

---

# 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](mailto:info@VBS-GBS.org)

## Speciaal nummer maart 2021

---

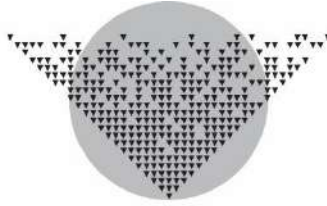
---

### 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 18.02.2020 .....	2
2	Toespraak van de voorzitter, Dr. Alin Derom .....	2
3	Verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE.....	4
3.1	Dit was 2020.....	4
3.1.1	COVID-19 .....	4
3.1.2	Medische microbiologie.....	8
3.1.3	Budget.....	10
3.1.4	Mutualiteiten .....	11
3.1.5	UEMS .....	11
3.1.6	Herziening nomenclatuur .....	12
3.1.7	Ziekenhuisnetwerken.....	12
3.1.8	Wijziging KB nr. 78 omtrent de gezondheidsberoepen .....	13
3.1.9	NGS-conventie en art. 33ter vanaf 01.07.2019 .....	13
3.1.10	Financiële analyse (door Dr. Alin DEROM) .....	13
3.2	Dit wordt 2021 .....	16
3.2.1	COVID.....	16
3.2.2	Akkoord artsen-ziekenfondsen 2021 .....	17
3.2.3	IVD richtlijn 2017/746.....	19
3.2.4	White paper POCT .....	19
3.2.5	Benoemingen Franstaligen bestuurscomité VBS .....	19
4	Verslag van de penningmeester .....	19
5	Discussie met de aanwezigen.....	20



## Ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 23.02.2021

videovergadering via Zoom

### **Aanwezig:**

Drs. Johan BEERT, Mario BERTH, Lien CATTOIR, Roberto CUPAIDO, Pieter DE SCHOUWER, Simon DEGANDT, Alin DEROM, Dirk EERENS, J r my GRAS, Philippe GUIGNIEZ, Erwin HO, Anne KORNRICH, Elena LAZAROVA, Henk LOUAGIE, Steven MARTENS, Marc MOENS, Jan MOERMAN, Brigitte STAQUET, Geert VAN HEULE, Kristien VAN PELT, Pieter VERMEERSCH, Alain VERSTRAETE

### **1 Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 18.02.2020**

### **2 Toespraak van de voorzitter, Dr. Alin Derom**

**6** januari 2021. Net toen we dachten dat we de meest onwaarschijnlijke gebeurtenissen van ons leven reeds in 2020 hadden meegemaakt, is er het nieuws van de bestorming van het Capitool in Washington. Wat zal de rest van 2021 brengen? Vaccinaties die onze hersenen aantasten? Eén gezondheidsminister voor gans Europa? Onwaarschijnlijk denkt u. Maar we hebben al zoveel onwaarschijnlijke zaken meegemaakt.

Besluit : Verwacht het onverwachte.

Wie had er begin 2020 verwacht wat er het laatste jaar gebeurd is. Wie had gedacht dat gemaskerd een bank binnengaan om geld af te halen geen argwaan zou wekken?

Nee, ik ga geen samenvatting van 2020 voorleggen. We hebben allemaal rechtstreeks en onrechtstreeks de gevolgen van deze pandemie met het SARS-CoV-2 virus gezien en gevoeld. We hebben niet alleen gezien hoe veerkrachtig we kunnen zijn, maar ook hoe we psychologisch kunnen afzien. Als ik   n quote van 2020 naar boven haal, dan zal het zijn : "In plaats dat de economie streeft naar een jaarlijkse groei en inflatie van 2%, zou die moeten streven naar een jaarlijkse gezondheidsverbetering met 2%, of meer."

***Streven naar een jaarlijkse  
gezondheidsverbetering  
met 2%, of meer***

Of die jaarlijkse stijging van de gezondheid, fysisch en psychisch, privé en professioneel, er zal komen, weet ik niet. Maar dat er zaken gaan veranderen, daar ben ik zeker van. Of heeft men het recht niet meer om te zeggen

dat men zeker is van de toekomst? Laten we dus voorzichtig blijven en zeggen dat de kans groot is dat zaken gaan veranderen.

Zo is er de herijking van de nomenclatuur. Het uniformiseren, nivelleren, controleren en overhoop gooien van de huidige manier van werken en honoreren in de gezondheidszorg. Als men denkt dat de forfaitarisering via de laagvariabele zorg daar de eerste voorloper van was, dan is dat volgens mij verkeerd. De voorloper was de forfaitarisering van de klinische biologie. Via deze forfaitarisering, die begon in 1988, hoopte men controle te hebben over de uitgaven in de honoraria klinische biologie. De geschiedenis heeft aangetoond dat dit niet werkt. De voorschrijvers hielden en houden hier geen rekening mee, de patiënt voelt er amper iets van, en de technische evolutie zorgde voor een almaar groter wordend panel van testen en mogelijkheden.

Nieuwe studies, nieuwe inzichten in ziektebeelden, diagnose en therapie zorgden voor een onschatbare meerwaarde met de hulp van technische akten zoals die in de klinische biologie. Die vooruitgang en inzichten kunnen een zege zijn, maar ook een vloek. Denk bijvoorbeeld aan vitamine D. Een test die een meerwaarde kan hebben, maar die ongewild een hype werd, een modeverschijnsel, aangeraden door de populaire pers en geëist door de patiënt. Een parameter waar men iedereen frequent op wou testen. Nodig of nutteloos, het aantal uitgevoerde testen kreeg een double digit groei over de jaren heen, een tsunami die de laboratoria niet konden stoppen.

***Snel meten, evalueren en bijstellen***

En zo kan het ook evolueren met de laagvariabele zorg en met de herijking van de nomenclatuur. Het is goed bedoeld, maar als men geen middelen heeft om snel te meten, evalueren en bij te stellen dan gaan we van de regen in de drop terechtkomen.

Herijken om te herijken is nonsens, tijdverlies en gaat zijn doel voorbij. In augustus 2020 hebben we dit unaniem meegedeeld aan het studie bureau Möbius, dat in opdracht van het RIZIV de herijking van de klinische biologie in goede banen moet leiden. De sector ziet geen enkele meerwaarde in het opsplitsen van onze honoraria in een technisch en intellectueel gedeelte. En er is de terechte vrees dat de ziekenhuizen de klinisch biologen zullen blijven uitbuiten met onverantwoorde opdrachten.

Helaas heeft het RIZIV laten weten dat de geplande herijking van de klinische biologie met onderscheid tussen de technische en intellectuele honoraria uitgevoerd moet en zal worden. Met of zonder de hulp van de klinisch biologen. We hebben in het voorjaar van 2020 gezien wat er kan gebeuren als de overheid unilateraal beslissingen neemt. Het toen opgerichte federaal platform heeft aangetoond dat men de experts, wij dus, volop moet betrekken in deze grote uitdagingen. Dit kan niet academisch, universitair, politiek of bureaucratisch uitgebouwd worden. De realiteit is een stuk complexer, wij ondervinden dat dagdagelijks.

Maar net zoals de testcapaciteit, waar er pas een positieve evolutie in gekomen is eens dat onze sector, na lang aandringen, er mee in betrokken was, moet ook deze herijking gestuurd worden door de sector. Artsen en apothekers, intramuraal en extramuraal, universitair en niet-universitair, enkel samen kunnen we een globaal beeld vormen. Enkel samen kunnen we een licht werpen op de complexiteit. En samen kunnen we aantonen en mee beslissen welke honoraria nodig zijn om ons werk correct te kunnen uitvoeren. De honoraria van onze prestaties moeten ons niet enkel toelaten om ons eigen intellectueel werk te kunnen uitvoeren en honoreren. De honoraria moeten de klinisch biologen ook de nodige middelen te geven om de testen die wij valideren correct te kunnen uitvoeren. Deze technische honoraria, die integraal deel uitmaken van onze honoraria als klinisch bioloog horen niet thuis in een BFM of andere ziekenhuisfinanciering. Ze horen thuis bij de klinisch bioloog die daarmee kan investeren in de nodige medewerkers, zowel MLT's als administratief en ondersteunend personeel, zowel in de toestellen, reagentia als gebouwen, zowel in de wetenschappelijke kennis, studiediensten als ICT-mogelijkheden.

***Technische honoraria maken integraal deel uit van de honoraria van de klinisch biologen***

De intellectuele honoraria, samen met onze technische honoraria moeten ons toelaten om volledig autonoom ons werk te kunnen uitvoeren. Het gevolg, van een herijking die daarmee rekening houdt, zal sowieso zijn dat de enveloppe klinische biologie zal krimpen. Doch indien goed en correct uitgevoerd, en gecompenseerd door gelijktijdige vermindering van de afdrachten, zal de klinisch bioloog daar niets van voelen, noch in zijn persoonlijke honorering, noch in de mensen en infrastructuur waar hij zich op kan baseren. Het geeft ook de mogelijkheid om de verschillende intellectuele activiteiten die nu niet of onvoldoende gehonoreerd worden eindelijk wel correct te honoreren. Het geeft ons de mogelijkheid om het verschil tussen de onder- en overfinanciering van bepaalde prestaties up-to-date te brengen naar meer realistische honoraria.

