectieuze agentia (B 306)(Maximum 7).

De verstrekkingen 556953-556964 en 556975-556986 mogen alleen worden aangerekend voor patiënten die een orgaantransplantatie hebben ondergaan.

556990-557001

Opsporen op kwantitatieve wijze van het adenovirus in het bloed door middel van een techniek van moleculaire amplificatie (B 1533). De verstrekking 556990-557001 mag alleen worden aangerekend voor patiënten die een levertransplantatie hebben ondergaan bij vermoeden van een invasieve infectie met het adenovirus. Ze mag maximaal 5 maal per infectieuze episode worden aangerekend.

In het Belgisch Staatsblad van 12.02.2019 worden met het KB van 25.01.2019 in de rubriek 5/MICROBIOLOGIE van artikel 24 de volgende verstrekkingen na de verstrekking 549636-549640 ingevoegd :

549695-549706

Bepalen van de gevoeligheid van NTM (niet- tuberculeuze mycobacteriën) voor antibiotica : het eerste antibioticum B 400 (Maximum 1) (Cumulregel 344) (Diagnoseregul 129)

549710-549721 bepalen van de gevoeligheid van NTM (niet- tuberculeuze mycobacteriën) voor antibiotica : vanaf het tweede antibioticum B 175

(De gevoeligheid voor antibiotica wordt bepaald voor niet tuberculeuze mycobacteriën waarvan de pathogeniteit door de kliniek, radiologie en microbiologie wordt aangetoond)

In het Belgisch Staatsblad van 18.02.2019 verscheen het KB van 25.01.2019 dat artikel 24bis, § 1 aanvult met de code 557034-557045:

Opsporen van Bordetella pertussis op een posterieure nasofarynx uitstrijk, een nasofarynx spoeling, een nasofarynx aspiraats, een broncho-alveolaire lavage of een bronchus aspiraats, exclusief neus- of keel uitstrijken of enig ander staal (B 2000). Deze verstrekking kan slechts worden uitgevoerd onder de volgende omstandigheden: 1. voor een kind minder dan 16 jaar oud met symptomen compatibel met kinkhoest met een duur van meer dan 6 dagen en minder dan 22 dagen op voorwaarde dat hij niet binnen de laatste 3 jaar werd gevaccineerd; 2. voor een kind minder dan 1 jaar oud dat niet of onvolledig werd gevaccineerd (minder dan 3 dosissen) met catarrale symptomen gevolgd door kokhalzen, bradycardie of apneus.

Op voorwaarde dat zij geen 5 dagen of meer therapie met macroliden of trimethoprim/sulfamethoxazole hebben ontvangen. Enkel op voorschrift van de pediater en éénmaal per diagnostische investigatiefase.

In het Belgisch Staatsblad van 28.02.2019 tenslotte verscheen een KB van 03.02.2019 met de introductie en/of aanpassing van een uitgebreide nomenclatuur van laagfrequente testen in het kader van de 'zeldzame ziekten'.

3.2.3. Centralisatie van de zorg

De beslissing tot de beperking van het aantal centra voor pancreas- en slokdarmchirurgie is ondertussen een feit. Indirect zal dit zijn impact hebben op de honoraria klinische biologie van de ziekenhuizen door gedaalde opnames, ligdagen en minder bloedafnames. Daarnaast zal het forfaitair honorarium per ligdag dalen in de ziekenhuizen die dergelijke zware ingrepen niet meer (mogen) uitvoeren. Ziekenhuizen moeten hun aanvraag tot erkenning hebben ingediend uiterlijk op 31 maart 2019.

3.2.4. Genetica

Zoals gezegd in de inleiding is de NIPT-storm gaan liggen. Goede afspraken tussen de CME en de niet-CME dringen zich op, net als alle ethische beschouwingen omtrent de 'incidental findings' gevonden bij moleculaire tumoranalyse en 'het recht niet te weten' van de patiënt. Ook de collega's patholoog-

anatomen dienen in deze discussie te worden betrokken. Op te merken valt dat de klinische laboratoria talrijke bloedafnames (en bijhorende administratieve rompslomp) uitvoeren voor de CME waar geen inkomsten tegenover staan. Misschien kan er hier ook op termijn een vergoeding voor worden voorzien, naar analogie met de pathologen die nu een vergoeding krijgen voor de selectie van de tumorzone bij de k-ras test (cf. supra_KB 19.09.2018, [BS 12.10.2018](#)). In het dossier van de komende nieuwe regelgeving omtrent 'IVD' trekken de genetica, de klinische biologie en de pathologie alvast aan hetzelfde zeel.

