
De Geneesheer-Specialist

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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

Speciaal nummer/ APRIL 2014

Afgiftekantoor: BRUSSEL 5

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

INHOUDSOPGAVE

Ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 25.02.2014

1.	Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de algemene statutaire vergadering van 19.02.2013.....	3
2.	Toespraak van de voorzitter, Dr. Marc MOENS	3
3.	Verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE	8
3.1.	Dit was 2013: 'verdeel en heers' in de klinische biologie? Naar een tweespalt?	8
3.1.1.	Tussen artsen en apothekers	8
3.1.2.	Tussen de ziekenhuis- en de privélaboratoria	9
3.1.3.	Met webbedrijven, commerciële fabrikanten	11
3.1.4.	Met de genetici	11
3.2.	<i>In 2014: welke toekomst voor de artsen-klinisch biologen?</i>	<i>12</i>
3.2.1	<i>Inleiding.....</i>	<i>12</i>
3.2.2.	<i>Bedreigingen en uitdagingen voor artsen klinisch-biologen</i>	<i>13</i>
3.2.2.1.	<i>De gezondheidszorg onder druk.....</i>	<i>13</i>
3.2.2.2.	<i>Een nieuwe benadering van laboratoriumgeneeskunde.....</i>	<i>14</i>
3.2.2.3.	<i>De nieuwe rol van de laboratoriumarts</i>	<i>14</i>
3.2.2.3.1.	<i>Laboratoriumgeneeskunde als klinische dienstverlening</i>	<i>14</i>
3.2.2.3.2.	<i>Naar een cluster-laboratoriumgeneeskunde.....</i>	<i>15</i>
3.2.2.3.3.	<i>Relatie tussen test en behandeling.....</i>	<i>15</i>
3.2.2.3.4.	<i>POCT.....</i>	<i>16</i>
3.2.2.3.5.	<i>Nieuwe ontwikkelingen</i>	<i>16</i>
3.2.3.	<i>Besluit</i>	<i>16</i>
3.3.	Evolutie in het aantal laboratoria en zorgverstrekkers.....	17
3.4.	Financiële analyse klinische biologie in België 2013.....	17
3.5.	Besluit.....	21
4.	Verslag van de penningmeester, Dr. Ludo MARCELIS, vaststelling van de bijdrage 2014 en kwijting van het bestuurscomité.....	23
5.	Verkiezing ondervoorzitter en 3 raadgevers	23
6.	Bespreking van het verslag van de secretaris.....	23
7.	Varia.....	25
	Extra: Gelegenheidstoespraak Dr. M. Moens n.a.v. bezoek UEMS-sectie Biopathologie aan Brussel 13-15.03.2014	26

Ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 25.02.2014

Aanwezig:

De dokters Norbert BLANCKAERT, Alain DEROM, Dirk EERENS, Michel LIEVENS, Henk LOUAGIE, Ludo MARCELIS, Marc MOENS, Paul OLISLAEGERS, Jean-Baptiste VANDERPAS, Paul VERHEECKE, Pieter VERMEERSCH en Alain VERSTRAETE.

Gaven volmacht:

De dokters Christophe BAFORT, Johan BEERT, Jan COOLAERT, Philippe CUIGNIEZ, Pierre DE MAERTELAERE, Katlijn FLORE, Pierre GOFFINET, Egils GULBIS, Françoise LACQUET, Eddy LENS, Jan MOERMAN, An NIJS, Jean-Luc RUMMENS, Johan VAN ELDERE, Geert VANHEULE, Rudi VAN ROOSBROECK en Steven VERVAECKE

1. Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 19.02.2013

Het ontwerp van verslag van de algemene vergadering van 19.02.2013, dat in het speciaal nummer van de Geneesheer-Specialist van maart 2013 verscheen, wordt zonder opmerkingen goedgekeurd.

2. Toespraak van de voorzitter, Dr. Marc MOENS

Beste Collegae,

Het World Wide Web informeert ons dagelijks over de World Wide Crisis, die – veel later dan in de andere sectoren – nu ook volop de sector van de gezondheidszorg treft. Niet alleen Griekenland en Spanje ondervinden dat, België ook, gelukkig in mindere mate.

Als we van de macro-economische wereldschaal afdalen naar de mesoschaal van het kleine België, en specifiek naar het onderdeel gezondheidssector met daarbinnen op “relatieve” microschaal de klinische biologie, zien we een langdurige stilstand.

In onze discipline merken we dat zeer nadrukkelijk, omdat de laatste jaren geen nieuwe tests meer opgenomen werden in de nomenclatuur van de geneeskundige vestrekkingen, zelfs niet nadat die dossiers deskundig geargumenteed en becijferd werden ingediend door de Commissie voor Klinische biologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid of door een andere instantie. Het antwoord van de RIZIV-administratie wordt eentonig: het kant-en-klare voorstel mag van de werkgroep laboratoriumgeneeskunde van de Technisch geneeskundige raad (TGR) van het RIZIV naar de plenaire vergadering van de Technisch geneeskundige raad doorgestuurd worden. De plenaire TGR keurt het voorstel dan goed, waarna het wordt doorgestuurd naar de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen, de medicomut. Maar daar stopt de rit, omdat er geen budget voorhanden is.

Het is ondertussen al van 2010 geleden dat er nog nieuwe tests in de nomenclatuur werden opgenomen.