Aparte intellectuele en technische honoraria geeft ook de mogelijkheid deze apart te indexeren. Er komt dan een duidelijk onderscheid tussen de technische noden waar we op moeten kunnen steunen, en de honorering van ons persoonlijk werk.

Door te blijven inzetten op onze intellectuele en technische vrijheid en honorering kunnen we ons klaarstomen voor de toekomst. Een toekomst waar meer en meer medische activiteit ambulant zal gebeuren. De inkorting van het verblijf van patiënten is nog niet ten einde, de multidisciplinaire aanpak van de patiënt zal alleen maar uitbreiden en meer en meer in ambulante setting opgevolgd worden.

En later zullen we misschien geen bloed meer trekken, maar op onze schermen via een ingeplante chip bij de patiënt de datagegevens kunnen opvolgen en interpreteren. Of de patiënt zal via een vingerprik bij de dichtstbijzijnde self-service-analyzer zijn resultaten in de cloud beschikbaar maken. En dit zal ons, samen met de informatie van zijn genetisch materiaal, voorgeschoteld worden, en we zullen net als nu via onze kennis en ervaring ons steentje bijdragen aan de gezondheid van de patiënt en de maatschappij.

En ja, ik weet wat een aantal, of velen, van onze collega's hier over denken. Ook ik ben geen vragende partij van deze opsplitsing. Maar vergeet niet "On n'est jamais mieux servi que par soi-même". Laat de andere niet voor u beslissen. Beslis mee.

Dank u.

### **3 Verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE**

#### **3.1 Dit was 2020**

In totaal werd in 2020 vier keer vergaderd met het bestuurscomité (op 07.01.2020, 11.06.2020, 15.09.2020 en 01.12.2020). De algemene ledenvergadering vond plaats op 18.02.2020. Deze ging voor de tweede maal gepaard met de organisatie van een symposium. De laatste 3 vergaderingen vonden uiteraard plaats via MS Teams.

Wat waren de kernwoorden van 2020? Was er meer dan één? Vanaf begin maart was het al COVID-19 wat de klok sloeg en het blijft maar duren. Daarnaast was de hervorming van de nomenclatuur prominent in de media. De snelle evolutie in de moleculaire biologie blijft duren en ook de ziekenhuisnetwerken bleven in de actualiteit. De erkenning van de medische microbiologie werd een feit en tenslotte moeten we het ook hebben over het budget en alles dat daarmee samenhangt.

##### **3.1.1 COVID-19**

En plots gebeurde het ondenkbare, vanaf 18.03.2020 ging het land in 'lockdown'. Niet-essentiële verplaatsingen werden verboden, niet-voedingswinkels werden gesloten, de scholen gingen op slot. Ook voor

de klinische biologie had dit grote gevolgen: stages van MLT werden opgeschort en alle niet-essentiële medische activiteit werd stopgezet. Zowel intra- als extramurale labs zagen hun omzet kelderen. Aangezien de ziekenhuislabs grote bijdragen leveren aan de financiële gezondheid van de ziekenhuizen woog dit aldus ook serieus op de hospitaalbalansen. Via een voorschot van 2 x 1 miljard door de overheid werden de hoogste financieringsnoden gelenigd.

Al 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 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 gevalsdefinitie, wat uiteraard ook weer tot verhitte discussies aanleiding gaf.

Tussendoor verscheen op 18.03.2020 een ministerieel besluit (MB) dat een verbod op sneltesten voor COVID antilichamen instelde<sup>1</sup>. 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.

Biogazelle, als een van de zogenaamde laboratoria van het ‘federaal platform’<sup>2</sup> startte op 10.04.2020 met grootschalig te testen op COVID-19 meldde De Tijd. Het was ongezien dat voor het eerst een niet-klinisch biologisch lab testen klinische biologie mocht uitvoeren los van klinisch biologen, erkenningscriteria, het erkenningsbesluit voor de medisch laboratorium technologen, registratie bij Sciensano, externe kwaliteitscontrole. De beroepsvereniging publiceerde hieromtrent een persbericht<sup>3</sup> dat snel werd opgepikt door tal van media. De toenmalige minister Philippe DE BACKER verdedigde zich door te stellen dat de klinische laboratoria de gevraagde aantallen niet aankonden. Hij baseerde zich hiervoor op een bevraging door Deloitte van een paar weken voordien toen iedereen nog aan het opschalen was en moeite had om aan voldoende materiaal te geraken. Eigenlijk kwam het erop neer dat heel wat erkende klinische laboratoria zich uit de naad werkten om PCR-testen op te starten en avonden en nachten hebben doorgewerkt. In tussentijd werd er door de overheid achterliggend “als dank” een tweede spoor uitgewerkt dat opbouwde naar 10.000 PCR-testen per dag met farmaceutische en biotechbedrijven, dit spijtig genoeg met goedkeuring van enkele klinisch biologen. Gelukkig namen de erkende klinische laboratoria de handschoen op en door hun goede contacten met huisartsen bleken ze in staat om in oktober 2020 tot gemiddeld meer dan 67.000 testen/dag gedurende week 43 uit te voeren (467.275 testen uitgevoerd (bron: Sciensano<sup>4</sup>)). Op dat moment was het Platform 2.0, bestaande uit 8 universitaire ziekenhuizen, nog niet echt opgestart. Hier komen we verder nog op terug, al blijft het hoegenaamd bizar dat de overheid bleef en blijft inzetten op de federale platformen, zonder daar de klassieke laboratoria klinische biologie en de klassieke overlegorganen bij te betrekken.

Op 03.06.2020 verscheen het KB dat de terugbetaling regelt van de serologische bepaling van COVID-antilichamen (verstrekking 554971-554982). Deze kunnen, met de huidige testcriteria, maximaal twee maal/6 maand aan de ziekteverzekering worden aangerekend in 4 situaties: 1° gehospitaliseerde patiënten met een suggestief klinisch beeld voor COVID-19 waarbij er discrepantie is tussen de moleculaire opsporingstest en een CT-scan, minimum 7 dagen na de start van de symptomen; 2° ambulante of gehospitaliseerde patiënten die een suggestief en langdurig klinisch beeld hebben voor COVID-19 maar een negatief resultaat op de moleculair

---

<sup>1</sup> <https://economie.fgov.be/sites/default/files/Files/Entreprises/AM-MB-20200318-covid-19.pdf>

<sup>2</sup> <https://www.tijd.be/ondernemen/farma-biotech/gents-biotechbedrijf-start-grootschalige-coronatesten/10218507.html>

<sup>3</sup> [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)

<sup>4</sup> <https://epistat.wiv-isp.be/covid/covid-19.html>

test verkregen of niet binnen de 7 dagen na de start van de symptomen konden getest worden via een moleculaire test, minimum 14 dagen na de start van de symptomen; 3° ambulante of gehospitaliseerde patiënten in de context van differentiële diagnose bij een atypische klinische presentatie, minimum 14 dagen na de start van de symptomen; 4° zorgverleners en personeel, werkzaam in ziekenhuizen, klinische laboratoria of collectiviteiten, met een hoge besmettingsgraad (COVID-diensten, woonzorgcentra of klinische laboratoria), in het kader van lokaal risicomanagement. De gebruikte test moet op de lijst van Sciensano staan. De terugbetaling bedraagt 9,60 euro. Er is geen remgeld en er mogen geen supplementen worden aangerekend. Indien de patiënt niet behoort tot een van de bovenvermelde groepen, dan kan de test aan de patiënt worden aangerekend, ook aan 9,60 euro.

Pas op 19.05.2020 verscheen het genummerd volmachtsbesluit KB nr. 20 van 13 mei 2020 (met kracht van wet) dat de terugbetaling voor de COVID-testen regelt. Door de steeds veranderende gevalsdefinitie was het vaak moeilijk om te volgen bij wie een PCR-test (554934-554945) of een antigentest (554956-554960) kon worden uitgevoerd doorheen de pandemie. Een antigentest (een B500, zijnde 16,72 euro) dient steeds gevolgd te worden door een PCR test-bij negatief resultaat. De gevalsdefinitie kan worden teruggevonden via volgende link: <https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-gevalsdefinitie-en-testing>.

