
De Arts-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Artsen-Specialisten

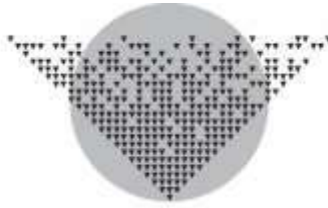
Verantwoordelijke uitgever : Dr. J.-L. DEMEERE
Redactiesecretariaat : F. Vandamme
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

Speciaal nummer mei 2020

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

INHOUDSTABEL

1	Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 26.02.2019	2
2	Toespraak van de voorzitter, Dr. Alin Derom – 2020: Is het einde nabij?	2
3	Verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE	5
3.1	Dit was 2019.....	5
3.1.1	Laagvariabele zorg	6
3.1.2	Ziekenhuisnetwerken	6
3.1.3	Wijziging KB 78 omtrent de gezondheidsberoepen.....	7
3.1.4	Erkenningsnieuws omtrent de klinische microbiologie	7
3.1.5	POCT en PST	8
3.1.6	Een levende beroepsvereniging!	8
3.1.7	Nomenclatuur: NGS conventie en art. 33ter vanaf 01.07.2019	9
3.1.8	Nieuw akkoord artsen-ziekenfondsen	10
3.1.9	Varia	11
3.2	Dit wordt 2020	13
3.2.1	Centralisatie van de zorg	13
3.2.2	IVD richtlijn 2017/746.....	13
3.2.3	MÖBIUS	13
3.2.4	COVID-19	14
3.3	Financieel verslag – Dr Alin Derom	15
4	Verslag van de penningmeester	22



Ontwerp van verslag van de Algemene Statutaire Vergadering

Aanwezig: Drs. JL BAYART, M. BERTH, M. CRIEL, P. CUIGNIEZ, G. DE MOOR, P. DE SCHOUWER, D. DE SMET, A. DEROM, J. GRAS, B. HEYNDRIKX, E. HO, H. LOUAGIE, A. MAIRESSE, M. MOENS, J. MOERMAN, A. MUylaERT, J. PENDERS, H. SEGERS, A. SMISMANS, B. STAQUET, M. TAVEIRA, M. VAN BLERK, K. VAN POUCKE, M. VANDEN DRIESSCHE, G. VANHEULE, P. VERMEERSCH, A. VERSTRAETE

Verontschuldigd: Drs M. BOEUR, D. EERENS, H. PARIDAENS, A. VAN HONSEBROECK, R. VAN ROOSBROECK, P. VERHEECKE

Vertegenwoordigd door volmacht: Drs F. LACQUET, J.-M. MINON, H. PARIDAENS, A. VAN HONSEBROECK, R. VAN ROOSBROECK, P. VERHEECKE

1 Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 26.02.2019

2 Toespraak van de voorzitter, Dr. Alin Derom – 2020: Is het einde nabij?

Hoe dramatisch kan dit klinken? Woorden van een doemdenker of van een realist? Laten we ons gaan, of zetten we ons in? In wiens handen ligt de toekomst?

Het antwoord op dit laatste is duidelijk. Als ik de zaal rondkijk, dan zeg ik: De toekomst hoort jullie toe. De minder jonge leden kunnen hun ervaring doorgeven aan de jongere leden. Maar is dat realistisch? Is dat wenselijk? Zijn de tijden niet te fel veranderd? Kan men de oude trucjes zomaar knippen en plakken naar de huidige hoog technologische samenleving?

Eind januari dit jaar was dit het begin van mijn voordracht. De rest had ik ook al geschreven. Doch toen kwam 1 februari met de algemene vergadering van het VBS en besloot ik bijna alles te herschrijven.

Ik heb toen besloten me toe te spitsen op 3 delen. En eindig met een taak, of opdracht, voor ons allen.

De 3 delen zijn : “Wie is wie?”, “Wie beslist?” en “Zijn de klinisch biologen een uitstervende discipline?”

Bij wie is wie moeten we naar onszelf kijken. Stereotypisch gesproken is de wat oudere arts een harde werker, eigenzinnig, solitair, weet waarover hij het heeft, en ziet hij zijn familie als de patiënt en zijn werk het hem toelaat. De nieuwe arts, of mevrouw de arts, is ... Eigenlijk is het niet aan mij om dat op te lijsten, ik zit tussen de 2 generaties in. Maar volgens mij is die generatie in 2 woorden samengevat evenwichtiger en communicatief. De nieuwe generatie werkt ook hard doch maakt ook tijd vrij voor partner, kinderen, familie en vrienden. Het is geen taboe om niet bereikbaar te zijn, wat niet steeds makkelijk is in deze wereld vol

sociale media. Door de enorme evolutie van wat de wetenschap allemaal weet over de patiënt en diens welzijn, beseft deze generatie maar al te goed dat samenwerken, overleggen, en levenslang blijven leren de standaard is. Moderne technologieën laten bovendien toe alles snel uit te wisselen.

Ik weet dat deze voorstelling zwart wit is, maar de evolutie die ik schets is een gevaar. Een gevaar die we zelf niet hebben zien aankomen, of willen zien aankomen, en een risico dat we in deze geconnecteerde wereld dreigen verloren te lopen en te verdwijnen.

Wie loopt er nu eigenlijk gevaar? Wij! Wij als klinisch bioloog! Wij als beroepsvereniging!

Ikzelf ben een voorbeeld van dat gevaar. Ik ben een van de factoren die het gevaar voor ons beroep vergroot. Ook onze gewoonte om voor alles en nog wat een afkorting te gebruiken maakt het alleen nog maar erger. Zo ben ik onder andere voorzitter van onze beroepsvereniging, de BBASMB. Ik ben ook lid van de raad van bestuur van het VBS. Ik ben voorzitter van de Commissie Klinische Biologie, CKB. Ik ben voorzitter van het VAS, niet het overkoepelende VAS doch wel van de kamer van Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant. En ik ben dan nog lid van het directiecomité van het BVAS. De rest van de mandaten zal ik niet opsommen want ik kan me gerust inbeelden dat sommigen nu al niet kunnen volgen. En om eerlijk te zijn, een 10tal jaar geleden kon ik ook niet volgen, ook al was ik al 15 jaar klinisch bioloog.

Ik heb altijd geloofd in het verdedigen van de belangen van ons beroep. Zowel inhoudelijk, wetenschappelijk als financieel. Sedert ik assistent was, begin jaren 90 ben ik lid van onze beroepsvereniging, en dus van het VBS. Ik was ook reeds snel lid van de BVAS. Ik ben een jaar lang assistent geweest op het labo van Marc Moens. Ik kan dus niet zeggen dat ik niet bij de bron was. En toch heb ik me in die tijd vaak afgevraagd: Betaal ik nu niet dubbel of triple door zowel lid te zijn van BBASMB, VBS als BVAS? Ben ik niet vergeten mijn lidgeld van het VBS te betalen? En waar is mijn lidkaart van BBASMB? Moet ik me niet beperken tot 1 lidmaatschap? Mijn auto is toch ook niet 2 of 3 keer verzekerd? Het antwoord op deze vraag van overshooting is nee. Als men mij, ten persoonlijke titel, vraagt of het zinnig is om lid te zijn van zowel VBS als BVAS, dan zeg ik volmondig: JA.

Deel 2 "Wie beslist" is het gevolg van de onoverzichtelijke situatie die ik net uitgelegd heb. Wat u van het vorige deel moet onthouden is dat wij een beroepsvereniging van artsen specialisten zijn. En net als de meeste beroepsverenigingen van artsen specialisten maken wij deel uit van het, overkoepelend, VBS, het Verbond der Belgische beroepsverenigingen van artsen Specialisten. Het leeuwendeel van uw bijdrage aan onze beroepsvereniging gaat naar het VBS die de administratie, waaronder ook de vertalingen, juridische en organisatorische kracht en hulp is achter onze beroepsvereniging en de andere aangesloten beroepsverenigingen. Om duidelijk te zijn, de beroepsverenigingen van huisartsen zijn geen, en kunnen geen lid worden van het VBS. Het bestuur van onze beroepsvereniging probeert de actualiteit, evolutie en dreigingen in het oog te houden, te bespreken, eventueel te beslissen tot een actie of reactie, en uiteindelijk jullie, onze leden, in te lichten.

Het VBS, waar we dus lid van zijn, heeft geen unieke band met één van de artsensyndicaten. Noch met de BVAS, noch met het Kartel, noch met Domus Medica of eerder gezegd met AADM. Wat wel is, is dat 85% van de artsen specialisten stemmen voor de BVAS en dat velen daarvan waarschijnlijk lid van het VBS zijn. Het idee kan zo ontstaan dat het VBS en de BVAS 2 handen op 1 buik zijn. Dit is niet zo! Ik bedoel daarmee niet dat ze volledig verschillende ideeën hebben, maar wel dat ieder voor zijn eigen ideeën en visies staat. En dat ieder zijn eigen opdracht heeft.

Wat is nu het verschil tussen beiden? Want dat is de vraag die ik me ook jarenlang stelde!

BVAS : de BVAS, dat staat voor de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten, verenigt 5 Kamers van syndicaten van artsen, zowel huisartsen als specialisten en is bij de federale diensten "dé representatieve vertegenwoordiger" van de artsen. De mate van representativiteit wordt bepaald door het aantal artsen dat

voor een syndicaat stemt, dus onafhankelijk of men een lidkaart heeft of niet. Vandaar dat ik nogmaals aandrang dat iedere arts, huisarts, specialist, HAIO en ASO, gaat stemmen als dit gevraagd wordt. In 2022 is het weer zover. Het is voor mij dan ook onbegrijpelijk dat meer dan 75% van de artsen tijdens de verkiezingsronde in 2018 zelfs niet de moeite gedaan heeft om te gaan stemmen. Shame on you! Ik weet dat er een paar technische problemen waren tijdens de eerste elektronische verkiezingen in 2018, doch het aantal artsen dat daardoor niet gestemd heeft is maar een kleine minderheid. Dat elektronisch stemmen kan vanuit de luie zetel gedaan worden. Door niet te stemmen geeft men aan de overheid het signaal "de syndicaten zijn nutteloos, we hebben geen vertegenwoordiging bij de federale overheid nodig, de regering krijgt carte blanche en ze mag zoveel snoeien in onze honoraria als ze wilt". Is dat de boodschap die men wilt geven?