“K.B. 31.8.2009” (in werking 1.11.2009) + “K.B. 26.8.2010” (in werking 1.10.2010)
“542791 542802 Doseran van **kappa en lambda vrij lichte ketens** in het serum B 2000 (Maximum 1) (Diagnoseregul 86)”

“K.B. 31.8.2009” (in werking 1.11.2009) + “K.B. 26.8.2010” (in werking 1.10.2010)
“542813 542824 Dosereren van **tryptase** in het serum B 700 (Maximum 1)
(Diagnoseregel 87)”

“K.B. 17.12.2009” (in werking 1.3.2010) + Erratum B.S. 19.2.2010 + “K.B. 26.8.2010”
(in werking 1.10.2010) “ 552355 552366 Opzoeken van **Helicobacter pylori**
antigenen B 1000 (Maximum 1) (Diagnoseregels 76, 90)”

“K.B. 31.8.2009” (in werking 1.11.2009) + “K.B. 26.8.2010” (in werking 1.10.2010) “
554750 554761 Onderzoek van de **globale plaatjesfunctie** onder hoge
schuifspanning met behulp van een specifiek toestel B 500 (Maximum 1)
(Diagnoseregel 84)”

“K.B. 9.12.1994” (in werking 1.3.1995) + “K.B. 16.7.2001” (in werking 1.12.2001) +
“K.B. 31.8.2009” (in werking 1.11.2009) + “K.B. 26.8.2010” (in werking 1.10.2010)
“555030 555041 Bepalen van het **RH fenotype** (antigenen RH2 (C), RH3 (E), RH4 (c),
RH5 (e)) B250 (Maximum 1)”

“K.B. 31.8.2009” (in werking 1.11.2009) + “K.B. 26.8.2010” (in werking 1.10.2010)
“556570 556581 Opsporen van **anti-PR3 of anti-MPO antilichamen** B 350 (Maximum
2) (Diagnoseregel 64)”

“K.B. 31.8.2009” (in werking 1.11.2009) + “K.B. 26.8.2010” (in werking 1.10.2010)
“556555 556566 Opsporen van **antistoffen tegen gecitrullineerde peptiden of**
eiwitten”

“K.B. 31.8.2009” (in werking 1.11.2009) + “K.B. 26.8.2010” (in werking 1.10.2010)
“556614 556625 Evaluatie van de **specifieke antistofrespons tegen polysaccharide**
antigenen, per antigen B 600 (Maximum 3) (Diagnoseregel 85)”

“K.B. 9.12.1994” (in werking 1.3.1995) + “K.B. 31.8.2009” (in werking 1.11.2009) +
“K.B. 26.8.2010” (in werking 1.10.2010) “ 556231 556242 Opzoeken van **anti-gliadine**
antistoffen, anti endomysium antistoffen of antistoffen tegen weefsel
transglutaminase B 400 (Maximum 2)”

Sindsdien passeerden er alleen nog koninklijke besluiten met nomenclatuuraanpassingen die schrappingen, reducties in honoraria, cumulverboden en dergelijke invoerden. De werkgroepen blijven nochtans actief en blijven degelijke voorstellen indienen in alle subdisciplines van de klinische biologie, inclusief in de artikelen 24bis en 33bis, die gebruik maken van biomoleculaire technieken.

Onze secretaris zal straks tonen dat het aantal erkende Belgische labs klinische biologie weer lichtjes is afgenomen: van 149 in maart 2013 naar 147 begin 2014. Tussen maart 2010 en februari 2014 verdwenen er 21 erkende labs, of een vermindering met 12,5 % over vier jaar. Het aantal activiteitencentra daalde van 219 in maart 2013 naar 213 in februari 2014. Over een periode van vier jaar daalde het aantal activiteitencentra met 10,9 %, van 239 naar 213.

En toch zien we nog buitenlandse groepen opduiken die bestaande privélaboratoria overnemen om de laboratoriumactiviteiten verder te concentreren. Zo loopt er momenteel bij de Commissie voor Klinische biologie bij het WIV een aanvraag voor de

fusie van een aantal bestaande labs, die zouden worden omgedoopt (of gedegradeerd) tot activiteitencentra, die dan door een buitenlandse laboratoriumgigant zullen worden samengesmolten tot één grote entiteit. De vraag is of de bevoegde minister van Volksgezondheid kan toelaten dat het voldoende is dat één (omnipotente) klinisch bioloog instaat voor een activiteitencentrum dat vb. 500 stalen per dag ontvangt die analyses omvatten uit alle onderdelen van de klinische biologie. Wie zal de medische kwaliteit van dergelijke organisatie garanderen? De bevoegde minister die de erkenning zal afleveren? De Commissie voor Klinische biologie die hem/haar het positief advies zal afgeleverd hebben?

Het aantal artsen-klinisch biologen daalde met 6,64 % tussen 2000 en 2014¹. Het is dan wel verontrustend (via informele weg) te vernemen dat pas erkende artsen-specialisten in de klinische biologie grote moeilijkheden ondervinden om een geschikte werkplek te vinden. Dat ze niet benoemd raken, heeft ongetwijfeld te maken met de financieel ongunstige vooruitzichten in de sector klinische biologie en in de gezondheidszorgsector in het algemeen.

In de ziekenhuissector worden alle duivels tegelijk ontbonden.

In 2010 publiceerde het Kenniscentrum zijn haalbaarheidsstudie over de invoering van een "all-in" pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen².

Daarop volgde in mei 2012 het veel geciteerde, doch statistisch waardeloze KCE-rapport over de kost van de zorg in een ziekenhuis: "*Handleiding voor op kosten gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies*"³. De meeste berekeningen inzake inkomens van artsen hebben betrekking op welgeteld 11 ziekenhuizen (van de toen 120 algemene ziekenhuizen) die cijfers qua artseninkomsten en afhoudingen op artsenhonoraria wilden meedelen aan het KCE. Sommige informatie betreft zelfs maar 9 ziekenhuizen. Desondanks worden die vertekende cijfers overal geciteerd en gebruikt. Van het rapport, dat heel wat nuttige info bevat over andere onderdelen van de kostenstructuur in ziekenhuizen, bleef alleen de tabel met de vermeende inkomsten van de artsen-specialisten in het geheugen hangen. Fout of juist, van weinig belang: de toon was weerom gezet. Op het, volgens het KCE-rapport, gemiddeld belastbaar inkomen van de arts-klinisch bioloog van € 355.103 kan nog flink bespaard worden, net zoals op het gemiddeld belastbaar inkomen van de nefroloog (€ 425.505) of van de radioloog met een gemiddeld belastbaar inkomen van € 338.378⁴.