De PCR-test is terugbetaald aan 46,81 euro (B1800). Ook in dit KB wordt expliciet vermeld dat er noch remgeld, noch ereloon-supplementen kunnen worden aangerekend. Deze testen vallen ook buiten het voorziene budget klinische biologie en buiten de regeling van de forfaitaire honoraria per afname, maar niet noodzakelijk buiten de laagvariabele zorg. Er is ook een verbod om PCR-testen die buiten de gevalsdefinitie vallen aan te rekenen aan de patiënt. Spijtig genoeg werd dit niet door alle laboratoria gevolgd. Een uitzondering hierop werd later gemaakt in het kader van reizen en arbeidsgeneeskunde.

Ondertussen gebeurde er van alles omtrent het testen. Het vroegere federale testplatform is niet meer. Tegen eind november 2020 kwam er een platform 2.0, bestaande uit universitaire ziekenhuizen. Iedere aanvrager, testcentrum, triagecentrum, woonzorgcentrum, behoudt de vrije keuze met welk lab hij zal samenwerken. Bedoeling is dus voornamelijk dat het platform 2.0 een vorm van overflowcapaciteit garandeert wanneer de klinische labs het niet meer aankunnen, zeker in het kader van outbreaks. Deze overflow wordt geborgd via af te sluiten SLA's en het gebruik van uniform afnamemateriaal (de zogenaamde Zymo-tubes die eind 2020 nog steeds niet verkrijgbaar waren). Op het vlak van de financiering werd hierbij voorzien in een eenmalige opstartkost ten belope van 275.000 EUR per site. Verder werd een vast gedeelte aan financiering vastgesteld dat overeenstemt met de werkingskosten noodzakelijk om dagelijks 2.000 testen te kunnen uitvoeren (720.000 EUR per site per maand). Bovendien werd een vergoeding per uitgevoerde test voorzien voor de testen die boven het gemiddeld aantal van deze 2.000 testen gebeuren. Deze vergoeding wordt berekend op de vastgestelde vergoeding voor de erkende laboratoria in toepassing van het KB nr. 20 (46,81 EUR). Hiervan worden de kosten in mindering worden gebracht die de overheid ten laste neemt op het vlak van apparatuur, uitrusting en reagentia.

Wanneer er in een maand gemiddeld meer dan 2.000 testen gebeuren, wordt het vaste maandelijkse bedrag voor de werkingskosten in mindering gebracht van het bedrag dat wordt gefactureerd op basis van het aantal uitgevoerde testen. Wanneer er in een maand gemiddeld 2.000 tests of minder per dag worden uitgevoerd, blijft het vaste maandelijkse bedrag voor de werkingskost behouden, maar wordt het bedrag per test met 12 EUR vermindert, wat overeenkomt met de personeelskosten en de vaste werkingskosten.

Testen die worden uitgevoerd met apparatuur, verbruiksmateriaal en reagentia die ter beschikking werden gesteld door de overheid worden aangerekend tegen 29,96 EUR. Testen die met eigen apparatuur worden uitgevoerd, maar met reagentia die ter beschikking gesteld door de overheid worden aangerekend tegen 32,96 EUR. Voor de analyse van de stalen die in onderaanneming worden uitgevoerd voor erkende laboratoria buiten het Federaal Platform wordt door de leden van het Federaal Platform Covid Testing een bedrag van maximum 15 EUR aan het doorsturend laboratorium betaald voor de vergoeding van transportkosten en

kosten voor pre-analytische en post-analytische opdrachten die door het doorsturend laboratorium worden uitgevoerd.

Daarnaast werden ook gedurende een zekere periode stalen opgestuurd naar een EUROFINS lab in Duitsland. Een bevriend CRA-arts, die dagen op haar uitslagen moest wachten, kreeg uiteindelijk Prof. Emmanuel ANDRE aan de lijn, die de Duitse resultaten kon doorgeven, evenwel zonder de CT-waarde. Ondertussen was er capaciteit te over in de Belgische klinische biologielabs.

Via een 'oude' wet van 19.01.1961 kan er in uitzonderlijke situaties aan personen die niet bevoegd zijn om de geneeskunde te beoefenen toelating worden verleend om bepaalde geneeskundige handelingen te verrichten. Zo wordt de verplichting om enkel MLT in de laboratoria tewerk te stellen omzeild en kunnen ze bv. worden vervangen door bio-ingenieurs, masters in de biomedische wetenschappen, bachelors in de farmaceutische laboratoriumtechnologie enz. De coronacrisis wordt beschouwd als een uitzonderlijke situatie, waardoor in de COVID-labs ook niet-MLT kunnen worden tewerkgesteld. Let wel, deze uitzondering geldt enkel voor personeel ingezet voor het uitvoeren van die COVID-testen<sup>5</sup>. Ook dit vinden we een jammerlijk precedent.

Ondertussen werd volop gewerkt aan het optimaliseren van de coronatracking met sms-codes via de diensten van Frank ROBBEN. Ook de problemen met de e-form werden opgelost. Contacttracing kan via eenvoudig doorklikken worden gestart. Als het goed is, mag het ook worden gezegd. Voor de reguliere labs werd 5 miljoen euro voorzien om de extra investeringen door de COVID-crisis te compenseren. *"De Commissie Klinische Biologie werkte hiervoor een overeenkomst uit in toepassing van artikel 56 §1 van de wet Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen (GVU) o.l.v. dr. Alin DEROM."*

Ondertussen kan sinds begin januari 2021 iedereen die aan de voorwaarden voldoet een compensatie aanvragen mits voorleggen van de bewijsstukken van de gemaakte investeringen.

Over de minipanelen (COVID-19/RSV/Influenza A en B) werd reeds begin september 2020 gediscussieerd in de werkgroep klinische biologie van de Technisch Geneeskundige Raad. Er is nog geen duidelijkheid omtrent de terugbetalingsvergoeding. Deze panels zullen hoe dan ook niet worden gebruikt voor terugkeerders uit de rode zones en voor de contacttracing, maar zullen voorbehouden zijn voor symptomatische patiënten. De vraag blijft of hier nog verder dient te worden op ingezet gezien de quasi afwezigheid van zowel influenza als RSV-infecties de laatste maanden. Onder andere genXpert veranderde het geweer van schouder en na initieel in te zetten op minipanelen keren ze nu terug naar cartridges voor enkel COVID-PCR.

De beroepsvereniging blijft betreuren dat de overheid toelaat dat op de luchthaven van Zaventem en in het Brusselse Zuidstation COVID-testen worden aangeboden voor reizigers voor een veelvoud van de prijs die de klinische labs mogen aanrekenen volgens het KB nr. 20. De spelregels moeten voor iedereen gelijk zijn.

Het opbouwen van de nodige stock liep voor iedereen moeizaam door leveringsproblemen. Toch werd eind september een capaciteit van 41.000 testen/dag bereikt. Eind oktober verwachtte Sciensano een capaciteit van 59.000 testen/dag, eind december 68.000 testen/dag. Ondertussen zijn deze cijfers bereikt, heeft iedereen voldoende stock en hebben de klinische labs een capaciteit die rond de 100.000 testen/dag ligt.

Klassieke regeling van onderaanneming is ook toegestaan voor COVID-19-testing sinds november (Belgisch Staatsblad van 04.11.2020<sup>6</sup>).

De gevaldefinitie varieerde nogal doorheen de tijd. Door dreigend capaciteitsgebrek werd vanaf eind oktober het screenen op risicocontacten niet meer terugbetaald. Vanaf 23.11.2020 is het screenen van

---

<sup>5</sup> <https://www.altius.com/images/Corona/20200925%20PDF%201%20cut-out%20.pdf>

<sup>6</sup> <http://www.ejustice.iust.fgov.be/eli/bsluit/2020/10/29/2020043487/iustel>

hoogrisicocontacten dan weer opnieuw toegestaan. De screening in zorgcollectiviteiten herstartte reeds op 12.11.2020.

Ondertussen worden studies omtrent het gebruik van de antigen testen opgestart in de huisartsenpraktijken. Een studie o.l.v. Prof. Ann VAN DEN BRUEL (KU Leuven) werd voorgesteld op de Medicomut van 30.11.2020. Er worden 5 praktijken gezocht in het Vlaams, Waals en Brussels Gewest en 2 in de Duitstalige gemeenschap. Elke praktijk zal 100 snelle antigen testen ter beschikking krijgen. Ook een 3-tal triagecentra per gewest en 1 in de Duitstalige gemeenschap worden aangezocht; deze krijgen 1000 testen ter beschikking. De evaluatie ervan is positief.

Ondertussen is het gebruik van antigen testen ook toegelaten en goedgekeurd door Sciensano in laagrisicosetting. Samengevat kunnen antigen testen worden aangeraden bij een symptomatische patiënt (<5 dagen symptomen) en in het kader van clusteronderzoek bij laagrisicocontacten. Op die manier zijn er al snelle antigen testen verdeeld in de woon- en zorgcentra (WZC).

Daarnaast worden studies opgezet waarbij het poolen van stalen wordt bekeken, al dan niet op speeksel. Ondergetekende blijft huiveren omtrent het poolen van stalen.