Ook als men zich niet direct betrokken voelt omdat men bv op een andere manier zijn inkomen ontvangt : statutair, bediende, forfaitair, ... noem maar op. Al die verloningen komen wel vanuit het budget dat ons toegewezen is. Dus stem om de 4 jaar tijdens de medische verkiezingen om uw financiële stem te laten horen, om te laten weten wie volgens u uw financiële belangen behartigt.

VBS : Het voorgaande is van toepassing voor de syndicaten. Syndicaten waar bv de BVAS, die toch afgerond 58% van de stemmen op zijn naam kon zetten, bij de overheid aanzien wordt als een organisatie die slechts 58% van 24%, die gestemd heeft, dus vermenigvuldigd slechts 14% van de artsen vertegenwoordigt.

Maar hoe zit het dan bij de beroepsverenigingen. VBS, BBASMB? Daar zijn geen georganiseerde nationale verkiezingen voor. Hoe kunnen die hun stem laten horen? Hebben die beroepsorganisaties wel iets in de pap te brokken daar ze blijkbaar geen representatieve vertegenwoordiger zijn van de artsen?

Wel de beroepsverenigingen hebben wel degelijk hun meerwaarde. En meer dan u denkt. Zo zijn er in de Commissie Klinische Biologie, de voorzitter en vicevoorzitter niet meegerekend, 7 vertegenwoordigers van de faculteiten van geneeskunde en farmacie, en 7 vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen van apothekers en artsen. Wij hebben dus alternerend, om de 3 jaar, 3 of 4 van de 14 stemmen. Een aantal van onze leden zetelen daar supplementair bij via de bank van de faculteiten geneeskunde. Ook in de hoge raad van artsen specialisten, waar onder andere de bijzondere beroepstitel van medische microbioloog en klinische infectioloog op de agenda stond, zetelen vertegenwoordigers van het VBS. We tellen als beroepsvereniging dus wel degelijk mee. De leden van de erkenningscommissies worden onder andere via de beroepsvereniging voorgesteld.

Als beroepsvereniging zorgen we dus voor de opleiding en inhoud van uw activiteit.

Maar ook daar kan men kijken naar de representativiteit. Als ik dat voor onze beroepsorganisatie doe dan zijn er verschillende berekeningsmethodes. Volgens de cijfers van de FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu zijn er "vandaag" 822 arts klinisch biologen die over een visum beschikken, gepensioneerd inclusief. Volgens diezelfde FOD waren er in 2017 735 in België gedomicilieerde artsen die de klinische biologie mogen uitvoeren (en daarboven nog eens 62 die in opleiding zijn). Volgens Sciensano zijn 398 actieve artsen klinisch biologen in de bij hen erkende laboratoria, alsook 401 apothekers biologen. Onze beroepsvereniging telt nu ... 154 leden. 154 op 398 of 735 of 822... Waar is die andere helft of drie vierde? Moeten wij ervan uit gaan dat de helft, of drie vierde, van de klinisch biologen tegen onze beroepsvereniging gekant is? Ik denk van niet. Maar ik denk wel dat het één, of meerdere, van volgende redenen kunnen zijn: men is geen lid omdat men de informatie van een collega krijgt, men is geen lid omdat men denkt dat men dan ook de BVAS steunt, men is geen lid omdat men denkt dat wat we doen nutteloos is, men is geen lid omdat men denkt dat dat weggegooid geld is.

Maar wist u dat er in België 122 laboratoria klinische biologie erkend zijn. We hebben per labo dus maar 1 en een kwart lid. Is dat niet schandalig laag? Zou ieder lid dan misschien aan zijn of haar collega's artsen willen vragen om ook lid te worden van de beroepsvereniging, ook in de academische centra?

Dit is gelukkig niet alleen een slecht nieuws show. Het goede nieuws is dat we vroeger slechts een 4tal nieuwe leden per jaar hadden. Vorig jaar waren het er 14, en dit jaar zijn er reeds 11 aanvragen waaronder ook 7 van ASO 's. Ik kan alleen maar hopen dat het geen tijdelijke hype is.

De vraag of we een uitstervende discipline zijn hebben we deels zelf in de hand. Het feit dat er meer ASO 's lid worden van de beroepsvereniging kunnen we alleen maar bemoedigend noemen. Er is zelfs beslist dat een vertegenwoordiger van de assistenten aanwezig kan zijn op de bestuursvergaderingen. Maar om onze toekomst te verzekeren hebben we niet alleen meer leden nodig, doch ook collega's die zich willen inzetten, die in het bestuur willen komen. Via de verslagen van het bestuur heeft men al een idee van de frequentie (5 tot 6 keer per jaar) en onderwerpen van de bestuursvergaderingen. Bestuursvergaderingen die steeds op een dinsdagavond zijn, net zoals de algemene vergadering van vanavond. Het is ook via dat bestuur dat de lijsten van leden voor bv de commissie klinische biologie, of de erkenningscommissies gestuurd worden. Een verjonging en vervrouwelijking, van deze raad van bestuur zou volgens mij geen probleem kunnen zijn. De meesten onder ons kunnen zich wel een paar keer per jaar vrijmaken voor een dinsdagavond.

Soms, eigenlijk heel soms, zijn er zwaardere maar niet onbelangrijke opdrachten. Ik neem daar als voorbeeld de bijzondere beroepstitel van de medische microbioloog. Daarvoor heeft het bestuur ad hoc specialisten ter zake voor uitgenodigd en aangesteld. Collega Koen Magerman bv. heeft zich daar, zonder lid te zijn van het bestuur, voor ingezet. Iedereen kan dus zijn steentje bijdragen. Ook voor de her-ijking, dus niet her-rijking, van de klinische biologie zijn wij als beroepsvereniging prominent aanwezig. Als we daar afwezig zouden zijn zou het weleens kunnen dat men de klinisch bioloog vervangt door een grote VALAB server en verschillende vormen van artificiële intelligentie. De moeilijke gevallen in bijvoorbeeld de microbiologie zouden dan door de klinische infectioloog oplost worden. De arts voorschrijver zou via een POCT toestel de meeste van zijn testen op zijn kabinet uitvoeren, deze toestellen bestaan reeds, en occasioneel zou er een staaltje naar een klinisch bioloog verstuurd worden voor diens expertise. Maar een fulltime job zou dat zeker niet zijn. Om over de honorering nog maar te zwijgen.

Om af te sluiten en samen te vatten: Wij hier allen aanwezig zijn de toekomst van ons beroep. Onze financiële belangen worden voornamelijk door de syndicaten bepleit en de inhoud van ons werk door de beroepsverenigingen. Ledenwerving en zich actief inzetten voor ons beroep is een noodzaak die maar een beperkte inspanning vraagt. Ik raad alvast aan om mijn woorden te herlezen wanneer dit verslag tot bij u geraakt, en deel het gerust uit aan de niet leden in de hoop hen te kunnen overtuigen.

Beste collega's, mijn dank voor jullie aanwezigheid, voor jullie lidmaatschap. Kent u collega's die nog geen lid zijn, of waarvan u het niet weet, vraag het hen dan en overtuig hen dat een lidmaatschap een meerwaarde heeft in de draagkracht en de representativiteit. En als we niet vervangen willen worden door een hoopje silicium in een of andere server, zet u dan mee in om het belang van ons specialisme en aanwezigheid in verschillende organen te ondersteunen, zowel in eerste, tweede of derde lijn, zowel federaal als regionaal, in het zuiden, centrum of noorden van het land.

Ik dank voor u voor uw aandacht en geef het woord aan de secretaris.

3 Verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE

3.1 Dit was 2019

In totaal werd in 2019 5 keer vergaderd met het bestuurscomité (op 22.01.2019 26.02.2019, 30.04.2019, 24.09.2019 en 12.11.2019). De algemene ledenvergadering vond plaats op 26.02.2019. Deze ging voor de

eerste maal gepaard met de organisatie van een symposium. Op 09.04.2019 was er een ontmoeting met de beroepsvereniging van de patholoog- anatomen.

Wat waren de kernwoorden van 2019? Zoals in 2018 staan de laagvariabele zorg (LVZ) en ziekenhuisnetwerken wellicht met stip op 1 en 2, volgorde vrij te kiezen. Daarnaast schoot de hervorming van de nomenclatuur stilaan uit de startblokken en werd d.d. 12.12.2019 het ontwerp over de erkenning van de 'medische microbioloog' afgerond in de Hoge raad voor artsen-specialisten en huisartsen. . De problematiek van de POCT en PST testen al dan niet beschikbaar via het internet passeerden ook regelmatig de revue. De gedegen werking van de werkgroepen 'ComPerMed' (commission personalized medicine) en 'CDX' (CompanionDiagnostics) geeft hoop dat ook in de toekomst België een vooraanstaande rol zal blijven spelen in de moleculaire diagnostiek. Per 01.07.2019 werd ook de NGS (next generation sequencing) conventie afgesloten tussen het RIZIV en 10 netwerken.

Wat betreft de beroepsvereniging zijn we verheugd dat we meerdere nieuwe leden mochten verwelkomen en dat ook vanuit de specialisten in opleiding de interesse in onze beroepsvereniging toenam met zelfs een vraag om met een afvaardiging deel te nemen aan de bestuurscomités.

Op deze en andere onderwerpen wordt dieper ingegaan in het verslag hieronder.