De regering liet het idee van de forfaitarisering in de ziekenhuizen niet los. In maart 2013 kondigde minister Onkelinx aan dat ze een stappenplan zou uitwerken om tot een prospectieve pathologiefinanciering over te gaan in de ziekenhuizen. Minister Onkelinx gaf daartoe een studieopdracht aan het KCE, dat in oktober 2013 zijn eerste voorbereidend rapport publiceerde. Dat rapport had het onder grote tijdsdruk tijdens

¹ Cf. tabel 6, VBS Jaarverslag 2013, Dr. Marc Moens: Met vereende kracht een jaartje dokters bashen. http://www.vbs-gbs.org/fileadmin/user_upload/Rapport_annuel/2013_old_site/nl/verslag_van_de_secretaris-generaal_-_algemene_vergadering_VBS_08-02-2014-2.pdf#page=51

² "Haalbaarheidsstudie voor de invoering van een 'all-in' pathologiefinanciering voor Belgische ziekenhuizen". KCE Reports 121A d.d. 25.01.2010.

³ "Handleiding voor op kosten gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies". KCE Report 178A; 31.05.2012.

⁴ KCE Report 178A (pag. 101-102); 31.05.2012. Appendix 18. Physicians income. Appendix 18.1. Average annual gross physician income and GHIMD per FTE, including and excluding supplements, and average deduction rates in Belgium

het zomerreces bij elkaar geschreven⁵. Het werd alvast duidelijk dat nergens in de vergeleken landen⁶ een echte all-in-financiering wordt gehanteerd.

Verschillende groepen denken vandaag na over hoe die nieuwe financieringsmethode er zou moeten uitzien.

De all-in-manie in de ziekenhuisfinanciering bedreigt in eerste instantie de medisch-technische diensten, medische beeldvorming en klinische biologie op kop. De ziekenhuisapothek kent al de gevolgen van de forfaitarisering: op vijf jaar tijd verloor ze 34 % van haar omzet. De heilige en herhaalde belofte dat het niet om een besparingsronde zou gaan en dat de vrijgekomen financiële middelen zouden geherinvesteerd worden in de sector zelf, vb. via de betaling van de “clinical pharmacist”, werd niet gehouden. Als het over artsenhonoraria gaat, poogt men de sector te paaien met het invoeren van zuivere “intellectuele” honoraria en door al de overige kosten van de verstrekkingen in het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (BFM) te stoppen.

Tenzij de echte intentie van de overheid erin bestaat om op een laffe manier de extramurale specialistische zorg onmogelijk te maken en de intramurale artsen volledig te onderwerpen aan het ziekenhuisbestuur, vergeet ze in haar forfaitariseringstwee essentiële zaken.

Als de nomenclatuur alleen nog zuivere honoraria zou toekennen en al de rest zou worden inbegrepen in het BFM, hoe moeten de prestaties buiten het ziekenhuismilieu dan vergoed worden? Vandaag wordt grosso modo de helft van de klinische biologie voor ambulante patiënten verricht in extramurale klinische laboratoria. Aangezien de ambulante klinische biologie ongeveer de helft van het totale pakket van de klinische biologie uitmaakt, wordt dus ongeveer een kwart van alle klinische biologie verstrekt in niet-ziekenhuislaboratoria.

En ten tweede, als de artsen-klinisch biologen in de ziekenhuizen alleen nog een “zuiver” honorarium zouden mogen verwerven voor wat de overheid het medisch-intellectueel gedeelte van hun prestaties noemt, wie gaat zich dan bezighouden met het beleid van de apparatuur, reagentia, personeel, informatica...? Persoonlijk meen ik dat de organisatie van een klinisch laboratorium onlosmakelijk verbonden is met het medische aspect van onze discipline, hoewel universitaire ziekenhuizen en grote privélaboratoria hoe langer, hoe meer niet-medici als manager aanstellen om de zaak draaiende te houden. Mijns inziens een kortetermijnvisie, vooral ingegeven door financiële overwegingen.

Als dessertje in het financieringsverhaal publiceerde het Kenniscentrum zeer recent een rapport over zeldzame en complex te behandelen kankers bij volwassenen⁷. Tezeldertijd werkt de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen aan een advies aan minister Onkelinx om zeldzame kankers te concentreren in enkele ziekenhuizen. Hoewel het KCE-rapport expliciet vermeldt dat niet alleen universitaire ziekenhuizen in aanmerking komen om als expertcentrum te kunnen fungeren, zien de niet-universitaire ziekenhuizen die zich de voorbije decennia hebben opgewerkt als

⁵ “Hervorming financiering ziekenhuizen: wat zijn de lessen uit het buitenland?” KCE-rapport 207 d.d. 11.10.2013

⁶ Engeland, Frankrijk, Duitsland, Nederland en Medicare in de USA.

⁷ “Organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker”. KCE Reports 219, 10.02.2014.

gespecialiseerde centra met een gepersonaliseerde patiëntenzorg dit rapport als een regelrechte bedreiging. In een klein land zoals België zien de universitaire ziekenhuizen de grote en performante streekziekenhuizen als een belangrijke concurrent die ze met behulp van de overheid en onder het mom van besparingen graag zo snel mogelijk zouden reduceren tot rust- en verzorgingstehuizen.