De beroepsvereniging verstuurd omtrent de antigen testen in apotheken een persbericht<sup>7</sup>.

De piste van antigen testen in de apotheek is ondertussen helemaal verlaten.

Het bestuur ontving ook klachten omtrent het ronselen van stalen door het federaal platform. Daarop besloten we een e-brief te versturen<sup>8</sup>.

Ook de Kamer van het federaal parlement lanceerde een initiatief omtrent antigen testen<sup>9</sup>.

Het betreft hier de inzet van antigen testen buiten de gevalsdefinitie van Sciensano. Een vergoeding van 16,72 euro zal worden voorzien, met een extra 10 euro voor de afname en het afnamemateriaal. Uit de tekst blijkt niet of dit wetsvoorstel ook geldt voor geautomatiseerde antigen testen. Vanuit Sciensano werd ons verzekerd dat dit wel degelijk zo is.

En ten slotte...

Op het moment dat ik dit schrijf (08.02.2020), zijn in ons land reeds 8,6 miljoen testen uitgevoerd. Tegen 46,81 euro betekent dit meer dan 400 miljoen euro (te corrigeren voor de aparte regeling voor het federaal platform). Verrassend blijf ik vinden dat geen enkele 'expert' of de voorzitter van de taskforce dit veel geld vindt, en het mantra blijft 'testen, testen, testen'. Heel soms ruikt dit toch naar belangenvermenging als dezelfde experts hun laboratoria op volle toeren laten draaien door hun eigen adviezen... Wat zouden we in de klinische biologie en de geneeskunde in het algemeen aan nieuwe initiatieven kunnen ontwikkelen met dit geld?

### 3.1.2 Medische microbiologie

In het Belgisch Staatsblad van 20 mei 2020 verscheen het KB van 19 mei 2020 dat de nieuwe beroepstitels niveau 3 met name "en in de medische microbiologie" en "en in de klinische infectiologie" opneemt in het KB van 25 november 1991 dat de erkende beroepstitels voor artsen opsomt. Diezelfde dag verschenen twee

---

<sup>7</sup> [https://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user\\_upload/Unions/BC/2020.11.04\\_persbericht\\_BBASMB - sneltesten in apotheken.pdf](https://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user_upload/Unions/BC/2020.11.04_persbericht_BBASMB_-_sneltesten_in_apotheken.pdf)

<sup>8</sup> <https://mailchi.mp/vbs-gbs/open-brief-federaal-covid-19-testing-platform-929136?e=b0f13a59ce>

<sup>9</sup> <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/1677/55K1677001.pdf>



ministeriële besluiten van 7 mei 2020 die de beide beroepstitels creëren. De beroepsvereniging wil iedereen uitdrukkelijk danken die zich voor de creatie van de beroepstitel 'medische microbiologie' heeft ingezet.

Het ministerieel besluit van 7 mei 2020 voorziet veeleer gemakkelijke overgangsmaatregelen voor erkende klinisch biologen. Die worden hieronder opgesomd:

*“Art. 18. In afwijking van de artikelen 4, eerste lid, 2°, tot en met 7, van dit besluit, kan als arts-specialist in de medische microbiologie worden erkend iedere arts-specialist zoals bedoeld in artikel 4, eerste lid, 1°, van dit besluit die algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam en medisch actief in de klinische microbiologie gedurende de laatste 5 jaren, voorafgaand aan de datum van inwerkingtreding van dit besluit. De aanvrager motiveert zijn aanvraag om erkend te worden met minstens een van de volgende overtuigingsstukken:*

*1° een bewijs van een klinische opleiding specifiek gewijd aan de medische microbiologie, gericht op het verwerven van de eindcompetenties opgesomd in bijlage van dit besluit;*

*2° een certificaat of diploma van een meerdaagse opleiding in de medische microbiologie;*

*3° documentatie van een relevante gecombineerde klinische activiteit in de medische microbiologie, die onder andere bestaat uit microbiologische laboratoriumactiviteit, consultaties voor patiënten, reiskliniek, post-travel kliniek, consulten aan bed bij gehospitaliseerde patiënten, deelname aan de pluridisciplinaire antibioticabeleidsgroep, en beschikbaarheid voor klinische adviezen gevraagd door gezondheidszorgbeoefenaars actief in de ambulante sector;*

*4° bewijs van actieve deelname aan wetenschappelijke congressen en symposia in het domein van de medische microbiologie; wetenschappelijke publicaties pertinent voor de medische microbiologie in tijdschriften met peer-review.*

**Art. 19.** *De anciënniteit van de stagemeester zoals bedoeld in artikel 24 van het algemeen criteriabesluit zal slechts worden vereist negen jaar na de inwerkingtreding van dit besluit. De anciënniteit van de medewerkers van het stageteam zoals bedoeld in artikel 24/1 van het algemeen criteriabesluit zal slechts worden vereist zes jaar na inwerkingtreding van dit besluit.”*

Men moet dus voldoen aan 1 van de 4 bovenstaande criteria om een erkenning tot medisch microbioloog te kunnen aanvragen. Toelatingsvoorwaarden zijn dus niet streng in deze overgangsperiode. Voor assistenten in opleiding en recent erkende artsen-specialisten in de klinische biologie (<5 jaar) ligt dit wel enigszins anders. We ontvingen een schrijven van een ontgoochelde ASO die betreurt dat de door hem gewenste erkenning als medisch microbioloog zal leiden tot een verlenging van zijn opleiding, terwijl reeds erkende klinisch biologen relatief gemakkelijk de bijzondere beroepstitel medische microbiologie zullen kunnen verwerven. Spijtig genoeg is dit inderdaad zo.

De vraag werd doorgespeeld aan dr. Patrick WATERBLEY, secretaris Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen.

Dit was zijn antwoord :

**Art N, A, 3 en 4 M.B. 15.09.1979** *bepaalt dat de basisopleiding voor de niveau 2 titel klinische biologie, minimaal 2 jaar bedraagt en polyvalent moet zijn waarbij aan elk van de 3 takken (medische chemie, microbiologie en hematologie) minstens 6 maand besteed wordt.*

*De hogere opleiding van 3 jaar, kan gedurende 3 jaar in één van de takken van de klinische biologie gebeuren.*

**De regeling medische microbiologie voorziet in art 3/1 van het M.B. 23.04.2014 waardoor de kandidaat na het behalen van de niveau 2 titel klinische biologie, maximaal 2 jaar vrijstelling kan krijgen op basis van tijdens de vorming van de eerste beroepstitel behaalde competenties.**

*Het maximaal vrijstellingsmechanisme is de transpositie van art 25, 3, a) van de Europese Richtlijn Beroepskwalificaties 2005/36/EC. De microbiologie is een beroepstitel die (met een minimale vormingsduur van 4 jaar) opgenomen is als bijlage V van de Richtlijn.*

We vrezen dus dat voor de jongere collega's er toch maar één mogelijkheid bestaat, hoe onlogisch en/of onrechtvaardig ze misschien voor hen zal overkomen: na hun opleiding van vijf jaar tot hun erkenning als klinisch bioloog, niveau 2 titel, waarvan minstens 2 jaar microbiologie, moeten ze een bijkomende opleiding in de medische microbiologie van ten minste 2 jaar volgen om dan hun erkenning van niveau 3 in de medische microbiologie aan te vragen en te kunnen bekomen.

De collega's in opleiding of die in het recente verleden (minder dan 5 jaar) tijdens hun opleiding tot klinisch bioloog al vier jaar microbiologie volg(d)en (wat wettelijk kan en door meerdere collega's ook gebruikt werd), kunnen aldus niet zomaar meteen als medisch microbioloog erkend worden.

Door het ontstaan van dit nieuwe 'specialisme' diende ook de erkenningscommissie klinische biologie te worden uitgebreid. Langs Vlaamse kant zetelen Dr. Jos VAN ACKER en Dr. Koen MAEGERMAN. Langs Franstalige kant wordt Dr. Pascale HUYNEN voorgedragen.

Daarenboven diende de betreurde collega Dr. Pascaline DUREZ (overleden op 04.09.2020) te worden vervangen in de Franstalige erkenningscommissie klinische biologie. De beroepsvereniging besloot om Dr. Jacques SEGHERS voor te dragen om haar te vervangen. Zoals collega DUREZ beschikt hij over een erkenning voor 'in vitro radio-isotopen'.

### 3.1.3 Budget

Op 19.12.2019 werd een nieuw akkoord artsen-ziekenfondsen gesloten voor 2020 (dus voor 1 jaar)<sup>10</sup>.