3.1.1 Laagvariabele zorg

Het nieuwe systeem 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 forfaitair honorarium per ligdag (592001) en de forfaitaire honoraria per opname (591076-591080, 591113-591124, 591135-591146). Daarenboven worden de ambulante forfaitaire honoraria per voorschrift uiteraard uitgesloten. 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) en 591091 (vast forfaitair honorarium per opname in dagziekenhuis). De laagvariabele zorg creëerde een enorme administratieve overlast, met facturatievertragingen tot gevolg. Hoogstwaarschijnlijk zullen de uitgaven klinische biologie 2019 aldus zwaar worden onderschat. Dit effect wordt nog versterkt door de opgetreden facturatie achterstand ten gevolge van de introductie van art. 33ter.

Dit wordt verder in het financieel overzicht verduidelijkt door dr. Alin DEROM.

3.1.2 Ziekenhuisnetwerken

Ondanks een regering in lopende zaken werd het wetsontwerp omtrent de ziekenhuisnetwerken goedgekeurd in een plenaire parlementaire vergadering op 14.02.2019. Tegen 01.01.2020 moeten alle ziekenhuizen zich in 25 ziekenhuisnetwerken hebben georganiseerd waardoor in theorie concurrentie tussen ziekenhuizen zal verminderen en niet ieder ziekenhuis gaat pogen alle mogelijke zorg aan te bieden. 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 uregentielaboratorium zal worden aangehouden. Het is duidelijk dat dit de werkgelegenheid van de klinisch biologen (artsen en apothekers) niet ten goede zal komen. Zorgnet-Icuro ontwikkelde in samenwerking met MÖBIUS een visiedocument omtrent het toekomstig kader van een laboratorium in een ziekenhuisnetwerk. Op 07.02.2020 werd dit visiedocument onder grote belangstelling voorgesteld (<https://www.zorgneticuro.be/publicaties/de-organisatie-van-het-ziekenhuislabo-de-netwerken>). Leden van Zorgnet-Icuro kunnen bij hen terecht om het volledige document te bekomen. Veel wetgevend werk is nog noodzakelijk vooraleer een 'netwerklaboratorium' realiteit zal worden.

3.1.3 Wijziging KB 78 omtrent de gezondheidsberoepen

Hierover bewoog weinig tot begin 2019. Dan verscheen het nieuwe koninklijk besluit (KB) 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 (<https://www.vlaanderen.be/erkenning-als-medisch-laboratorium-technoloog>).

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 uit de scholen die de opleiding organiseren. Op 22 februari 2019 trad het koninklijk besluit in werking. De jobinhoud waarvoor de laboratoria MLT ‘s 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 nu 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 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). Belangrijk hierbij is dat er ook jaarlijks 15 uur bijscholing dient te worden gevolgd. De MLT-beroepsvereniging juicht deze herwaardering van hun beroep 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. Velen onder hen vroegen hun derogatie aan als MLT om wettelijk in orde te zijn. Dit wordt wel degelijk gecontroleerd tijdens de verplichte BELAC audits van de moleculaire laboratoria, zoals ikzelf mocht ondervinden.

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. Een aantal vorig jaar reeds aangehaalde problemen blijven evenwel een kleine 4 jaar later nog steeds bestaan. Zo zijn er geen ‘genetic counselors’ erkend, is de het beroep van ‘bio-informaticus’ nog niet gedefinieerd, enzovoort.

3.1.4 Erkenningsnieuws omtrent de klinische microbiologie

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 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.

Dit kon de beroepsvereniging niet laten gebeuren zonder ook te ijveren voor een aparte erkenning voor de medisch microbiologen. Via maandelijkse vergaderingen o.l.v. Dr. Patrick WATERBLEY (secretaris en ondervoorzitter van de Hoge Raad voor artsen-specialisten en huisartsen) vorderde het definiëren van de erkenningscriteria. Een aantal leden van de beroepsvereniging namen hieraan deel. Dr. Marc MOENS zat de vergaderingen voor. Een aantal apotheker-biologen waren als waarnemer uitgenodigd. Een intermediair rapport werd voorgesteld op 10.10.2019 op de plenaire vergadering van de Hoge Raad door de voorzitter van de werkgroep, Dr. Marc MOENS, samen met de ondervoorzitter, Prof. Hector RODRIGUEZ-VILLALOBOS (UCL), en ons gewaardeerd medelid, collega Koen MAGERMAN.

Op 15.12.2019 keurde de Hoge Raad voor Artsen-Specialisten en Huisartsen het advies uiteindelijk goed over de bijkomende beroepstitel medische microbiologie (niveau 3). Het advies over infectiologie (eveneens

niveau 3) werd al op 13.06.2019 goedgekeurd. Op 07.01.2020 was er een ontmoeting op het kabinet DE BLOCK om de beroepstitels infectiologie en medische microbiologie in een ministerieel besluit (MB) te gieten. Dr. Marc MOENS was daar aanwezig samen met VBS-directeur en juriste, mevrouw Fanny VANDAMME. Door tijdsgebrek kwam enkel de infectiologie aan bod. Er wordt spoedig een nieuwe datum voorzien om ook de medische microbiologie in een MB te gieten. Beide beroepstitels zullen eerstdaags samen worden gepubliceerd.

3.1.5 POCT en PST

Een white paper werd gepubliceerd met als titel 'Organisatie en kwaliteitsbewaking van Point-of-Care testen (POCT) in België: voorstel voor uitbreiding van het wettelijk kader POCT naar de eerstelijnsgezondheidszorg' (auteur: prof. em. dr. Viviane VANHOOF, UZA). Het voorstel is om POCT enkel terug te betalen voor testen uitgevoerd binnen een wettelijk kader, dat samenwerking met een klinisch laboratorium omvat. Daartoe dient het erkenningsbesluit voor laboratoria klinische biologie te worden aangepast en dient een aparte nomenclatuur voor POCT buiten het ziekenhuis te worden gecreëerd. Als eerste zou een terugbetaling voor POCT CRP bij volwassenen worden gecreëerd en geleidelijk worden geïntroduceerd via pilootprojecten. Daarenboven wordt voorgesteld om een POCT-adviesraad op te richten. Verdere info zal volgen wanneer dit allemaal meer concreet wordt. Een brief in die zin werd door de werkgroep 'POCT' van de commissie klinische biologie aan minister DE BLOCK gericht, maar kende geen respons. Dit model werd ook voorgesteld om te gebruiken bij eventuele implementatie van een COVID-19 sneltest.

De saga omtrent de POCT/PST bepalingen in Limburgse apotheken gaat verder. Het 'taking care' project van de KLAV (Koninklijk Limburgs Apothekers Verbond) wordt verder uitgerold in de Limburgse apotheken ondanks negatief advies van de orde van artsen, de provinciale geneeskundige commissie en de voorzitter van de huisartsenkring Heusen-Zolder-Koersel (alle info: <https://www.klav.be/klavinfo/nl/beroepsontwikkeling/takingcare>).

Aangezien het hier ook over interpretatie van testen gaat vallen deze onder de POCT-wetgeving en bedrijven de apothekers aldus illegaal de geneeskunde. Spijtig genoeg volgde de rechter ons niet in onze dagvaarding van de KLAV omtrent deze en stelde de raadkamer de KLAV buiten vervolging. Opnieuw procederen lijkt dan ook zinloos. De beroepsvereniging schreef de betrokken voorzitters van de huisartsenkringen aan om hen op de hoogte te brengen van de illegaliteit van deze apothekersactie. Ondertussen vernamen we van collega Joris PENDERS, gewaardeerd lid van onze beroepsvereniging, dat de KLAV volhardt in de boosheid en het project onder andere in Heusden-Zolder verder uitrolt, ondanks ook daar weer verzet van de lokale huisartsenkringen.

3.1.6 Een levende beroepsvereniging!

Op 01.02.2020 waren er 616 beroepsactieve artsen-klinisch biologen (-1,12%). Er waren 678 beroepsactieve apothekers-biologen (+2,11%). Er zijn 69 erkende laboratoria klinische biologie in Vlaanderen, 11 in Brussel en 42 in Wallonië.

De beroepsvereniging telde 123 betalende leden in 2019 en mocht ondertussen in de loop van 2019 en begin 2020 reeds 17 nieuwe leden verwelkomen.

In de erkenningscommissie klinische biologie werd Dr. Gudrun ALLIET, A.Z. Damiaan Oostende, voorgedragen als vervanger van Dr. Katelijne FLORÉ. Deze benoeming werd gepubliceerd in het B.S. van 25.11.2019.

Op 09.04.2019 hadden drie bestuursleden (de drs. DEROM, LOUAGIE en MOENS) een ontmoeting met 3 leden van het bestuurscomité van de beroepsvereniging pathologische anatomie (de drs. BRUYNEEL, CROES en WETZELS). Dit onderhoud verliep in een constructieve, amicale sfeer en beide beroepsverenigingen delen dezelfde bekommernissen. Het is aldus uitermate belangrijk om regelmatig te overleggen en in de heikele dossiers aan hetzelfde zeel te trekken. Een roadbook omtrent HPV in primaire screening werd uitgebreid

besproken. Naar analogie met de screening op colorectale kanker zou, via een openbare aanbesteding en aan bepaalde doelgroepen, een screeningsprogramma naar HPV (wellicht via autosampling) worden aangeboden. Bij positieve HPV test zouden de vrouwen dan terug worden verwezen naar hun huisarts en gynaecoloog voor intensieve opvolging met o.a. follow-up HPV bepalingen. Deze zouden dan wel in het 'normale' terugbetalingscircuit terecht komen.