Ter illustratie voor de klinische biologie: als in de werkgroep “Zeldzame tumoren” van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen de KCE-experten, doorgaans van universitaire origine, lymfomen als zeldzame tumoren bestempelen, dan kunnen de klinisch biologen-hematologen en de patholoog anatomen in de niet-universitaire ziekenhuizen het wel schudden. Maar dezelfde redenering gaat ook op voor de andere 17 opgesomde tumordomeinen in het KCE-rapport 219. Behalve misschien één universitair centrum voldoet geen enkel Belgisch neurochirurgisch centrum aan de in het rapport vastgestelde vereisten. Alle Belgische ORL-specialisten zullen zich moeten beperken tot tonsillectomieën en het plaatsen van transtympanale drainagebuisjes. En zo verder.

Gelinkt aan de ontwikkeling van mogelijkerwijze nieuwe verstrekkingen in onze nomenclatuur steken de ethische aspecten van de laboratoriumdiagnostiek zeer prominent de kop op. Alleen nog maar de discussie over de NIPT, de Niet Invasieve Prenatale Test, bracht eind 2013, begin 2014 een polemiek in de pers op gang. De NIPT wordt in de media met een gevoeligheid van 99% als een zeer betrouwbare screeningstest aangeprezen voor het syndroom van Down. De centra die de test aanbieden hebben inmiddels ook een prijzenslag gehouden. Van € 850 begin 2013 zakte de prijs naar € 460 eind 2013, niet terugbetaalbaar door het RIZIV. Als alle zwangerschappen op Down zouden gescreend worden in België en de test zou terugbetaald worden, zou het RIZIV, aan € 460 per test, een bedrag van ± € 53 miljoen moeten vinden. De ethici stellen terecht de vraag of dergelijke terugbetaling de start zou zijn van de eugenetica. In de media werd al hardop de vraag gesteld wat het lot dan zal zijn van de kinderen die toch met Down worden geboren als ofwel de moeder de test niet wilde ondergaan, ofwel geen abortus wilde plegen. Want, stellen de economen, de kosten voor de levenslange zorg voor Down-patiënten zullen veel hoger oplopen dan de kosten van de veralgemeende terugbetaalde screening.

Ondertussen hebben de genetici opnieuw een vraag ingediend bij de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen om de beroepstitel van arts-specialist in de genetica te creëren. Hun vorige poging om een erkenning te verkrijgen, dateert van 2007.

Kortom, beste collegae, 2014 belooft een spannend jaar te worden. De financiering van de gezondheidszorg en van de ziekenhuissector staat onder druk. De klinische biologie geniet daarbij de twijfelachtige eer te kunnen blijven genieten van de bijzondere aandacht van de overheid.

Alle nieuwe ideeën tegen de pletwals van de huidige overheid en van de overheid die we na de verkiezingen van 25 mei eerstkomend over ons heen zullen krijgen, zijn meer dan welkom. Vergeet ook niet te gaan stemmen voor de medische verkiezingen die in juni 2014 zullen plaatsvinden. Alleen een stevige syndicale verdediging zal de artsen kunnen vrijwaren voor willekeur.

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

3.1. Dit was 2013: 'verdeel en heers' in de klinische biologie? Naar een tweespalt?

3.1.1. Tussen artsen en apothekers...

Op 27.03.2013 verscheen het KB van 11 maart 2013, dat de inwerkingtreding van artikel 15, §1 van het KB van 3 december 1999 opnieuw uitstelt. Met het KB van 10.12.2009 (BS 13.01.2010) werd het artikel 15, § 1, eerste lid (dat handelt over de bestaande met klinisch biologen), van het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, aangevuld met de volgende woorden: “, waaronder tenminste 0,8 fulltime equivalent geneesheer-specialist, die door maximum 2 geneesheren mag worden verzekerd.”

Dat besluit had moeten ingaan op 13.01.2011, maar door het lobbyen van de ziekenhuisgroeperingen Zorgnet Vlaanderen en Santhea, samen met de beroepsvereniging van de apothekers-klinisch biologen, vaardigde minister Onkelinx het KB van 15.11.2010 (BS 03.12.2010) uit, dat de datum van inwerkingtreding verdaagde tot 13.01.2013.

Het nieuwe KB van 11.03.2013 stelt de datum van inwerkingtreding opnieuw uit, ditmaal tot 01.01.2017. Onze beroepsvereniging betreurt dit en hoopt dat dit uitstel niet tot afstel zal leiden. Daarnaast diende Zorgnet Vlaanderen samen met de Franse en de Belgische beroepsvereniging van apothekers-biologen en met de Vereniging van Vlaamse klinische laboratoria een klacht in bij de Europese Commissie. De Europese Commissie beoordeelt het uitstel tot 2017 als kritisch. Volgens de Commissie zou dit uitstel bewijzen dat de maatregel niet onmisbaar is. De Europese Commissie heeft aan de Belgische staat bijkomende vragen gesteld⁸. Dit dossier wordt ongetwijfeld vervolgd.

Op uitnodiging van ons medelid Prof. Johan Van Eldere (KU Leuven) vond er op 09.12..2013 in Leuven een vergadering plaats om nogmaals de opportuniteit van een apart specialisme 'medische microbioloog' te evalueren. Behalve Prof. Van Eldere waren aanwezig: de Drs. Koen Magerman, Johan Frans, Marc Moens en Henk Louagie. Deze vraag moet samen gezien worden met de gelijktijdige vraag om een aparte erkenning voor de internist-infectiologen. Deze vraagstelling kadert eveneens in de door de infectiologen vaak geuite opmerking dat sommige domeinen van de medische microbiologie hen toebehoren. Daarom lijkt het logisch om vanuit de klinisch biologie voldoende tegengewicht op te bouwen. Het moment is geschikt omdat in de schoot van de FOD Volksgezondheid de erkenningscriteria voor alle specialismen worden herschreven⁹. Bovendien is het nu de bedoeling om de Belgische erkenningen op een Europese leest te schoeien.