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

Per 01.01.2020 werden de forfaitaire honoraria per voorschrift aangepast en geïndexeerd met 1,95%. De B-waarden van de voorschriften werden 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, 552274-552285, 552296-552300, 552392-552403, 552414-552425). Dit compenseerde een daling van 0,83% van de forfaitaire honoraria per afname, genomen als besparingsmaatregel in 2017, evenwel slechts gepubliceerd in een KB van november 2019 (BS 27.11.2019). Om die besparing dan toch te kunnen laten ingaan in 2017 waren de B-waarden dan verlaagd. Daarbovenop werden alle honoraria van verstrekkingen klinische biologie verhoogd met 1,25%.

Daarnaast was er een belangrijke ingreep in het accrediteringssupplement voor de forfaitaire honoraria per afname: 592852 nu € 20,06, wordt € 19,26 + € 0,50 = € 19,76 (of - € 0,30 of -1,50%); 592955, nu € 32,47, wordt € 31,22 + € 0,50 = € 31,77 (of - € 0,70 of -2,16%); 593051, nu € 36,77, wordt € 35,38 + € 0,50 = € 35,88 (- € 0,89 of -2,42%); en 593154, nu € 38,93, wordt € 37,49 + € 0,50 = € 37,99 (- € 0,94 of -2,41%). Deze maatregel was gepland in te gaan op 01.07.2020. De besparing op jaarbasis werd begroot op € 11.237.000 (waarvan dus 50% in 2020). Tot heden werd deze maatregel nog niet gerealiseerd.

Het globaal budget 2020 werd besproken in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen van 14.09.2020. In het kader van COVID-19 gebeurde een aanpassing naar aanleiding van het thesaurievoorschot ten belope van 2 miljard euro dat de algemene ziekenhuizen en de zorgverleners binnen de ziekenhuizen in staat moet stellen de ongewone kosten inzake COVID-19 te dragen die momenteel worden gemaakt. Voor de klinische

---

<sup>10</sup> [https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord\\_artsen\\_ziekenfondsen\\_2020.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord_artsen_ziekenfondsen_2020.pdf)

biologie wordt aldus 167.862.000 euro in mindering gebracht van het globale budget (1.398.518.000 euro), zijnde 12%. De beroepsvereniging vindt deze manier van voorstellen toch enigszins gevaarlijk, omdat de afrekening in de ziekenhuizen onzeker is.

#### 3.1.4 Mutualiteiten

De CM voerde een studie uit omtrent de gevraagde supplementen klinische biologie bij ambulante patiënten. In 2018 bedroegen de geïnde honoraria in extramurale laboratoria met gedeconventioneerde zorgverstrekkers € 64.867.000 (forfaitaire honoraria) + € 46.900.000 (honoraria per test) + € 21.811.000 (remgeld), zijnde € 133.578.000. De niet-vergoedbare testen (buiten nomenclatuur) bedroegen € 10.027.000 (7,51%). De supplementen bedroegen € 2.341.000, of 1,75% van de omzet. Het gaat hier dus over een relatief marginaal fenomeen. Toch lanceert de CM een aantal voorstellen om de ambulante klinische biologie te hervormen teneinde het fenomeen van de supplementen tegen te gaan:

- gelijkstelling geconventioneerd statuut arts-bioloog apotheker-bioloog
- hervorming forfaitaire honoraria
- invoeren van incentive 'pay for quality'
- digitalisering: clinical decision support, artificial intelligence, LOINC
- oprichting van gemengde commissie IVD (in vitro diagnostics)
- hervorming nomenclatuur volgens gebruikte techniek

De beroepsvereniging ziet evenwel het verband niet tussen supplementen en de hierboven geformuleerde voorstellen.

Op de werkgroep klinische biologie van de Technisch Geneeskundige Raad (TGR) werd op 14.01.2020 een voorstel besproken om de Noord-Amerikaanse 'choosing wisely' algoritmen los te laten op het aanvraagdgedrag van de voorschrijvers klinische biologie<sup>11</sup>.

Voorbeelden zijn dat het samen aanvragen van creatinine en ureum in serum ontmoedigd wordt, ureumbepaling enkel nog in het kader van een prerenale nierinsufficiëntie wordt toegestaan, een positieve hepatitis C serologie maar één keer wordt toegestaan enz. In 69% van de gevallen wordt in België bezinking en CRP samen aangevraagd, dus wellicht is ook hier een diagnosereguleerbaar mogelijk. Voorstel is om advies te vragen aan de Commissie Klinische Biologie, waarbij dan de verschillende werkgroepen advies kunnen geven over 'choosing wisely'.

#### 3.1.5 UEMS

Prof. Dr. Pieter VERMEERSCH geeft een update. Ter recapitulatie: de medische microbiologie is al langer een apart specialisme in de UEMS. In de groep 'laboratory medicine' worden 4 subgroepen onderscheiden: een polyvalente groep (waartoe de Belgische delegatie behoort), laboratoriumhematologie, klinische chemie en genetica.

Daarnaast is er de EFLM (European Federation of Laboratory Medicine). Deze is veel groter en omvat naast artsen ook de zogenaamde 'non-medical laboratory specialists'. De relatie tussen UEMS en EFLM ligt voornamelijk moeilijk bij een aantal Zuid-Europese leden. De EFLM streeft naar een 4-jarig Europees erkend niet-medisch specialisme Laboratoriumgeneeskunde. Trekker hiervan is de Britse clinical biochemist Gilbert WIERINGA (Nederlandse nationaliteit). Het project faalde al twee keer, maar er is een nieuwe poging. Prof. Dr.

---

<sup>11</sup> <https://www.choosingwisely.org/getting-started/lists/>

VERMEERSCH heeft zich hier ook namens de beroepsvereniging altijd tegen gekant. De Belgische collega's apothekers-klinisch biologen werden ook gewaarschuwd voor de mogelijke gevolgen voor hen (opsplitsing in clinical pathologists (artsen) en niet-medische clinical biochemists, waar zij waarschijnlijk bij zouden horen). In Nederland zijn artsen-klinisch chemici en medisch microbiologen medische stafleden en andere klinische chemici gewoon CAO-personeel. Dit project betekent ook dat we moeten nadenken over bijkomende medische bekwaamheden voor chemie/hematologie die ons kunnen beschermen indien deze Europese erkenning er zou komen.

Daarnaast is er een voorstel tot het herdefiniëren van het EFLM-curriculum. Momenteel is er een checklist met topics zonder onderscheid in niveau van competentie. Er is ook geen goed onderscheid t.o.v. het curriculum van de EFLM voor niet-medische biochemici (dat op de UEMS is gebaseerd), waarbij op kennis wordt gefocust. Er wordt door ons mee voorgesteld om een gemeenschappelijke basisopleiding te definiëren van minimum 2 jaar (zoals in o.m. België), gevolgd door de mogelijkheid verder een algemene opleiding te volgen of zich te verdiepen in 1 subdiscipline. Dit is eigenlijk zoals onze erkenningscommissie voor klinische biologie al werkt, waarbij het niveau van competentie kan worden aangeduid.

Een eventueel Europees examen met multiplechoicevragen wordt ook voorgesteld. Hier lopen we niet warm voor: klinische biologie is een medische discipline waarin competenties worden verworven. Dit gaat ruimer dan kennis die bevestigd kan worden via multiplechoicevragen.

### 3.1.6 Herziening nomenclatuur

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 consultingbedrijf 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.

In een druk bijgewoonde Zoom-meeting met Möbius op 25.06.2020 werd het voorstel om de nomenclatuur klinische biologie te splitsen in een technisch en intellectueel deel unaniem afgeserveerd. Verder in dit verslag wordt hier nog op teruggekomen.

### 3.1.7 Ziekenhuisnetwerken

Ondanks een regering in lopende zaken werd het wetsontwerp omtrent de ziekenhuisnetwerken goedgekeurd in een plenaire parlementaire zitting op 14.02.2019. Tegen 01.01.2020 moesten alle ziekenhuizen zich in 25 ziekenhuisnetwerken hebben georganiseerd, waardoor in theorie concurrentie tussen ziekenhuizen zal verminderen en niet ieder ziekenhuis zal pogen alle mogelijke zorg aan te bieden. Wat de klinische biologie betreft, 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 behouden. 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<sup>12</sup>. Leden van Zorgnet-Icuro kunnen bij hen terecht om het volledige document te verkrijgen. Veel wetgevend werk is nog nodig vooraleer een 'netwerklaboratorium' realiteit zal worden.

### 3.1.8 Wijziging KB nr. 78 omtrent de gezondheidsberoepen

In 2019 kwam er een terechte herwaardering van het beroep 'MLT'. Voor de zogenaamde 'wetenschappelijk medewerkers' of 'moleculair biologen' is er tot op heden geen oplossing. Hun aanwezigheid in de laboratoria blijft tot vandaag hangen in een juridisch vacuüm. Velen daarvan vroegen hun derogatie aan als MLT om wettelijk in orde te zijn. Reeds op 28.09.2016 kondigde Pedro FACON, toenmalig kabinetschef van minister Maggie DE BLOCK, 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 5 jaar later nog steeds bestaan. Zo zijn de 'genetic counselors' nog niet erkend, is de erkenning als 'bio-informaticus' nog niet gedefinieerd enz.