Daarnaast werd gefilosofeerd omtrent eventuele samenwerking tussen beide beroepsverenigingen. Voor een terugkeer naar 1988 toen de pathologische anatomie en de klinische biologie samen nog één discipline vormden via een echte samensmelting is het water voorlopig nog veel te diep. Men verwacht wel nog een verdere consolidatie van de laboratoria pathologische anatomie waarbij eventuele standaardisatie en automatisatie van de pre-analytische fase ook mogelijk zal worden, naar analogie met de klinische biologie labs dus.

Het bestuur van de beroepsvereniging had op 24.09.2019 ook overleg met dr. J.-L. DEMEERE (voorzitter VBS) en dr. Donald CLAEYS (secretaris-generaal VBS). Ze stelden zich voor en probeerden een toekomstvisie op het VBS voor te stellen. Ze willen zich duidelijker profileren als een wetenschappelijke vereniging, los van de artsensyndicaten. Een probleem hierbij is dat ze op een aantal overlegcomités niet rechtstreeks zijn vertegenwoordigd. Ze willen het VBS dynamiseren en verjongen en een nieuwe visietekst ontwikkelen op de toekomst. Focus zal liggen op het meer proactief meedenken over de gezondheidszorg waarbij zelf voorstellen, gedragen door de verschillende beroepsverenigingen, worden ontwikkeld en voorgelegd aan de politiek. Nu is het vaak zo dat het VBS dient te reageren op voorstellen geformuleerd vanuit de politiek en aldus vaak in het defensief wordt gedrongen. Men zal ook proberen een maandelijkse column te lanceren in het vaktijdschrift 'De Specialist (Reflexion Medical Network nv)' waarbij met een beurtrol iedere beroepsvereniging aan bod zal komen. Tenslotte wil men ook actief meewerken aan de herziening van de nomenclatuur. Getoetst zal worden of de leden zich bijvoorbeeld kunnen vinden in een splitsing van de honoraria met enerzijds een zuiver 'intellectueel' honorarium en anderzijds een 'technisch' honorarium.

Vanuit het FAKB (forum assistenten klinische biologie) kwam de vraag of een afgevaardigde mag deelnemen aan de bestuursvergaderingen. Het bestuur heeft geen bezwaar mits de deelnemer lid is of wordt van de beroepsvereniging en juicht dit integendeel zelfs toe!

Dr. Jean-Baptiste VANDERPAS kondigt het stopzetten van zijn activiteiten aan als raadgever in de beroepsvereniging wegens zijn pensionering. Het bestuur dankt hem uitdrukkelijk voor zijn jarenlange inzet.

Tenslotte mochten we vieren dat dr. Marc MOENS op 23.11.2019 gelauwerd werd als 'specialist van het jaar' dit na voordracht vanuit onze beroepsvereniging. Ook dr. MOENS nam ondertussen, na 32 jaar ononderbroken voorzitter, secretaris en tenslotte ondervoorzitter, ontslag als bestuurslid van de beroepsvereniging doch uiteraard hopen we nog lang beroep te mogen blijven doen op zijn expertise.

3.1.7 Nomenclatuur: NGS conventie en art. 33ter vanaf 01.07.2019

Op 01.07.2019 ging de introductie van art. 33ter en van de NGS conventie van start. In totaal werden 10 NGS netwerken erkend. Art. 33ter behelst een brede waaier van testen waarbij het testresultaat gekoppeld wordt aan een specifieke therapie. Zowel de testen voor de NGS conventie als die voor Art. 33ter dienen te worden geregistreerd in healthdata.be.

Alle info voor de NGS conventie kan teruggevonden worden via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/laboratoria/Paginas/oncologie-terugbetaling-moleculair-biologische.aspx>.

Voor art. 33ter kan de volgende link worden geraadpleegd:

<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/laboratoria/Paginas/terugbetaling-gepersonaliseerde-geneesmiddelen-companion-diagnostics.aspx>.

Recent werd de procedure voor registratie vereenvoudigd en kan een vaste PITTER-code worden geregistreerd en niet de unieke code zoals gegenereerd door healthdata.be (omzendbrief RIZIV van 10.02.2020).

Een salvo van nieuwe koninklijke besluiten met nomenclatuurwijzigingen verschenen begin 2019. Deze werden grotendeels opgesomd in het verslag van de algemene vergadering 2019 dat naar de leden werd verstuurd. Op 01.06.2019 ging nog de beperking op de vitamine B12 bepalingen in voege: 541494-541505: doseren van vitamine B12 (B250 of 7,81€), 541391-541402: doseren van vitamine B12 en foliumzuur gecombineerd (B350 of 10,94€) mogen slechts 1 X per kalenderjaar worden aangevraagd. Foliumzuur apart (541450-541461, B250 of 7,81€) wordt niet vermeld, m.a.w. voor foliumzuur op zich verandert er niets.

Met het KB van 29.08.2019 werd ook het opsporen van merkers van botafbraak in bloed mogelijk gemaakt, nadat in de eerste versie verkeerdelijk alleen de bepaling in urine was voorzien.

In de schoot van het RIZIV wordt een nieuwe nomenclatuurherziening voorbereid. Deze wordt onderverdeeld in blokken, verdeeld over drie werkgroepen:

- een eerste werkgroep o.l.v. Prof. Dr. Pol LECLERCQ en Prof. Dr. Magali PIRSON (ULB) zal de medisch-technische verstrekkingen onderzoeken, met andere woorden vooral de ziekenhuisgeneeskunde (chirurgie, anesthesie, medische beeldvorming ...)
- een tweede werkgroep o.l.v. Prof. Dr. Jeroen TRYBOU (uit de groep rond prof. Dr. Lieven ANNEMANS, UGent) gaat over de herijking van de intellectuele verstrekkingen (consultaties, toezichtshonoraria)
- een derde werkgroep wordt extern begeleid door MÖBIUS (een consulting bedrijf dat onder andere zijn sporen verdiende in de integratie van Brusselse universitaire laboratoria in LHUB-ULB, dat vijf Brusselse ziekenhuislabs samenbracht) en bekijkt een nomenclatuurherziening in klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde en radiotherapie. De opdracht werd op 09.09.2019 officieel gegund.

De verschillende beroepsverenigingen zullen actief worden betrokken bij deze grootscheepse nomenclatuurherzieningen. Het RIZIV houdt rekening met een realisatietermijn van ± 5 jaar. Een eerste groot overleg met MÖBIUS was gepland op 01.04.2020 doch ging om evidente redenen niet door¹.

3.1.8 Nieuw akkoord artsen-ziekenfondsen

Op 19.12.2019 werd een nieuw akkoord artsen-ziekenfondsen gesloten voor 2020 (dus voor 1 jaar):

https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord_artsen_ziekenfondsen_2020.pdf

De enveloppe klinische biologie stijgt met 2,0% tot 1.398.398.000 euro.

Per 01.01.2020 worden de forfaitaire honoraria per voorschrift aangepast en geïndexeerd met 1,95%. De B-waarden van de voorschriften worden met 1,16% verhoogd (met uitzondering van art. 24bis en 33bis en de testen omtrent CMV en toxoplasma 551316-551320, 551331-551342, 551751-551762, 551773-551784, 552274-55285, 552296-552300, 552392-552403, 552414-552425). Dit compenseert voor een daling van 0,83% van de forfaitaire honoraria per afname, genomen als besparingsmaatregel in 2017, doch slechts gepubliceerd in een KB van november 2019 (BS 27.11.2019). Om die besparing dan toch te kunnen laten

¹ Voor het nageslacht: de lockdown wegens de COVID-pandemie ging in op zaterdag 14 maart 2020

ingaan in 2017 waren de B-waarden dan verlaagd. Daarbovenop worden alle honoraria van verstrekkingen klinische biologie verhoogd met 1,25%.

Daarnaast is er een belangrijke ingreep in het accrediteringssupplement voor de forfaitaire honoraria per afname: 592852, nu 20,06, wordt $19,26 + 0,50 = 19,76$ (-0,30 EUR of -1,50%), 592955, nu 32,47, wordt $31,22 + 0,50 = 31,72$ (-0,70 EUR of -2,16%), 593051, nu 36,77, wordt $35,38 + 0,50 = 35,88$ (-0,89 EUR of -2,42%) en 593154, nu 38,93, wordt $37,49 + 0,50 = 37,99$ (-0,94 EUR of -2,41%).

Deze ingreep wordt gepland in werking te treden op 01.07.2020. De besparing op jaarbasis bedraagt € 11.237.000 (dus 50% hiervan in 2020). Het valt nog te bezien of deze geplande besparing tijdig gepubliceerd geraakt, aangezien de regering nog steeds in lopende zaken is en uiteraard ondertussen de Coronacrisis tal van initiatieven doorkruist

3.1.9 Varia

Een lid signaleerde ons het probleem van subsidie voor het ziekenhuis via het 'P4P' = 'pay for performance' systeem al naargelang een aantal indicatoren goed of minder goed gevolgd worden (alle info: <https://www.health.belgium.be/nl/programma-pay-performance-p4p>). Onder meer via een scoresysteem gedefinieerd door de BAPCOC (Belgische commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid) wordt aan het ziekenhuis een bepaalde score gegeven i.v.m. antibioticaprofylaxe bij het plaatsen van een heupprothese, een pacemakerimplementatie en een hysterectomie. Hoe beter de richtlijnen worden gevolgd, hoe hoger de score voor het ziekenhuis en hoe hoger de subsidie.

Voorlopig gaat dit over eerder marginale bedragen (6,061 miljoen euro op 8.270,61 miljoen euro of 0,07% van het ziekenhuisbudget) doch het staat in de sterren geschreven dat dit de manier wordt waarop bepaalde subsidiëringen in de toekomst zullen worden geregeld. Alertheid is dan ook op zijn plaats.

In het individuele feedbackverslag over het jaar 2016 dat op 18.02.2019 naar alle huisartsen werd gestuurd is er veel aandacht voor de klinische biologie. Iedere huisarts krijgt zijn percentielwaarde volgens type aanvraag: bv. screening naar diabetes, schildklierfunctie, creatinebepaling bij opstart antihypertensiva ...