⁸ Zorgnet Vlaanderen, Verbondsnota 2013/20 aan de algemene ziekenhuizen, d.d. 29.03.2013.

⁹ Tijdens de vergadering van de Hoge Raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen van 05.12.2013 werd duidelijk dat er een enorme achterstand is opgelopen in de realisatie van de redactie van die nieuwe criteria. Nog geen enkel van de 30 te herschrijven ministeriële besluiten is klaar. Erger nog: de vergadering stelde vast dat er sinds de laatste vergadering onder de vorige samenstelling van de Hoge Raad d.d. 05.07.2012 helemaal niets meer werd gerealiseerd en dat er nog geen aanzet werd gegeven om de transversale criteria vast te stellen. Die transversale criteria, die de algemene voorwaarden moeten bevatten geldig voor alle specialismen, moeten bekend

Het kabinet-Onkelinx werkt ondertussen aan een voorstel om de erkenning van artsen anders te organiseren. In het KB van 25.11.1991 dat de beroepstitels opsomt¹⁰ zullen in de toekomst vier soorten artsen opgenomen worden: erkenning niveau 1: iemand die een diploma van arts bezit; niveau 2: huisarts of specialist; niveau 3: niveau 2 met een bijkomende bekwaming; niveau 4: een collega van het niveau 3 met extra vaardigheden, vb. de arts-ziekenhuishygiënist.

Na de vergadering in Leuven was er onder de aanwezigen een consensus om te streven naar een bijkomende erkenning in de 'medische microbiologie' en deze onder te brengen in het nieuwe niveau 3 als bijkomende erkenning na de basiserkenning klinisch biologie, naar analogie met de sinds 24.04.1992 bestaande bijkomende bekwaming 'en in de nucleaire in vitro geneeskunde'. De basiserkenning klinische biologie en de bijkomende erkenning zouden samen 6 jaar vergen, wat toelaat zich te conformeren aan de Europese UEMS-criteria. De vandaag facultatieve opleidingen antibioticabeleid en ziekenhuishygiëne zouden in die bijkomende bekwaming kunnen geïncorporeerd worden. Dit wekte natuurlijk enige argwaan bij de apothekers-biologen.

Apothekers-biologen met bijzondere interesse in de microbiologie zouden dan verder het huidige systeem kunnen volgen, waarbij ze na de truncus communis in de hogere opleiding voornamelijk een opleiding in de microbiologie volgen. In tegenstelling tot de artsen-klinisch biologen, die in de toekomst een erkende bijkomende opleiding in de medische microbiologie zullen volgen, kunnen de apothekers-klinisch biologen per definitie geen titel van arts-specialist in de medische microbiologie verwerven. Zij vallen immers niet onder het KB van 25.11.1991. Dat KB betreft alleen de beroepstitels voor artsen.

3.1.2. Tussen de ziekenhuis- en de privélaboratoria...

Op 29 maart 2013 besliste het kernkabinet om 32,7 miljoen euro op jaarbasis te besparen in de ambulante klinische biologie (7,3 %). Op paaszaterdag, 30.03.2013, meldde het kabinet-Onkelinx via een persbericht dat deze besparing alleen de extramurale labs zou treffen. Dat de ziekenhuislaboratoria niet onder de besparingsmaatregel zouden vallen, was uiteraard een kwakkel: ziekenhuislabs halen ongeveer de helft van hun omzet uit ambulante zorg en de beslissing van het kernkabinet sloeg wel degelijk op alle ambulante zorg.

Daarna kwam het voorstel onder impuls van Dr. Rob Van den Oever (CM) om 9 % te besparen in de ambulante sector in plaats van 7,3 % en het te veel bespaarde (ongeveer 15 miljoen euro) te herinjecteren in de ziekenhuissector via een pro rata verhoging van de forfaitaire honoraria per opname. Daartegen rees protest o.a. via een brief van apotheker-klinisch bioloog Jef Jonckheere namens de Vlaamse Vereniging van Klinische Laboratoria. Om de dreiging met een rechtszaak af te wenden, werd de verhoging van de forfaitaire honoraria per opname gekoppeld aan een aantal voorwaarden: erkend (volledig) zorgprogramma oncologie, erkende functie

zijn voordat de Hoge Raad zich kan buigen over de redactie van de ontwerpen van ministeriële besluiten voor elk van de specialismen. Voorspellen wanneer het ontwerp klinische biologie aan bod komt, is dus onmogelijk, ondanks het vele werk dat onder meer collega Jean-Luc Rummens er in 2011 en 2012 al aan besteedde.

¹⁰ KB van 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheekkunde (B.S. 14.03.1992).

spoedgevallen, erkende dienst intensieve zorg en aanwezigheid van minstens 4 fulltime klinisch biologen.

Vier ziekenhuizen vielen om verschillende redenen uit de boot, waaronder het politiek sterk geruggensteunde Bordet Instituut in Brussel, zodat de voorwaarden werden aangepast. In plaats van over intensieve zorg en spoedgevallenzorg te spreken, werden opnieuw de bestaande termen ingevoerd¹¹. Om duidelijk te maken dat het om een volledig zorgprogramma oncologie gaat, wordt er verwezen naar het Hoofdstuk III van het desbetreffende KB¹².

Dit laatste voorstel werd op 02.12.2013 goedgekeurd door het RIZIV Verzekeringscomité en ligt ondertussen bij de minister. 71 % van de ziekenhuizen (75/105) voldoet aan de nieuwe criteria. Een laboratorium in een associatie van ziekenhuizen zal de nieuwe code mogen toepassen onder twee voorwaarden: het zorgprogramma oncologie moet echt in zijn geheel op de verschillende vestigingsplaatsen worden uitgevoerd, en het laboratorium moet voldoen aan de criteria betreffende het aantal biologen en moet de nodige tests garanderen die voor dat zorgprogramma worden uitgevoerd. Het RIZIV zal een lijst van laboratoria publiceren die het nieuwe forfaitaire honorarium mogen aanrekenen.