### 3.1.9 NGS-conventie en art. 33ter vanaf 01.07.2019

Op 01.07.2019 ging de introductie van art. 33ter en 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.

Alle info over de NGS-conventie kan worden teruggevonden op de website van het RIZIV<sup>13</sup>. Ook de info over art. 33ter kan daar worden gevonden<sup>14</sup>.

In 2020 werd de procedure voor registratie vereenvoudigd en kan een vaste PITTER-code worden geregistreerd en niet de unieke code zoals gegenereerd door healthdata (omzendbrief RIZIV van 10.02.2020). Vanaf 01.01.2021 zijn de terugbetalingscriteria voor NGS uitgebreid en kan voor BCR/ABL-monitoring van CML/ALL-patiënten een uniek nomenclatuurnummer worden gebruikt i.p.v. de wisselende nomenclatuurnummers/kwartaal zoals voorheen.

### 3.1.10 Financiële analyse (door Dr. Alin DEROM)

Een objectieve en realistische analyse van de uitgaven klinische biologie voor het jaar 2020 is een quasi onmogelijke zaak met de cijfers die tot nu toe bekend zijn. We moeten ons niet enkel baseren op cijfers van

---

<sup>12</sup> <https://www.zorgneticuro.be/publicaties/de-organisatie-van-het-ziekenhuislabo-de-netwerken>

<sup>13</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/laboratoria/Paginas/terugbetaling-gepersonaliseerde-geneesmiddelen-companion-diagnostics.aspx>

<sup>14</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/laboratoria/Paginas/oncologie-terugbetaling-moleculair-biologische-ngs.aspx>

slechts 6 maanden van 2020, maar de pandemie veroorzaakt door het SARS-CoV-2-virus heeft iedere vorm van normaliteit doen verdwijnen.

Uit het akkoord artsen-ziekenfondsen dat op 19 december 2019 afgesloten werd voor het jaar 2020<sup>15</sup> kunnen we volgende cijfers onthouden:

De totaal beschikbare indexmassa bedroeg 1,95%. Een deel hiervan werd gebruikt voor selectieve indexeringen. De partiële begrotingsdoelstelling voor de honoraria van de artsen werd voor 2020 vastgelegd op 8.588.807.000 euro. Dit is 2,47% hoger dan de partiële begrotingsdoelstelling vastgesteld voor het jaar 2019 en 3,0% hoger in vergelijking met de technische ramingen van september 2019. Daar bovenop werd voor de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg een bedrag van 345.280.000 euro voorzien.

De enveloppe voor verstrekkingen van klinische biologie werd vastgelegd op 1.398.398.000 euro. De verstrekkingen voor klinische biologie worden geïndexeerd met 1,25%. De forfaitaire honoraria per voorschrift/afname (ambulant) worden met 1,95% verhoogd, m.a.w. de gezondheidsindex zoals bepaald in het KB van 24 september 1992<sup>16</sup>.

In ditzelfde akkoord wordt voorgesteld om het bedrag van de accrediteringstoelage via de forfaitaire honoraria per voorschrift/afname te reduceren tot 50 eurocent. Het RIZIV, de mutualiteiten en de collega's artsen niet-klinisch biologen gaan van de veronderstelling uit dat het gemiddeld accrediteringssupplement per ambulant voorschrift/afname € 1,22 bedraagt. De objectieve en traceerbare bewijzen dat dit accrediteringssupplement nog steeds € 0,12 bedraagt, werden door niemand aanvaard. De oorzaak van dit 'misverstand' is de selectieve indexering van de geaccrediteerde honoraria die meermaals in het verleden werd toegepast. Dit aandeel aan selectieve indexering bedraagt ondertussen gemiddeld € 1,10 per forfaitair honorarium per voorschrift/afname. Samengevat hebben het RIZIV, de mutualiteiten en onze collega's artsen ervoor gezorgd dat jarenlang toegekende indexeringen in één pennentrek afgenomen worden van ons budget. De hypocrisie van de situatie is dat men in 2020 (voor de uitgaven 2021) een analoge oefening opgestart is voor de inperking van de accrediteringstoelage bij de raadplegingen, maar dat voorstel vond bij geen van onze collega's een draagvlak. Een duidelijke situatie van 2 maten en 2 gewichten.

Voor 2020 is er voor de klinische biologie een theoretisch bedrag van 22.687.000 euro dat via de indexering erbij komt, maar gelijktijdig wordt er op jaarbasis 11.237.000 euro afgenomen door de besparingen in de accrediteringstoelage via de forfaitaire honoraria per voorschrift of per afname. Voor 2020, waar dit normaal gezien pas vanaf 1 juli 2020 in voege zal gaan, bedraagt dit 5.619.000 euro. Netto blijft er voor 2020 dus maar 17.068.000 euro over.

Het accrediteringsforfait wordt voor 2020 vastgesteld op € 634,75.

Het sociaal statuut voor de geconventioneerde artsen wordt voor 2020 vastgelegd op € 5.037,70 en voor de partieel geconventioneerden bedraagt dit € 2.376,40

Ook zou er tegen 30 juni 2020 een analyse uitgevoerd worden met betrekking tot de aanrekening van supplementen in de medisch-technische diensten, inclusief de klinische biologie.

Tot zover de theorie.

In de praktijk is 2020 volledig anders verlopen.

---

<sup>15</sup> [https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/nationaal-akkoord-artsen-ziekenfondsen.aspx#Het\\_akkoord\\_artsen-ziekenfondsen\\_2020](https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele zorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/nationaal-akkoord-artsen-ziekenfondsen.aspx#Het_akkoord_artsen-ziekenfondsen_2020)

<sup>16</sup> <http://www.ejustice.iust.fgov.be/eli/bsluit/1992/09/24/1992022359/iustel>

Wat de besparing via de accrediteringstoelage betreft, werd het desbetreffende ontwerp van KB door de vergadering van het Verzekeringscomité van 16 maart 2020 goedgekeurd (document RZIVV\_CGV\_2020\_056) en aan de beleidscel van minister DE BLOCK overgemaakt. Het KB werd evenwel nog steeds niet gepubliceerd.

Rond diezelfde periode – de eerste lockdown is inmiddels op woensdag 18 maart ingezet – begint een van de woeligste perioden die we gekend hebben. Fysiek en psychisch zeer zwaar, maar ook financieel is dit een echte rollercoaster. Zie hier een aantal cijfers:

Via voorschotten aan de ziekenhuizen (RIZIV\_ARGV\_2020\_063 d.d. 19.10.2020), dus niet aan de artsen, wordt er gezorgd dat de lopende ziekenhuiskosten toch betaald kunnen worden. Dit is ook van toepassing voor de budgetten klinische biologie. Het betreft 31.000 euro voor de ambulante verstrekkingen klinische biologie via de ziekenhuizen en 167.831.000 euro voor het aandeel verblijvenden, samen een budget van 167.862.000 euro. Deze voorschotten worden van het beschikbare budget afgetrokken, zodat er maar 1.229.810.000 euro overblijft voor de ‘werkelijke’ prestaties. Een goede rekenaar zal zien dat er ergens 726.000 euro ontbreekt. Helaas heb ik nog niet gevonden waar die naartoe is. De magische gereserveerde bedragen zouden daar de oorzaak van kunnen zijn (definitie: gereserveerde bedragen zijn bedragen van inkomsten of besparingen die te vroeg of te laat opgestart zijn).

We weten allemaal dat de specifieke uitgaven voor deze COVID-19-crisis buiten het budget, en dus buiten onze enveloppe, verrekend worden. In RIZIV\_ARGV\_2020/073corr ziet men dat er voor het jaar 2020 374.114.000 euro voorzien is voor de terugbetaling van de PCR- en antigentesten voor het opsporen van het SARS-CoV-2-virus en dat er 5.760.000 euro voorzien wordt voor de serologische testen. Een theoretische berekening toont aan dat 374.114.000 euro overeenkomt met 7.992.181 PCR-testen voor het opsporen van SARS-CoV-2-virus. Daarboven wordt er 2.200.000 euro voorzien voor de opstartkosten van het platform bis. Daar het akkoord voor de incentive van 5.000.000 euro voor de erkende laboratoria voor klinische biologie nog niet getekend is, staat dit bedrag nog niet in de voorziene uitgaven 2020. De incentive zal bovendien pas in 2021 uitbetaald worden.