Alle verdere info:

<https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/kwaliteit/feedback/Paginas/verslag-activiteit-huisarts-2016.aspx>

Omtrent de handhaving van de zorg verscheen volgend RIZIV document: <https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/zorgkwaliteit/Paginas/doelmatigheid-gezondheidszorg.aspx>

Daarin wordt ook een sectie omtrent klinische biologie voorzien met aandacht voor het doelmatig voorschrijven van laboratoriumtesten.

In het ministerieel besluit van 13 juni 2019, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 20 juni 2019, verschenen wijzigingen in de terugbetalingscriteria voor stollingsfactoren, waarbij deze enkel terugbetaalbaar zijn indien voorgeschreven door een arts verbonden aan een erkend hemofiliecentrum (in de praktijk sommige universitaire ziekenhuizen). (RIZIV, omzendbrief aan de ziekenhuizen 2019/11:

<https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/Paginas/omzendingen-algemeen-ziekenhuis.aspx>)

Er zijn overgangsmaatregelen voorzien: voor de specialiteiten die in een openbare officina worden afgeleverd (factoren VIII, IX, Von Willebrand-factor alleen en in combinatie met de factor VIII), de machtigingen die nog geldig zijn tot 1.7.2019, behouden hun rechtsgeldigheid tot 31.3.2020. Op die manier hebben patiënten die een chronische behandeling ondergaan, nog 9 maanden tijd om op raadpleging te gaan bij een arts-specialist in de inwendige geneeskunde, hematologie, pediatrie of pediatrie hemato-oncologie die verbonden is

aan een referentiecentrum voor hemofilie in het kader van de conventie 78981 of aan het Nationaal Coördinatiecentrum voor hemofilie in het kader van de conventie 78980, om een machtiging tot terugbetaling, conform de nieuwe reglementering, te verkrijgen. Voor die nieuwe machtiging geldt voortaan een uniforme duur van 24 maanden.

Voor de geactiveerde stollingsfactoren, de Von Willebrand-factor (in het ziekenhuis) en fibrinogeen daarentegen, wordt geen overgangperiode voorzien: vanaf 1.7.2019 zal, behalve voor de urgente situaties, de vergoeding van die specialiteiten worden toegekend op voorwaarde dat zij zijn voorgeschreven door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde, pediatrie of pediatrie hemato-oncologie die verbonden is aan een referentiecentrum voor hemofilie of aan het Nationaal Coördinatiecentrum voor hemofilie, en zij in een dergelijk centrum zijn afgeleverd.

Voor het protrombinecomplexcontraat zal de vergoeding niet langer worden aangevraagd op basis van een omstandig verslag maar langs elektronische weg via het eHealthplatform, met een machtigingsduur die op 24 maanden wordt gebracht.

Het is duidelijk dat dit niet kan worden getolereerd. Dit betekent dat zelfs een PPSB complex niet meer zomaar beschikbaar zou zijn in een niet-universitair ziekenhuis om bijvoorbeeld een overdosering met coumarines te antagoneeren. Daarenboven zou dit ook betekenen dat bijvoorbeeld patiënten met een ziekte van von Willebrand niet meer kunnen worden gesubstitueerd in een niet-universitair ziekenhuis, waardoor ze daar niet meer kunnen worden geopereerd, bevallen...

BVAS-voorzitter en intensivist, Dr. Philippe DEVOS, diende samen met Dr. Marc MOENS hiertegen schriftelijk en mondeling (d.d. 29.07.2019) klacht in bij minister DE BLOCK. Ook de beroepsvereniging van urgentisten tekende bezwaar aan, net als onze beroepsvereniging. Het UZ Gent nam ondertussen het initiatief om deze problematiek te bespreken met de samenwerkende ziekenhuizen. Op 23.10.2019 werd hierover vergaderd en was de sfeer constructief om tot een oplossing te komen. Tot heden is er echter nog geen definitieve oplossing.

3.2 Dit wordt 2020

Een aantal besparingen en nieuwe initiatieven in de klinische biologie werden in de werkgroep klinische biologie van de Technisch Geneeskundige Raad besproken op 22.01.2019 (!!). In principe worden deze goedgekeurd, doch gezien de val van de regering is er geen zicht op de reële implementatiedatum. Het betreft de volgende items: introductie van de vrije lichte ketens in de nomenclatuur ook bij follow-up van multipel myeloom en het beperken van de vitamine D bepaling tot 1X/jaar behalve in bepaalde specifieke situaties. Deze voorbeelden illustreren mooi hoe lang het duurt vooraleer een goedgekeurd voorstel uiteindelijk in de nomenclatuur komt... .

Voor de SOA (seksueel overdraagbare aandoeningen) worden nieuwe opsporingsalgoritmes voorgesteld: <https://kce.fgov.be/nl/diagnose-en-aanpak-van-gonorroe-en-syfilis>

Dit KCE-rapport beschrijft een vernieuwde aanpak van SOA en zal zijn impact hebben op de budgetten klinische biologie. Aan het RIZIV wordt gevraagd om de terugbetaling van de gecombineerde gonorroe/chlamydia NAAT (nucleic acid amplification test) test mogelijk te maken en deze niet te baseren op leeftijd en testfrequentie. Nu staat er bijvoorbeeld nog gespecificeerd dat de prestatie 550255-550266 (opsporen van *C. trachomatis* door moleculaire amplificatie) enkel kan worden aangerekend tot de leeftijd van 20 jaar en maximaal 2x/jaar. Daarenboven vraagt men ook een nomenclatuurcode voor antibiotica resistentie bepaling bij symptomatische gonorroe patiënten, wat dan weer de cumulregel 70 (geen combinatie toegelaten tussen moleculaire opsporing en kweek van *N. gonorroe*) zal doen schrappen, dit ook om surveillance redenen. De meerkost van al deze maatregelen wordt geschat op 460.000 euro. Dit bedrag zal moeten gezocht worden binnen het budget klinische biologie, vandaar dat het noodzakelijk is om het auditrapport te gebruiken om een aantal misbruiken aan te pakken en het aldus gevonden budget te herinvesteren, onder andere in deze nieuwe SOA aanpak.

3.2.1 Centralisatie van de zorg

De beperking van het aantal centra voor pancreas- en slokdarmchirurgie is ondertussen een feit. Analoge voorstellen circuleren voor de hoofd/hals chirurgie. 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. Door deze zware pathologie te groeperen hoopt men de kwaliteit te verhogen. Logisch lijkt dat men dit doet op netwerkniveau waarbij iedere campus dan een eigen expertise voor een bepaald domein kan ontwikkelen. Naadloos hierbij sluit dan het concept 'netwerklaboratorium' aan waarvoor door Zorgnet-Icuro reeds de voorzet werd gegeven (cf. supra).

3.2.2 IVD richtlijn 2017/746

In het dossier van de komende nieuwe regelgeving omtrent 'IVD' trekken de genetica, de klinische biologie en de pathologie aan hetzelfde zeel. Tegen 1 juni 2022 dienen alle reagentia te voldoen aan bovenstaande IVD ('in vitro diagnostics') richtlijn, die vooral het voortbestaan van 'in house' testen zal bemoeilijken. Via de werkgroep IVD van de Commissie klinische biologie krijgt de beroepsvereniging hoopgevende signalen dat het FAGG² toch de richtlijn op een behoedzame en pragmatische wijze zal toepassen.

3.2.3 MÖBIUS

Zoals hoger gesteld is MÖBIUS aangesteld om onder meer de nomenclatuurherziening klinische biologie in goede banen te leiden. De beroepsvereniging en veel andere 'stakeholders' zijn hier actief bij betrokken. Hoeksteen van de visie van MÖBIUS is dat men een splitsing wil tussen het 'intellectueel' en het 'technisch'

² Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

deel van het honorarium. Hoe dit allemaal praktisch in zijn werk zal gaan is momenteel nog koffiedik kijken en zeker voor de ziekenhuislaboratoria lijkt het onbegonnen werk om dit los te zien van de financiering van de ziekenhuizen. Wellicht loopt dit project serieuze vertraging op door de coronacrisis.

3.2.4 COVID-19

En plots gebeurde het ondenkbare: vanaf 14.03.2020 ging het land in 'lockdown'. Niet-essentiële verplaatsingen werden verboden, niet-voedingswinkels werden gesloten, de scholen gingen op slot, alle niet-essentiële medische activiteit werd uitgesteld. Ook voor de klinische biologie had dit grote gevolgen: stages van MLT werden opgeschort en alle niet-essentiële onderzoeken werden afgelast. Zowel intra- als extramurale labs zagen hun omzet kelderen. Aangezien de ziekenhuislabs grote bijdragen leveren aan de financiële gezondheid van de ziekenhuizen zal dit aldus ook serieus wegen op de hospitaalbalansen.

Als snel poogden talrijke laboratoria een PCR test voor detectie van COVID-19 aan te bieden. Dit liep niet overal van een leien dakje door aanvoerproblemen van reagentia en afnamewissers. Door initiële testschaarste werden in de eerste weken van de pandemie strikte criteria gehanteerd om te beslissen wie een test kreeg en wie niet, dit op geleide van de gevaldefinitie door Sciensano. Dit zorgde in veel laboratoria voor opborrelende discussies tussen enerzijds het lab en anderzijds patiënten en zorgverleners die een test eisten. Sommigen lieten zich dan testen in andere labs waar het niet zo nauw werd genomen met de gevaldefinitie wat uiteraard ook weer tot verhitte discussies aanleiding gaf.