De motivatie van de herinjectie van € 15 miljoen in de ziekenhuissector wordt door een aantal bestuursleden en leden van onze beroepsvereniging betwist. Een bevoordeling van de ziekenhuislabs t.o.v. de privélabs wordt gesuggereerd. Daarbij wordt wel voorbijgegaan aan het feit dat de ziekenhuissector extra wordt getroffen door de decumul van ambulante en opnameforfaits op spoedopname en de beperking van de financiering van de heropnames binnen de 10 dagen (voor zowel de RX als de klinische biologie). Deze maatregelen zijn daarentegen discriminerend voor de ziekenhuisbiologen en ook radiologen t.o.v. de collega's uit de privé. Als een patiënt van een huisarts verwezen wordt naar spoed voor een appendicitis met een echografie van een privéradioloog of een laboanalyse van een privébioloog, dan mogen die hun consultancehonorarium, respectievelijk forfaitair honorarium wel houden, maar als hij op spoed zijn echografie krijgt van een ziekenhuisradioloog of zijn laboanalyse van een ziekenhuis-klinisch bioloog, dan verliest de eerste zijn consultancehonorarium en/of de tweede zijn forfaitair honorarium. Klinisch biologen en radiologen moeten samen onderzoeken of de juridische mogelijkheid bestaat om deze ongelijkheid aan te vechten voor het Grondwettelijk Hof.

Ten gevolge van de actie van de VVKL en ondanks de formele belofte van de topambtenaren van het RIZIV dat alles toch tijdig in orde zou geraken tegen begin 2014, is het koninklijk besluit dat dit nieuwe forfaitaire honorarium in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen moet creëren tot op heden nog niet gepubliceerd. De inlevering in de ambulante sector treft de klinisch biologen in de ziekenhuizen dus even hard als de collega's in de privésector. Elke maand dat minister Onkelinx langer talmt met haar KB, levert het RIZIV een pseudobesparing van € 1,25 miljoen op of een maandelijks verlies van € 1,25 miljoen voor de klinisch biologen¹³,

¹¹ Artikel 24, §2 code 591113-591124: voor zover het laboratorium "24 uur per dag de continuïteit verzekert in samenwerking met de eenheden van intensieve verzorging en de wachtdienst van het ziekenhuis".

¹² KB van 21.03.2003 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor oncologische basiszorg en het zorgprogramma voor oncologie moeten voldoen om te worden erkend (B.S. 25.04.2003).

¹³ Tijdens de vergadering van het Verzekeringscomité van 07.04.2014 werd meegedeeld dat het KB ter ondertekening bij de koning lag en dat het retroactief in werking zou treden vanaf 01.01.2014. In dat geval zou er geen bijkomende besparing voor het RIZIV zijn in 2014 en geen bijkomend verlies voor de ziekenhuislaboratoria.

bovenop de hogervermelde besparingsingrepen. Die maatregelen stonden wél tijdig in het Belgisch Staatsblad¹⁴, met name in een van de traditionele, jaarlijks rond Kerstdag weerkerende vuilbakwetten. Die bijkomende besparingen traden in voege op 01.01.2014.

3.1.3. Met webbedrijven, commerciële fabrikanten...

Een vaak terugkerend item in de diverse bestuursvergaderingen waren de POC-tests. Online tuberculose tests worden aangeboden, de Brusselse en Antwerpse homoscene wordt gescreend m.b.v. POCT-speekseltests voor het opsporen van HIV, Chinese bedrijven bieden NIPT-tests aan, in Antwerpse apotheken worden POCT-toestellen opgesteld... Het valt te verwachten dat erkende laboratoria klinische biologie meer en meer met deze – al dan niet onwettige – concurrentie zullen worden geconfronteerd. Ons streven moet zijn dat POC-tests steeds worden geëvalueerd en gebruikt onder supervisie van een erkend klinisch laboratorium. Het gebruik van POC-tests, online besteld of andere, die niet door de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden terugbetaald, wordt momenteel door geen enkele wetgeving geregeld, tenzij wat het gebruik in ziekenhuisverband betreft.

3.1.4. Met de genetici...

Toegang verkrijgen tot (een deel van) de genetische nomenclatuur is onontbeerlijk om de toekomst van de klinische laboratoria te vrijwaren. Maar we weten al langer dan vandaag dat de genetici hun goed beschermde monopoliepositie niet zomaar zullen opgeven.

Tijdens de zomervakantie werden we verrast door de opheffing van de Hoge Raad voor Antropogenetica¹⁵. Het is niet erg duidelijk wat de consequenties zijn voor artikel 33 van de nomenclatuur, want tot nog toe speelde de Hoge Raad voor Antropogenetica een belangrijke rol in artikel 33. De 8 centra blijven uiteraard erkend¹⁶, maar wie het

¹⁴ Programmawet (I) (1) 26.12.2013 : Afdeling 6. - Forfaitaire bedragen voor heropname en non-cumul van ambulante forfaits met ziekenhuisforfaits in geval van opname via de spoeddiensten:

“Art. 37. In titel III, hoofdstuk V, afdeling VIbis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt een artikel 56quinquies ingevoegd, luidende : “Art. 56 quinquies. In geval van een nieuwe opname van de patiënt in eenzelfde ziekenhuis tijdens een periode die aanvangt op de dag van het ontslag van de vorige opname en die eindigt op de tiende dag na de dag van het ontslag van de vorige opname, worden de forfaitaire tegemoetkomingen die berekend worden per opname in een algemeen ziekenhuis, die zijn voorzien door of krachtens deze wet of de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, verminderd tot 82 % van hun waarde. Deze verminderde forfaitaire tegemoetkomingen worden steeds afgerond naar de hogere eurocent.