Op de website van het RIZIV<sup>17</sup> kan men het monitoringrapport van COVID-19 terugvinden zoals opgesteld in december 2020. In de conclusies kan men lezen dat er voor (slechts) 59.622.000 euro aan opsporingstesten voor SARS-CoV-2 geboekt is. Dat is goed voor 1.274.556 SARS-CoV-2 opsporingen via PCR. Als we echter kijken naar de data van Sciensano<sup>18</sup>, dan zien we dat er op 1 december 2020 reeds 5.906.234 testen gerapporteerd zijn. Op 30 juni 2020 waren er 1.274.263 testen uitgevoerd. De gepubliceerde cijfers moeten dus gelezen worden met de kennis dat er een grote discrepantie is, 5 tot 6 maanden, tussen de gekende facturatiestatistiek en de werkelijk uitgevoerde testen.

In ditzelfde rapport zien we ook de evolutie in geboekte uitgaven (binnen budget) vergeleken met 2019. Dit zijn de respectievelijke evoluties ten opzichte van 2019: januari: +6,4%, februari: +4,0%, maart: -18,6%, april: -37,4%, mei: -25,0%, juni: + 0,6%, globaal: -10,5%

In tabel 3.2.2 van ditzelfde document zien we dat via de DocN documenten men 58.440.000 euro aan de PCR- en antigentesten uitgegeven heeft. In dezelfde periode is er 40.470.000 euro uitgegeven aan de triage en afnamecentra. De uitgaven voor de serologische testen bedragen 1.222.000 euro.

Van de PCR-testen is 85% in ambulante setting uitgevoerd.

---

<sup>17</sup> <https://www.riziv.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/rapport-impact-covid19-terugbetaling-gezondheidszorg.aspx>

<sup>18</sup> [https://epistat.sciensano.be/covid/covid19\\_historicaldata.html](https://epistat.sciensano.be/covid/covid19_historicaldata.html)

## 3.2 Dit wordt 2021

### 3.2.1 COVID

Gedurende de laatste dagen van de regering WILMES-II (september 2020), kwam er veel ruis op de lijn tussen de politici en de 'experten'. Er werd te snel versoepeld, vooral de bubbel van 15 was erover. De beelden in de Gentse Overpoortstraat haalden alle journaals. Studenten feestten, kwamen voor het weekend naar huis en verspreidden het virus bij hun ouders en grootouders. Onder andere daardoor was de kiem van de tweede golf gelegd. Op 1 oktober 2020 trad de regering DE CROO-I aan en werden de versoepelingen snel teruggedraaid. De experts regeerden opnieuw het land. Prof. Dr. Lieven ANNEMANS, de belangrijkste pleitbezorger van versoepelingen, werd openlijk gedefenestreerd. De horeca en winkels sloten, de secundaire scholen gingen in code rood. Zelfs buitensporten werden verboden, een avondklok werd ingesteld. Vooral de 12- tot 18-jarigen werden m.i. (te) zwaar getroffen: geen jeugdbeweging, geen trainingen, halftijds thuis 'online' onderwijs. En het wordt niet onmiddellijk beter: schoolreizen, 100 dagen, vormsel- en lentefeesten... alle activiteiten blijven opgeschort. Club Brugge speelt de pannen van het dak, maar in een leeg stadion.

Ook in 2021 zal COVID aldus de media blijven beheersen, alvast tot we de veilige haven van de vaccinatiegraad van 70% hebben bereikt. Vooral vanuit Wallonië komt steeds meer tegenkanting tegen de strenge maatregelen. MR-voorzitter Georges-Louis BOUCHEZ haalde meerdere keren scherp uit naar de 'experten'. Eind januari 2021 was het opnieuw van dat: nadat viroloog Marc VAN RANST in De Afspraak op Canvas had gezegd dat er geen enkel perspectief was voor de heropening van de kappers, peroreerde BOUCHEZ dat VAN RANST zijn boekje als expert te buiten ging. "Als u aan politiek wil doen, moet u in de politiek stappen. Gezondheid voorop. Maar graag objectivering, wetenschappelijke studies, creativiteit en aandacht voor geestelijke gezondheid", schreef BOUCHEZ op Twitter. Dit werd gevolgd over een relletje omtrent de vermeende vergoedingen van de experts. Langs Vlaamse kant daarentegen blijven Prof. Dr. Marc NOPPEN en Prof. Dr. Dirk DEVROEY, allebei VUB, de hoogstbiedende onheilsprofeten, ondanks de stabiele cijfers. Voorlopig luistert minister Frank VANDENBROUCKE vooral naar de experts, we zijn benieuwd wanneer het primaat van de politiek opnieuw zal regeren. Ondertussen stijgen de cijfers helaas opnieuw vanaf eind februari: na twee maanden kregen de onheilsprofeten dan toch (een beetje?) gelijk. De toekomst zal uitwijzen of het hier dan toch een derde golf, dan wel een golfje betreft.

Nieuw in 2021 is de aandacht voor de SARS-CoV-2 varianten. Eens te meer werd de bevolking angst aangejaagd door de 'experten'. Ondertussen weten we dat van een explosie van infecties geen sprake is, ondanks de hoge penetratiegraad van de Britse variant. Het onder de aandacht brengen van de varianten leidde echter weer tot hysterische reacties van Houthulst tot Edegem. Ook basisscholen werden gesloten. In Oostende was er een uitbraak van de Zuid-Afrikaanse variant. In Antwerpen werd een hele wijk getest, maar uiteindelijk kwam maar een kwart van de genodigden opdagen. De testing starten op de heilige sabbat was misschien ook niet de beste zet in een wijk met een sterk vertegenwoordigde Joodse gemeenschap. Experts verwezen naar de Aziatische aanpak om een dergelijke teststrategie te verantwoorden, maar 'vergaten' te vermelden dat het massaal testen in Azië van wijken ook samengaat met het afsluiten van die wijken. Uiteindelijk kwam er zelfs een reisverbod tot 1 maart 2021 (ondertussen stilzwijgend verlengd tot 1 april). Een drastische en ongeziene beslissing met zware repercussies als je bijvoorbeeld zoals ondergetekende een zoon hebt die in de VS woont. Ondertussen lijdt de bevolking, hetzij direct, zoals de mensen werkzaam in de horeca, hetzij indirect. Een eminent expert deelde ondertussen flesjes Filou uit op de markt van Izegem, ongetwijfeld een hart onder de riem voor de gesloten caféhouders.

Wat de klinische biologie betreft ontstonden irritaties tussen de 'reguliere' laboratoria en het platform 2.0. Over het ronselen van stalen door het federaal platform hadden we het eerder al.

De beroepsvereniging nam kennis van berichtgeving in de pers (o.a. in De Standaard en La Libre Belgique 13.01.2021) omtrent het opsporen van de Britse COVID-19-variant.



Respectievelijk in De Standaard werd door Prof. Dr. Herman GOOSSENS (UZA) en in La Libre Belgique door Prof. Dr. Jean RUELLE (UCL) gesteld dat de meeste 'niet-academische labs' de Britse variant niet kunnen herkennen. Dit schiep veel verwarring bij de aanvragende artsen en de bevolking. Iedere in België uitgevoerde COVID-19 PCR-test pikt dergelijke varianten wel degelijk op. Er zijn dus in geen enkel lab vals-negatieven te verwachten.

Het is wel correct dat enkel de labs die het S-gen amplificeren een S-gen drop-out kunnen opsporen, dewelke kan wijzen op het voorkomen van de Britse variant. Niet iedere S-drop out is echter de variant, waardoor iedere S-gen drop-out nog via sequensen dient te worden bevestigd. Sommige niet-academische labs sporen ook het S-gen op en vele niet-academische klinisch biologen zijn ondertussen ook zelf al bezig COVID-19 te sequensen.

De beroepsvereniging betreurt dat de collega's van de laboratoria van het federale testplatform voor COVID-19, die een zeer bijzondere betoelaging krijgen vanwege het RIZIV, dergelijke misleidende informatie de wereld insturen. Een brief hierover werd o.a. verstuurd naar het kabinet van minister VANDENBROUCKE. De beroepsvereniging vraagt hem er bij de leden van het federale testplatform voor COVID-19 op aan te dringen dat zij in hun communicatie naar het grote publiek correcte en loyale informatie verschaffen. Ook een aantal niet-universitaire labs sequensen immers de aangetroffen verdachte virusstammen vandaag om Britse, Zuid-Afrikaanse, Braziliaanse of andere varianten zo snel mogelijk te detecteren met de bedoeling de volksgezondheid te beschermen. Samenwerking in de strijd tegen deze pandemie is cruciaal, deloyale concurrentie is in dezen het tegenovergestelde.

In De Standaard van 23.01.2021 verzekerde de minister dat iedereen de varianten zou kunnen en mogen opsporen. In het ontwerpdocument dat gepland was om ter goedkeuring te worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité van 08.02.2021 mochten de reguliere laboratoria enkel typering van COVID-stammen bij terugkeerders uit de rode zone uitvoeren en werd sequencing exclusief voorbehouden voor het federale platform. De nota werd ingehouden tot 22.02.2021. Wordt ongetwijfeld vervolgd. Ondertussen is er ook al een Bristol-variant.