Tussendoor verscheen op 18.03.2020 een MB dat een verbod op sneltesten voor COVID antilichamen instelde (<https://economie.fgov.be/sites/default/files/Files/Entreprises/AM-MB-20200318-covid-19.pdf>). Niet alle leden konden dit appreciëren. Dit MB was zeker en vast bedoeld om te vermijden dat patiënten thuis zichzelf gingen testen met een antilichaamtest die uiteraard niets zegt over infectie en overdraagbaarheid. POCT testen in een laboratoriumsetting moeten voor COVID-19 ook zeker kunnen. Ondertussen komen stilaan ook goede ELISA testen ter beschikking, doch deze werden dan weer (deels) door Sciensano opgeëist... . Op 10.04.2020 verscheen in het dagboek van een spoedarts van UZ Gent (gepubliceerd in 'De Standaard') dat een dergelijke sneltest wordt gebruikt ter screening op de spoedopname. Hoe screenen met een antilichaamtest iets zegt over de overdraagbaarheid van een virus is ons een raadsel. Een snelle antigentest zou eventueel soelaas kunnen brengen doch heeft een te lage gevoeligheid (volgens de firma 70%, volgens 'in house' validatie in veel laboratoria slechts 50%...).

Sciensano verspreidde ondertussen een voorstel tot terugbetaling: (<https://www.riziv.fgov.be/nl/covid19/Paginas/terugbetalingsvoorwaarden-opsporingstesten-coronavirus-covid19-pandemie.aspx>) en zie ook: <https://epidemiologie.wiv-isp.be/ID/Pages/2019-nCoV.aspx>. De honoraria werden tot heden³ niet bekend gemaakt en een administratief monster werd gecreëerd met onder andere de verplichting van een speciaal aanvraagformulier. Dit laatste geldt blijkbaar niet voor de industriële laboratoria die ondertussen van minister Philippe DE BACKER PCR testen mogen uitvoeren. De krant 'De Tijd' meldde op 02.04.2020 dat het bedrijf Biogazelle (<https://www.tijd.be/ondernemen/farma-biotech/gents-biotechbedrijf-start-grootschalige-coronatesten/10218507.html>) startte met grootschalig testen op COVID-19. Uiteindelijk startten ze op 10.04.2020... .

Het is ongezien dat voor het eerst een niet-klinisch biologisch lab klinisch biologische testen mag uitvoeren op menselijke stalen los van klinisch biologen, erkenningscriteria, het erkenningsbesluit voor de medisch laboratorium technologen, registratie bij Sciensano, externe kwaliteitscontrole et cetera De beroepsvereniging publiceerde hieromtrent een persbericht (http://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user_upload/e-specialist/2020/2020.04.09_COVID_industriële_labs_BBASMB_08_04_2020-ADR-MM.pdf) http://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user_upload/e-specialist/2020/2020.04.09_COVID_industriële_labs_BBASMB_08_04_2020-ADR-MM.pdf

³ 22.04.2020

gbs.org/fileadmin/user_upload/e-specialist/2020/2020.04.09_COVID_industriële_labs_BBASMB_08_04_2020-ADR-MM.pdf) dat snel werd opgepikt door tal van media. Minister DE BACKER verdedigt zich door te stellen dat de klinische laboratoria de gevraagde aantallen niet aankonden. Hij baseert zich hiervoor op een bevraging door DELOITTE (!) van een paar weken ervoor waarbij iedereen nog aan het opschalen was en moeite had om aan voldoende materiaal te geraken. In tijden waarbij de non-profit het beste van zichzelf geeft, deze testen zonder overleg door de farmaceutische industrie (profit!, denk maar aan baby Pia) tegen een gegarandeerde prijs laten uitvoeren getuigt van diep misprijzen van de overheid voor diezelfde non-profit. Eigenlijk komt het erop neer dat heel wat erkende klinische laboratoria zich in die periode uit de naad hebben gewerkt om PCR –testen op te starten en avonden en nachten hebben doorgewerkt. De overheid vraagt diezelfde laboratoria dan vriendelijk alles zelf te betalen en zeker géén facturen uit te sturen naar de patiënten. In tussentijd wordt er door de overheid achterliggend “als dank” een tweede spoor uitgewerkt dat opbouwt naar 10.000 PCR testen per dag met farmaceutische- en biotechbedrijven, dit blijkbaar en spijtig genoeg met goedkeuring van een aantal klinisch biologen... . Deze capaciteit zal gezien het verloop van epidemie wel volstaan. Daarenboven is een deel van schaarste aan afnamemateriaal wellicht gecreëerd doordat de overheid massaal afnamemateriaal aan het opkopen was voor Biogazelle en C°.... en blijven hierdoor patiënten in de COVID-19 triagecentra, op de spoedgevallen en in de COVID-afdelingen in de kou staan.

Hopelijk kunnen we volgend jaar een positiever verhaal schrijven waarbij de COVID-19 nachtmerrie tot het verleden behoort.

3.3 Financieel verslag – Dr Alin Derom

Zoals tijdens de vorige algemene vergadering van 26 februari 2019 voorspeld gooit de LVZ (Laag Variabele Zorg) heel wat roet in ons jaarlijks financieel overzicht van de uitgaven in de klinische biologie. Bovendien moeten we ons dit jaar, net als vorig jaar, ook baseren op de cijfers van de eerste 6 maanden van 2019, daar waar we de jaren ervoor ons op 9 maanden konden baseren.

Voor zij die net van een goedverdiende vakantie van Mars terugkomen, de LVZ wordt voor een beperkt aantal weinig variabele hospitalisaties toegepast voor de opnames vanaf 1 januari 2019. Ze worden gehonoreerd via 1 globaal prospectief bedrag (GPB) per type of groep van opnames. Het betreft een all-in bedrag waar alles in zit behalve de supplementen die men mag aanrekenen op maximaal 115% (enkel in 2019, daarna 100%) van de werkelijk gepresteerde aktes. Men moet bovendien, om statistische & financiële redenen, de nomenclatuurnummers van alle werkelijk gepresteerde akten mee op de facturen vermelden aan het uniforme bedrag van € 0. Dan kan, op basis van deze gegevens, via complexe berekeningen, en rekening houdende met alle inclusie en exclusie criteria, de GBP van de LVZ voor 2 jaar later berekend worden.

Voor 2019 werd en in het budget van de financiële middelen een groeïnorm van 1.5% en een indexering van 1.45% voorzien De begrotingsdoelstelling werden aldus door de Algemene Raad van het RIZIV op 15 oktober 2018 vastgesteld op € 26.518.320 duizend. De partiële doelstellingen van het budget van de artsen werden vastgesteld op € 8.320.915 duizend. Daarbovenop een bedrag 341.890 duizend voor de financiering van de LVZ. Dat is 4.11% de partiële doelstelling.

Geen indexatie voor de prestatiescodes van de analyses.

van €
van

Het budget, nog steeds een gesloten enveloppe, klinische biologie krijgt hiervan € 1.370.467 duizend toegewezen plus € 15.537 duizend (1.13%) voor de LVZ. Dit is inclusief a) de indexering met 1.45% van de forfaitaire honoraria per afname (+ € 7.054 duizend) en b) de indexering van de forfaitaire honoraria klinische biologie per opname, zowel in het dagziekenhuis als in het ziekenhuis, met 3.33% (+ € 9.601 duizend). Er is geen indexatie voor de prestatiecodes van de analyses voorzien.

Het ambulante, niet verblijvend, deelbudget komt zo op € 690.137 duizend, en het hospitalair, verblijvend, budget komt op € 698.867 duizend (bron : CGV 2018/319, NCAZ 2018-127, CGV 2020-020)

Er zijn een aantal nieuwe prestaties die nog niet terugbetaald worden vanaf 1 januari 2019, doch pas een paar maanden later. Dat genereert wat men de “gereserveerde bedragen” noemt. Het betreft hier 3 elementen uit het akkoord van 2016-2017. Ten eerste de PCR infectieuze agentia die pas vanaf 1 februari 2019 terugbetaald zullen worden en zo een gereserveerd bedrag van € 166 duizend opleveren. De opsporing van Bordetella pertussis wordt eveneens pas van 1 februari 2019 terugbetaald en genereert zo een gereserveerd bedrag van € 14 duizend. Tenslotte zijn er een reeks van testen in artikel 24 voor zeldzame ziekten die pas vanaf 1 april 2019 terugbetaald zullen worden en die zorgen voor € 97 duizend. In het totaal dus € 277 duizend gereserveerde bedragen die in 2020 wel uitgegeven zullen worden en dus in dat budget voorzien moeten worden. (bron : NCAZ 2018-127)

Voor we jullie overspoelen met cijfers toch even volgende bemerking : De invloed van de LVG in de cijfers. In de uitgaven van eerste 6 maanden van 2018 had men 29% van de uitgaven die betrekking hadden op prestaties van 2017. Voor diezelfde periode van 2019 waren er 32% van de prestaties uit 2018. Dit komt omdat , door de complexiteit van de facturatie van de LVZ ,men een systematische achterstand heeft waardoor men later factureert als vroeger. Men kan dit ook zien door de aangerekende “normale” en de LVZ prestaties met elkaar te vergelijken. In de eerste 6 maanden van 2019 is 36% van het budget van de “normale” prestaties gefactureerd geweest en slechts 33% van die van de LVZ.

Door de complexiteit van de facturatie van de LVZ is er hier systematische vertraging zichtbaar.
--

Voor zij die van cijfers houden volgt hier de resultaten van de analyse van de uitgaven zoals medegedeeld door het RIZIV voor de eerste 6 maanden van 2019.

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 2019 (gebaseerd op de cijfers van het RIZIV, situatie 2019Q2). Er wordt vergeleken met de definitieve cijfers van 2018.

Er werden in het ambulante budget 34,73 miljard B's gepresteerd (1,77% meer dan in 2018 waar er voor 34,13 miljard B's gepresteerd is), in het budget opgenomen patiënten 11,84 miljard B's (-2.83% ten opzichte van 2018 waar er voor 12,18 miljard B's gepresteerd is). Vergeet niet dat daar nog een stuk LVZ bij moet komen). Die prestaties kostten het RIZIV resp. € 270,75 en 90,07 miljoen (dus zonder het aandeel forfaitaire honoraria), resp. +1,89% en -4.96% verschil met 2018 waar het resp. € 265,73 en 94,74 miljoen was.