Onder opname in de zin van dit artikel, wordt een verblijf verstaan dat ten minste één nacht behelst.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de toepassing van dit artikel uitbreiden tot andere categorieën van ziekenhuizen en het in het eerste lid bedoelde percentage wijzigen, rekening houdend met de evolutie van het aantal heropnames in de ziekenhuizen.

Tijdens de opvang in een functie eerste opvang van spoedgevallen of in een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg kunnen de krachtens artikel 60, § 2, voorziene forfaitaire tegemoetkomingen alsook de krachtens deze wet voorziene consultancehonoraria en de forfaitaire honoraria per voorschrift en per dag van de geneesheer-specialist voor röntgendiagnose (geaccrediteerd of niet geaccrediteerd), niet worden gecumuleerd door eenzelfde ziekenhuis, voor eenzelfde dag en eenzelfde patiënt met de in het eerste lid bedoelde forfaitaire tegemoetkomingen, ongeacht of deze al dan niet werden verminderd met toepassing van hetzelfde lid.

De vermindering van de in het eerste lid bedoelde verzekeringstegemoetkoming en de in het vierde lid bedoelde forfaitaire tegemoetkomingen kunnen niet ten laste worden gelegd van de patiënt.”.

¹⁵ Koninklijk besluit van 19.07.2013 tot opheffing van het koninklijk besluit van 7 november 1973 tot instelling van een Hoge Raad voor de Antropogenetica (BS 16.08.2013).

¹⁶ Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen artikel 33, §2: “Overeenkomstig de wettelijke bepalingen ter zake worden die verstrekkingen verricht in laboratoria die tot de erkende centra voor antropogenetica behoren,

opstellen van een jaarrapport (§7), het registreren van de terugbetaalbare prestaties (§9), het opstellen van een handboek voor een diagnostische oppuntstelling (§10) enzovoort overneemt, is nog niet geregeld. De FOD Volksgezondheid zal een “College voor menselijke erfelijkheid” oprichten ter vervanging van de nu afgeschafte Hoge Raad voor Antropogenetica. Dit is enigszins verwonderlijk, want sinds 1999 werd er een reeks van dergelijke colleges opgericht¹⁷, zoals het college voor pediatrie, oncologie, reproductieve geneeskunde, geriatrie, intensieve zorg... maar na enkele jaren verzwakte hun activiteit. Zal de creatie van een College voor menselijke erfelijkheid een aantal ingedommelde colleges nieuw leven inblazen?

Ondertussen bereiden de genetici een ontwerp van ministerieel besluit voor om de beroepstitel van arts-specialist in de genetica te laten erkennen. Vijf jaar geleden werd al een dergelijk project in de ‘werkgroep titels’ van de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen ingediend. Het ontwerp was dusdanig breed opgevat dat klinisch biologen en patholoog-anatomen gewoon overbodig werden. De toenmalige ontwerpers van het ministerieel besluit arts-specialist in de genetica namen quasi alle elementen van die beide disciplines over en voegden er genetica in de ruimste zin van het woord aan toe. De werkgroep zond het ontwerp toen terug naar af. Het wordt nu opnieuw uitkijken in de (werkgroep van de) Hoge Raad! Zeker in de context van de nieuwe rage, geïnduceerd door het Kenniscentrum, dat quasi alle kankers in enkele centra zullen moeten geconcentreerd worden¹⁸.

3.2. In 2014: welke toekomst voor de artsen-klinisch biologen?

3.2.1. Inleiding

Onze beroepsvereniging ontving een schrijven van Dr. Michel Langlois, voorzitter van de Belgische Vereniging voor Klinische Chemie hieromtrent. Een citaat hieruit:

‘...De wetenschappelijke vertegenwoordiging van onze professie is sterk versnipperd en dit verzwakt onze positie. Er zijn nu twee wetenschappelijke verenigingen voor de klinische biologie, de BVKC¹⁹ en de BVKB²⁰. De BVKC is nationaal vertegenwoordiger voor IFCC en EFLM, resp. de International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine en de European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine. Er is nu een werkgroep opgericht voor fusie van de BVKC en BVKB in één Belgische Vereniging voor Laboratoriumgeneeskunde. Overleg is bezig en dit moet resulteren in een sterke wetenschappelijke en jobinhoudelijke vertegenwoordiging van onze professie, met verdediging van het belang van de medische meerwaarde van de klinisch bioloog, pre-analytisch testadvies en post-analytische counseling, méér dan analytische dataproductie...’

en zijn ze voorbehouden voor de geneesheren die door de Minister, die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, gemachtigd zijn om ze te verrichten.”

¹⁷ KB van 15.02.1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen (BS 25.03.1999).

¹⁸ “Organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker”. KCE Rapport 219, 10.02.2014.

¹⁹ Belgische Vereniging voor Klinische Biologie vzw, afgekort: BVKB vzw in het Nederlands, Société Belge de Biologie Clinique asbl, afgekort: SBBC asbl in het Frans en Belgian Society for Clinical Biology, afgekort: BSCB in het Engels.

²⁰ Belgische Vereniging voor Klinische Chemie vzw, afgekort BVKC; Société Belge de Chimie Clinique asbl, afgekort SBCC; Belgian Society of Clinical Chemistry, afgekort BSCC.

De beroepsvereniging is verheugd dat een integratie van de diverse wetenschappelijke verenigingen wordt voorbereid. Best zou hier nog een stap verder worden gezet, waarbij ook de verenigingen die zich met transfusie, microbiologie, flow cytometrie, coagulatie e.d. bezighouden bij dit proces worden betrokken, met de bedoeling met één stem te spreken namens de laboratoriumgeneeskunde.