3.2.5. Paramedische beroepen

Naar analogie met de erkenningscriteria voor de medische laboratoriumtechnologen via het KB78, werkt de beroepsvereniging aan een oplossing voor de talrijke wetenschappelijke medewerkers zoals o.m. de moleculair biologen, die nu in de klinische laboratoria werkzaam zijn, maar strictu sensu illegaal. Uiteraard moeten we waakzaam blijven dat dezen de klinisch biologen niet van bepaalde functies zullen verdringen.

3.2.6. NGS conventie en creatie van art. 33ter

Verwacht wordt dat deze in werking zullen treden in de loop van de maand mei 2019.

4. Verslag van de penningmeester, Prof. Dr. Alain VERSTRAETE

BALANS DER INKOMSTEN EN UITGAVEN 2018

Stand op 01.01.2018

| | |
|---------------|-------------------|
| Zichtrekening | 64.906,40 |
| Spaarrekening | <u>119.542,91</u> |
| | 184.449,31 |

Inkomsten

| | |
|-----------------------------|-----------|
| Terugstorting Bijdrage 2017 | 6.000,00 |
| Bijdragen 2018 | 33.284,50 |
| Interesten spaarrekening | 49,46 |

Totaal inkomsten 39.333,96

Uitgaven

Bijdragen VBS

| | |
|---------------------------|-----------------|
| Bijdragen 2017 voorschoot | 6.000,00 |
| Bijdragen 2017 saldo | 7.499,50 |
| Bijdragen 2018 neurologie | 6.370,00 |
| Bijdragen 2018 | <u>9.000,00</u> |
| Totaal | 28.869,50 |

Andere uitgaven

| | |
|----------------------------------|---------------|
| Advocaten onkosten | 6.452,08 |
| Vergaderingenonkosten | 873,70 |
| Postzegels | 513,35 |
| Bankonkosten | 44,78 |
| Enveloppes (De Smet electronics) | 82,28 |
| Bijdrage U.E.M.S 2018 | <u>280,00</u> |
| Totaal | 8.246,19 |

Totaal uitgaven 37.115,69

Saldo 2.218,27

Stand op 31.12.2018

| | |
|---------------|-------------------|
| Zichtrekening | 67.075,21 |
| Spaarrekening | <u>119.592,37</u> |
| | 186.667,58 |

Uit het verslag van de penningmeester, Prof. Alain VERSTRAETE, blijkt dat de rekeningen van 2018 een positief saldo van € 2.218,27 vertonen. De bijdrage aan het VBS is de grootste uitgave. Er was ook een grote uitgave (€ 6.452,08) aan advocatenhonoraria (zaak BBGSMB versus KLAV). Op 31.01.2019 telt onze beroepsvereniging 123 betalende leden en 2 ereleden.

Door een vergissing van het secretariaat werden in het najaar 2018 voor € 6.370 bijdragen aan de beroepsvereniging neurologie op onze rekening gestort. Deze werden uiteraard teruggestort aan de beroepsvereniging neurologie.

Gezien de gezonde financiële situatie van de beroepsvereniging stelt de penningmeester voor de ledenbijdragen ongewijzigd te laten: 248 euro voor de volledige bijdrage, 25 euro voor de assistenten in opleiding, 125 euro voor de artsen die minder dan 5 jaar erkend zijn, en 75 euro voor gepensioneerden.

De vergadering stemt in met dit voorstel, keurt tevens de rekeningen van 2018 goed en verleent er het bestuurscomité unaniem kwijting van.

5. Varia

Er zijn geen varia en er wordt onmiddellijk overgegaan tot het minisymposium met als titel 'Hot topics in de klinische biologie'.

Dr. H. LOUAGIE,
Secretaris

Dr. M. MOENS,
Ondervoorzitter

Dr. A. DEROM,
Voorzitter