Gepresteerde B's			
Jaar	Amb	Hosp.	Globaal
1996	14 563 742 008	9 798 736 470	24 362 478 478
1997	14 519 094 329	9 494 656 749	24 013 751 078
1998	15 577 109 952	9 755 526 239	25 332 636 191
1999	16 316 227 310	9 960 379 832	26 276 607 142
2000	17 675 487 566	10 344 943 631	28 020 431 197
2001	20 018 146 984	11 300 336 760	31 318 483 744
2002	19 342 585 730	10 644 873 895	29 987 459 625
2003	20 487 404 905	10 885 497 154	31 372 902 059
2004	21 992 762 470	11 390 986 040	33 383 748 510
2005	22 804 750 085	11 398 471 970	34 203 222 055
2006	23 498 733 945	11 425 351 200	34 924 085 145
2007	24 519 096 270	11 684 316 865	36 203 413 135
2008	26 406 962 650	12 095 648 350	38 502 611 000
2009	28 513 249 190	12 614 385 315	41 127 634 505
2010	29 057 405 200	12 226 185 339	41 283 590 538
2011	27 442 757 940	11 319 194 820	38 761 952 760
2012	28 810 625 665	11 524 855 600	40 335 481 265
2013	29 138 643 840	11 420 447 005	40 559 090 845
2014	30 057 874 140	11 351 317 950	41 409 192 090
2015	31 456 720 555	11 854 205 620	43 310 926 175
2016	33 013 343 307	11 967 754 971	44 981 098 278
2017	33 460 021 331	12 135 816 757	45 595 838 088
2018	34 125 347 570	12 182 707 025	46 308 054 995
46 567 812 477	46 567 812 477	46 567 812 477	46 567 812 477

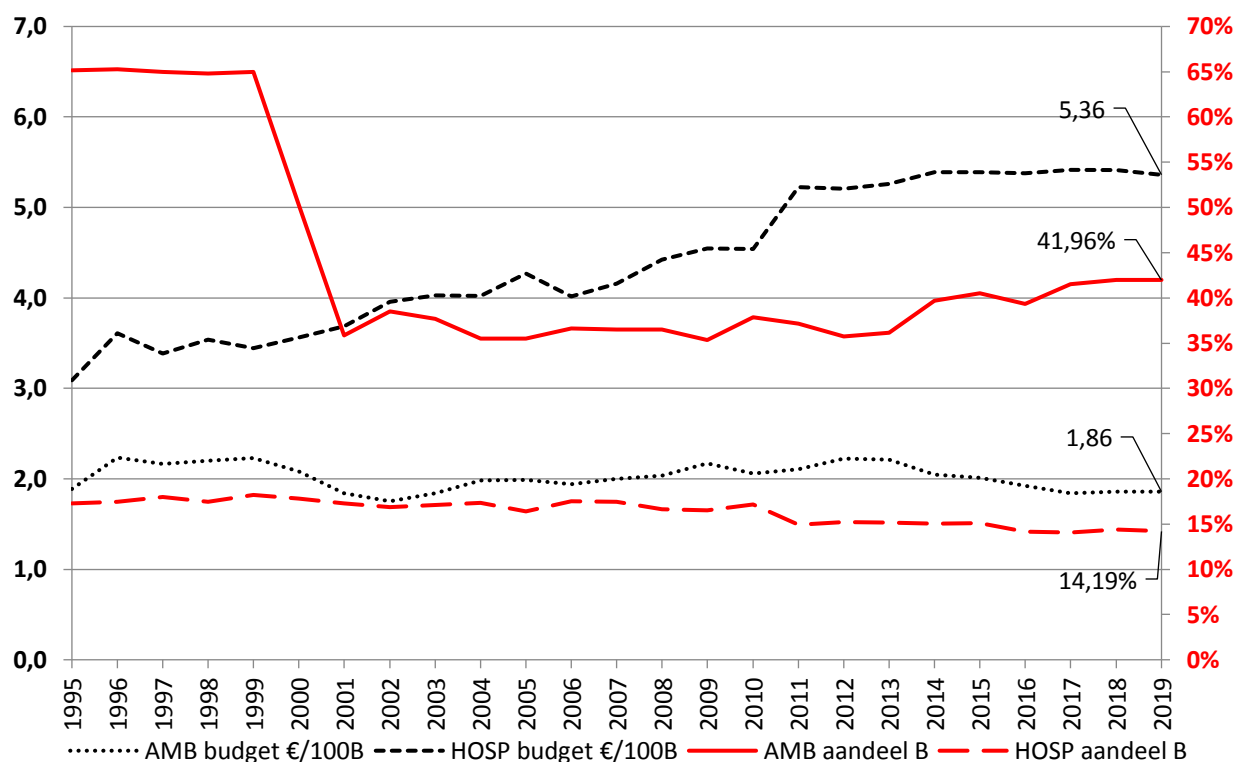
Bron : RIZIV uitgaven 2019Q2

Als we de cijfers van 2019Q2 bekijken, inclusief de respectievelijke forfaitaire honoraria (maar nog steeds zonder de bis-artikels & zonder de bedragen via de GPB) dan kostte dit aan het RIZIV respectievelijk € 645,21 en 634,61 miljoen, of 1,89 % meer (ambulant) en 3,74% minder (opgenomen) dan in 2018, waar het respectievelijk € 633,26 en 659,31 miljoen bedroeg.

Als we deze cijfers anders bekijken, dan is de kost aan het RIZIV voor 100 gepresteerde B gelijk aan € 1,856 in het ambulant budget (+0,11% dan in 2018, waar het € 1,858 bedroeg), en € 5,36 in het budget opgenomen patiënten (-0,94% vergeleken met 2018, toen het € 5,41 bedroeg). Globaal is dit € 2,69 (1,34% minder dan in 2018, toen het € 2,69 bedroeg). Het aandeel van uitgaven gerelateerd aan de prestaties in het ambulant budget blijft 41,96%, in het budget opgenomen patiënten daalt dit naar 14,19% (in 2018 was dit nog 14,37%). Globaal bedraagt het aandeel van terugbetaling door het RIZIV dat gerelateerd is aan de prestatie 28,19% (een stijging van 1,09% ten opzichte van 2018 waar het 27,89% bedroeg).

Inkomsten €/100B en aandeel prestatie in inkomsten

Bron : Cijfers RIZIV 2019Q2, budget Amb & budget Hosp (excl. Art 24bis en 33bis)



Inkomsten €/100B en aandeel prestatie in inkomsten					
Jaar	AMB budget €/100B	HOSP budget €/100B	AMB aandeel B	HOSP aandeel B	TOT aandeel B
1995	€ 1,89	€ 3,09	65,13%	17,26%	40,59%
1996	€ 2,23	€ 3,61	65,27%	17,44%	40,37%
1997	€ 2,17	€ 3,39	64,96%	17,99%	41,21%
1998	€ 2,20	€ 3,54	64,77%	17,49%	41,05%
1999	€ 2,23	€ 3,44	64,96%	18,22%	42,30%
2000	€ 2,08	€ 3,56	50,29%	17,84%	34,05%
2001	€ 1,84	€ 3,69	35,84%	17,29%	26,00%
2002	€ 1,75	€ 3,95	38,48%	16,86%	26,50%
2003	€ 1,84	€ 4,03	37,70%	17,08%	26,62%
2004	€ 1,98	€ 4,02	35,51%	17,34%	26,20%
2005	€ 1,99	€ 4,27	35,49%	16,38%	25,59%
2006	€ 1,94	€ 4,02	36,60%	17,53%	27,03%
2007	€ 2,00	€ 4,16	36,49%	17,44%	27,02%
2008	€ 2,03	€ 4,42	36,51%	16,65%	26,60%

2009	€	2,17	€	4,55	35,34%	16,52%	26,29%
2010	€	2,06	€	4,54	37,84%	17,19%	27,91%
2011	€	2,11	€	5,22	37,15%	14,95%	25,92%
2012	€	2,23	€	5,21	35,74%	15,23%	25,83%
2013	€	2,21	€	5,26	36,16%	15,18%	26,05%
2014	€	2,05	€	5,39	39,70%	15,04%	27,41%
2015	€	2,01	€	5,39	40,53%	15,09%	27,75%
2016	€	1,92	€	5,38	39,34%	14,15%	26,65%
2017	€	1,84	€	5,41	41,52%	14,07%	27,36%
2018	€	1,86	€	5,41	41,96%	14,37%	27,89%
2019*	€	1,86	€	5,36	41,96%	14,19%	28,19%

Bron : RIZIV uitgaven 2019Q2

Wat de forfaitaire honoraria betreft zien we volgende trends.

Het aantal gefactureerde forfaitaire honoraria per afname bedroeg in 2019 15,753 miljoen (+ 0,03% ten opzichte van 2018 waar dit 15,749 miljoen was). Men ziet nog steeds de continue trend van minder kleine (<=700 B) aanvragen (-3,29%) ten voordele van het aandeel grotere (>3500B) aanvragen dat met 3,14% stijgt ten opzichte van 2018.