### 3.2.2 Akkoord artsen-ziekenfondsen 2021

Op 16.12.2020 werd een nieuw akkoord artsen-ziekenfondsen afgesloten en dit opnieuw voor een looptijd van 1 jaar<sup>19</sup>.

De verstrekkingen voor klinische biologie (B-waarden) worden geïndexeerd met 0,80%. De forfaitaire honoraria per voorschrift worden geïndexeerd met de gezondheidsindex van 1,01%.

Een pakket maatregelen in onze sector (voornamelijk speciale hematologische en microbiologische onderzoeken) werden goedgekeurd ter waarde van 5.022.000 euro. Deze zullen volledig gefinancierd worden uit de eigen middelen door het cumulverbod ureum/creatinine (reeds goedgekeurd, maar nog niet gepubliceerd) en het cumulverbod CRP/BSE (nog niet alle procedures doorlopen).

Daarnaast is belangrijk voor onze sector:

- men wenst een oplossing voor de deconventionering van een deel of van een van de klinisch biologen in laboratoria, wat leidt tot het aanvragen van supplementen. Het idee is dat een lab en niet een verstrekker al dan niet geconventioneerd zou zijn;
- de herijking van de nomenclatuur: de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) wenst dat stappen worden ondernomen om binnen de honoraria van de klinisch biologie, de medische

---

<sup>19</sup> <https://www.vbs-gbs.org/index.php?id=73&L=1>

beeldvorming en de nucleaire geneeskunde het gedeelte ‘medisch honorarium’ op een transparante en gestandaardiseerde manier te onderscheiden van het gedeelte ‘honorarium om de verstrekking van de arts te dekken’ (‘technisch’ honorarium). Na zware druk van onze vertegenwoordigers werden hier een aantal elementen aan toegevoegd, zijnde dat er wettelijke garanties moeten zijn op het vlak van het medisch beheer, dat er een wettelijke omkadering dient te worden vastgesteld in de zin van artikel 155 §3, tweede lid van de ziekenhuiswet en dat dit dient gepaard te gaan met een simultane inkrimping van de medische honorariumafdrachten aan de ziekenhuisbeheerder, alsook met een betere beheersing van de supplementen;

- een openbare aanbesteding zal worden uitgeschreven om een vorm van ‘decision support’ bij laboratoriaaanvragen te introduceren;
- het sociaal statuut voor een volledig geconventioneerd arts bedraagt 5.088,58 euro.

Vele, zo niet alle, klinisch biologen zijn ongelukkig dat de overheid vasthoudt aan deze theoretische splitsing tussen ‘medisch’ (intellectueel) en ‘technisch’ honorarium. De vrees leeft dat managers dan de organisatie van het lab zullen overnemen. De beroepsvereniging betreurt dat de collega’s niet-klinisch biologen in de medicomut de klinisch biologen te weinig steunden om deze splitsing ongedaan te maken.

Na veel discussie wordt beslist om het overleg met Möbius een kans te geven, mits het aantal ‘experten’ sterk wordt uitgebreid met aandacht voor voldoende heterogeniteit in de expertengroep (artsen versus apothekers, intra- versus extramuraal, UZ versus niet-UZ, Nederlandstalig versus Franstalig, mannen versus vrouwen).

Er kwam, en er komt ook nog steeds veel kritiek op de cumulregel omtrent het verbod op het tegelijk aanvragen van ureum en creatinine in het serum. Deze maatregel is reeds goedgekeurd door alle RIZIV-echelons (Verzekeringscomité d.d. 11.01.2021) en bezorgd aan minister Frank VANDENBROUCKE. Aanpassingen kunnen dus alleen door het indienen van een nieuw nomenclatuurvoorstel bij de werkgroep klinische biologie van de Technisch Geneeskundige Raad (bv. om een uitzondering toe te staan bij kinderen).

Ook Minister Frank VANDENBROUCKE kwam recent vaak in de actualiteit met een pleidooi voor het zogenaamde ‘zuiver honorarium’, waarbij het technische deel van het honorarium rechtstreeks aan het ziekenhuis wordt betaald. De arts krijgt dan enkel een ‘zuiver’ of ‘intellectueel’ honorarium. De beroepsvereniging vindt dit een slecht idee. Na een harde strijd voor medezeggenschap van de artsen in de netwerken via de medische raad van het netwerk zouden we hier de beslissingsmacht over de technische uitrusting uit handen geven, in casu voor het laboratorium klinische biologie, maar ook voor alle andere medisch-technische verstrekkingen. Met andere woorden, voor alles behalve voor de consultaties en de toezichtshonoraria, de zogenaamde ‘intellectuele verstrekkingen’. Daarenboven staat in het erkenningsbesluit van de klinische laboratoria van 03.12.1999<sup>20</sup> duidelijk gespecificeerd dat de klinisch biologen verantwoordelijk zijn en autonoom beslissen over hun technische uitrusting. Tevens zou men op die manier twee soorten klinische biologie creëren met aparte nomenclatuur, waarbij stalen die afkomstig zijn van ambulante patiënten anders worden vergoed dan stalen afkomstig van gehospitaliseerde patiënten. Volgens de nomenclatuur is de anesthesie het enige voorbeeld van een specialisme met ‘zuivere’ honoraria. Toch kent niemand een anesthesist die zijn volledig honorarium mag innen zonder afhouding door het ziekenhuis.

Ook CM zette de aanval in op de artsenhonoraria<sup>21</sup>. Luc VAN GORP, voorzitter van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten en van het Landelijk Intermutualistisch College, vond het nodig ten strijde te trekken tegen de artseninkomsten, net in COVID-tijden waarin iedere arts het beste van zichzelf geeft! Het maximuminkomen van een arts zou volgens de CM € 290.000 bruto/jaar mogen bedragen, de ‘premiernorm’. Ook Dr. Ri DE RIDDER, voormalig topman van het RIZIV, en nu kabinetsadviseur bij minister VANDENBROUCKE,

---

<sup>20</sup> [https://www.wiv-isp.be/gml/activities/licence/download/03\\_12\\_1999.pdf](https://www.wiv-isp.be/gml/activities/licence/download/03_12_1999.pdf)

<sup>21</sup> <https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/cm-vindt-dat-artsen-niet-meer-mogen-verdiene-dan-premier.html>

vond het nodig zich hierbij aan te sluiten. Zijn minister had de debatten hierover al in november 2020 geopend<sup>22</sup>.

### 3.2.3 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 FAGG<sup>23</sup> de richtlijn toch behoedzaam en pragmatisch zal toepassen.

### 3.2.4 White paper POCT

Een lijvig document o.l.v. Viviane VANHOOF werd gepubliceerd<sup>24</sup>. Hoe dit nu praktisch zal worden geïmplementeerd is voorlopig koffiedik kijken, maar dit dossier zal de geëigende paden van de nomenclatuur moeten volgen.

### 3.2.5 Benoemingen Franstaligen in bestuurscomité VBS

Dr. Jérémie GRAS wordt voorgedragen. Tweede kandidaat op de lijst wordt Dr. Michel LIEVENS. Dr. J.-B. VANDERPAS neemt zoals reeds eerder gemeld ontslag uit het VBS-bestuurscomité.

## 4 Verslag van de penningmeester

Uit het verslag van de penningmeester, Prof. Alain VERSTRAETE, blijkt dat de rekeningen van 2020 een positief saldo van € 14.412,72 vertonen. De bijdrage aan het overkoepelend VBS is de grootste uitgave.

Op 31.12.2020 telde onze beroepsvereniging 138 betalende leden en 2 ereleden. 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 2020 goed en verleent het bestuurscomité er unaniem kwijting van.

---

<sup>22</sup> [https://www.standaard.be/cnt/dmf20201119\\_98120598](https://www.standaard.be/cnt/dmf20201119_98120598)

<sup>23</sup> Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

<sup>24</sup> <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17843286.2020.1868906>

## 5 Discussie met de aanwezigen

- Een lid stelt voor om gezien de gezonde financiën van de beroepsvereniging een deel van de reserves te besteden aan een goed doel. Dit zal worden bekeken in een volgend bestuurscomité met ook raadpleging van de statuten.
- Assistenten bereiken blijft een probleem, ze wijzen op de gratis verzekering juridische bijstand zou misschien kunnen helpen.
- Er worden nog kandidaten gezocht voor de Franstalige erkenningscommissie klinische biologie (opvolgers) en ook nog een Franstalige kandidaat voor de erkenningscommissie klinische microbiologie.
- Vanaf 01.04.2021 zal de terugbetaling van de COVID-PCR-test worden teruggeschroefd.

Dr. H. LOUAGIE,  
Secretaris

Dr. J. GRAS  
Ondervoorzitter

Dr. A. DEROM  
Voorzitter