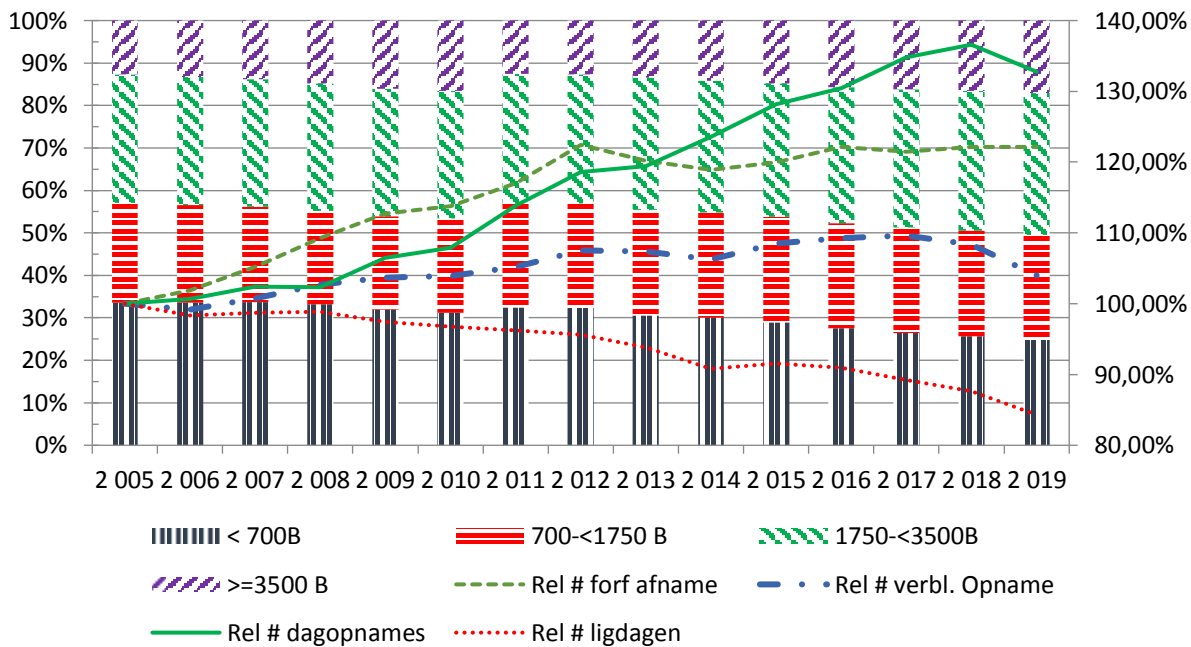
Net zoals het dalend aantal forfaitaire honoraria per afname zijn alle forfaitaire honoraria per opname gedaald ten opzichte van 2018. De LVZ is daar zeker niet vreemd aan. De daling gaat van -2,29% voor de opnames verblijvenden tot -4,04% voor de opnames van het daghospitaal.

De dalende trend van aantal ligdagen blijft zich voorzetten, nog eens -3,77% in 2019 ten opzichte van 2018.

Forfaitaire Honoraria Amb sedert 2005

Verdeling en evolutie sedert 2005

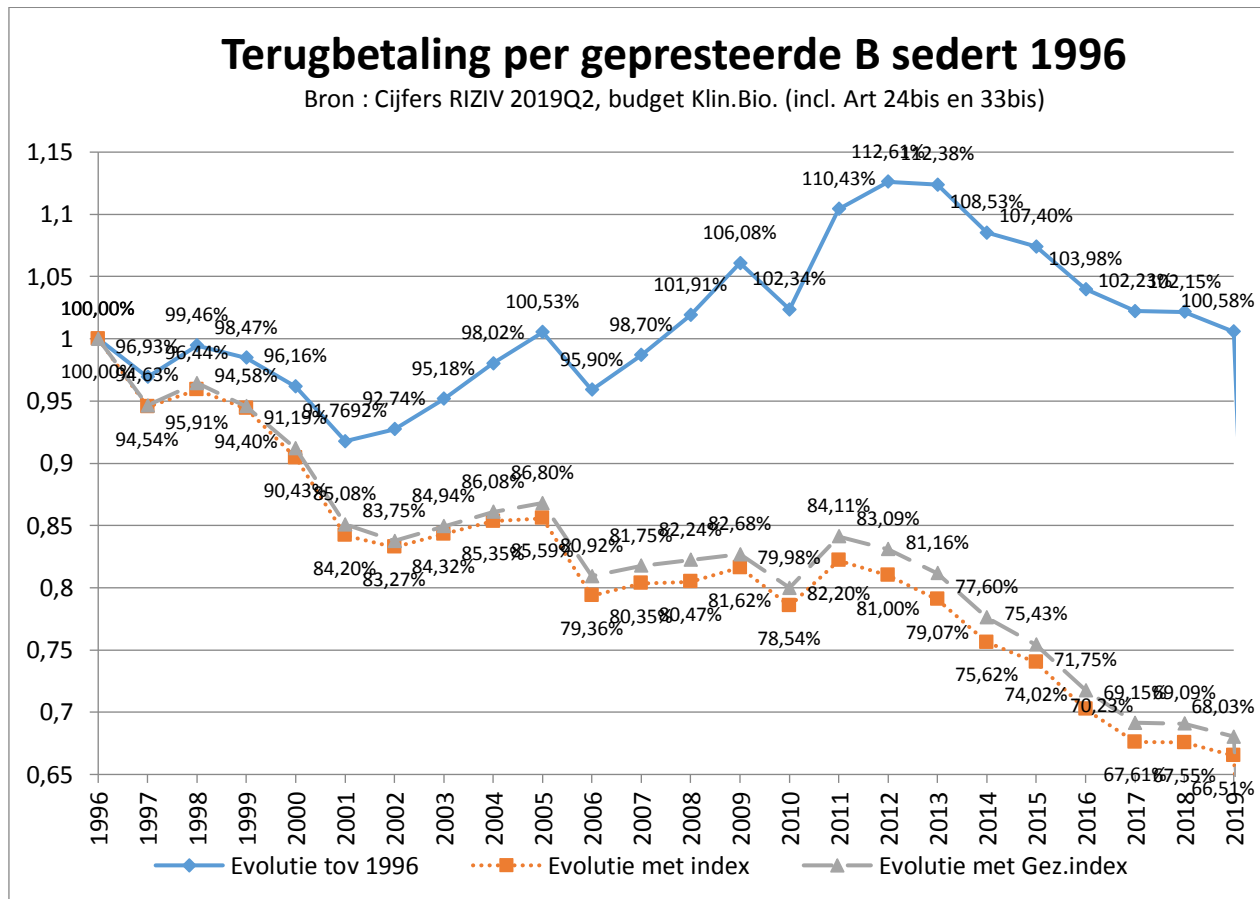
Bron : Cijfers RIZIV 2019Q2



Forfaitaire Honoraria sedert 2005								
Jaar	Rel # forf voorschrift	< 700B	700-<1750 B	1750-<3500B	>=3500 B	Rel # verbli. Opname	Rel # dagopnames	Rel # ligdagen
2005	100,00%	33,63%	23,47%	30,18%	12,72%	100,00%	100,00%	100,00%
2006	101,92%	33,63%	22,96%	30,13%	13,28%	99,15%	100,65%	98,35%
2007	105,19%	33,67%	22,52%	30,00%	13,80%	100,75%	102,40%	98,69%
2008	109,23%	33,19%	21,96%	29,98%	14,87%	102,74%	102,32%	98,85%
2009	112,69%	31,95%	22,01%	29,92%	16,11%	103,65%	106,45%	97,41%
2010	113,75%	31,20%	22,18%	30,04%	16,58%	103,93%	107,94%	96,72%
2011	117,04%	32,45%	24,48%	30,47%	12,60%	105,20%	113,84%	96,26%
2012	122,44%	32,33%	24,56%	30,37%	12,74%	107,54%	118,59%	95,59%
2013	120,17%	30,62%	24,80%	31,12%	13,45%	107,41%	119,41%	93,79%
2014	118,91%	30,03%	24,74%	31,07%	14,16%	106,22%	123,57%	90,84%
2015	119,93%	28,97%	24,76%	31,41%	14,85%	108,52%	128,14%	91,55%
2016	122,14%	27,49%	24,85%	31,93%	15,73%	109,23%	130,45%	90,95%
2017	121,50%	26,46%	24,81%	32,48%	16,25%	109,62%	134,83%	89,20%
2018	122,12%	25,61%	24,95%	32,93%	16,51%	108,33%	136,95%	87,61%
2019*	122,15%	24,76%	24,80%	33,42%	17,02%	103,95%	132,74%	84,31%

Bron : RIZIV uitgaven 2019Q2

De waarde van onze honorering is hieronder te zien. We zitten amper 0,58% boven de terugbetaling in absolute euro's per B, en aangepast naar de levensduurte (index) een daling met 33,49% SLIDE 34 of EXCEL TAB "versie 3" grafiek rond cel G597-M-621



In het kader van de her-ijking van de klinische biologie is er gekeken geweest naar welke type labo (intra vs. extra-muraal) welk type (ambulant <-> verblijvend) prestaties uitgevoerd heeft. Zo ziet men dat 2/3e van de gepresteerde B's door intra-murale laboratoria uitgevoerd worden, en de extra-murale laboratoria 45,39% van de ambulante verstrekkingen presteren. Deze berekeningen zijn beperkt tot de geforfaitariseerde prestaties.

	Ambulant	Verblijvend	TOTAAL
Intra-muros labo	40,13%	26,31%	66,44%
Extra-muros labo	33,36%	0,20%	33,56%
TOTAAL	73,49%	26,51%	100%

4 Verslag van de penningmeester

Uit het verslag van de penningmeester, Prof. Alain VERSTRAETE, blijkt dat de rekeningen van 2019 een positief saldo van € 1.286,68 vertonen. De bijdrage aan het VBS is de grootste uitgave.

Op 31.01.2020 telt onze beroepsvereniging 121 betalende leden en 2 ereleden. Ondertussen zijn we verheugd te kunnen melden dat zich in de loop van 2019 en begin 2020 reeds 19 nieuwe leden aanmeldden.

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 2019 goed en verleent het bestuurscomité er unaniem kwijting van.

Dr. H. LOUAGIE,
Secretaris

Dr. J. GRAS
Ondervoorzitter

Dr. A. DEROM
Voorzitter