Dit sluit allemaal naadloos aan bij de discussie omtrent de jobinvulling van een arts-klinisch bioloog in een klinisch laboratorium. Iedereen is het erover eens dat de klinische aspecten van de job dienen benadrukt te worden, ook om jonge artsen te motiveren om aan de opleiding te beginnen. Bloedtransfusie, IVF, antibioticabeleid, Travel Clinic met o.m. vaccinatie consultaties ... zijn allemaal voorbeelden van klinische aspecten van laboratoriumgeneeskunde. Het blijft dan ook betreurenswaardig dat de hemovigilantiecel van de FOD Volksgezondheid niet wordt voorgezeten door een klinisch bioloog.

Samen met collega Ludo Marcelis, één van onze twee afgevaardigden bij de UEMS sectie biopathologie, werd onderstaande tekst voorbereid die ter discussie aan de algemene ledenvergadering wordt voorgelegd:

3.2.2. Bedreigingen en uitdagingen voor artsen klinisch-biologen

3.2.2.1. De gezondheidszorg onder druk

De Gezondheidszorg kende een enorme explosie de laatste twintig tot dertig jaar. Door de exponentieel toegenomen medische kennis enerzijds en de razendsnelle technologische evolutie anderzijds zijn de diagnostische en therapeutische mogelijkheden binnen de gezondheidszorg op een nog nooit geziene wijze toegenomen.

Tegelijk met de gestegen welvaart in de Westerse wereld (en daarbuiten) zijn hiermee de verwachtingen van de Westerse bevolking enorm toegenomen. Dit werd versterkt door de demografische evolutie, waarbij ook op oudere leeftijd een uitstekende gezondheid de norm is geworden.

In België leidde dit tot een zeer goed uitgebouwd gezondheidssysteem met enerzijds een hoge kwaliteit en anderzijds een grote toegankelijkheid tot deze gezondheidszorg voor de patiënt en een hoge patiënttevredenheid (zie laatste rapport van Eurohealth Consumer Index (2013)). Tezamen hiermee stegen echter de kosten van onze gezondheidszorg eveneens exponentieel. Dit zette de uitgaven van de overheid onder grote druk.

Sinds midden de jaren 80 van de vorige eeuw ondernam de overheid dan ook pogingen om de kost van de gezondheidszorg onder controle te krijgen. Dit werd versterkt door de financiële crisis van 2008 en de “Great Recession” die hierop volgde, en door de “vermarkting” van de gezondheidszorg, mede onder Europese druk.

Deze evoluties worden nergens zo goed weerspiegeld als in de laboratoriumgeneeskunde. Enerzijds was er een enorme uitbreiding van het testportfolio en het toenemend belang van de laboratoriumgeneeskunde in preventie, diagnose en therapie (S. Misbah et al, 2012; D. Unsworth et al, 2012; P. Epner et al, 2013), maar anderzijds werd geen enkele tak van de geneeskunde zo geïsoleerd als de laboratoriumgeneeskunde, met invoering van een enveloppesysteem, gesloten budget en het meer en meer afwentelen van de kosten op de patiënt omdat de overheid weigert bijkomende budgetten ter beschikking te stellen om nieuwe tests

terug te betalen. Nergens in de geneeskunde werd de vermarkting duidelijker, met grote internationale commerciële groepen die hun intrede deden in de Belgische laboratoriumgeneeskunde.

Onder druk van bovengenoemde evoluties dienen ook in de laboratoriumgeneeskunde keuzes te worden gemaakt. Daarnaast wordt soms de indruk gecreëerd dat laboratoria alleen nog bestaan uit louter 'high tech' autonome machines waarbij de inbreng van een geneesheer-bioloog overbodig wordt of is²¹. Die twee vaststellingen zijn een bedreiging voor het beroep, dat desondanks een belangrijke inbreng heeft in adequate diagnostiek (cf. supra).

De vraag dient dan ook gesteld te worden wat de rol is van de arts-klinisch bioloog en hoe deze zich moet aanpassen aan de sterk gewijzigde omgeving om in de toekomst nog zijn echte rol te spelen. Hierop wordt ingegaan in de volgende paragrafen.

3.2.2.2. Een nieuwe benadering van laboratoriumgeneeskunde

Wat is het aandeel van de laboratoriumgeneeskunde in de kwaliteit van de geleverde zorg? Laboratoria zijn een speerpunt in het ontwikkelen van kwaliteitssystemen binnen de gezondheidszorg. Als eerste en lange tijd enige tak binnen de geneeskunde is het hebben van een kwaliteitssysteem sinds vele jaren een vereiste om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming van het RIZIV. Recent werd een accreditatie volgens de internationale kwaliteitsnorm ISO 15189 een vereiste voor terugbetaling van sommige prestaties.

Het is echter veel moeilijker om aan te tonen wat het aandeel is van de laboratoriumgeneeskunde en van de laboratoriumarts in het bijzonder in de kwaliteit van de geleverde zorg aan de patiënt (D. Unsworth et al, 2012; P. Epner et al, 2013). Een nieuwe, outcome-based benadering van de laboratoriumgeneeskunde is dan ook dringend nodig, een taak die door de diverse wetenschappelijke verenigingen dient opgenomen te worden.

3.2.2.3. De nieuwe rol van de laboratoriumarts

3.2.2.3.1. Laboratoriumgeneeskunde als klinische dienstverlening

In het dagelijkse zorgbeleid als typische frontoffice-opdracht wordt de klinisch bioloog van het klinisch ziekenhuislaboratorium in steeds toenemende frequentie met dagelijkse vragen om uitleg, om adviezen, om gewenste gezamenlijke besprekingen van laboratoriumresultaten in het kader van patiëntenzorg voor complexe en ernstige pathologie geconfronteerd. Typische voorbeelden zijn de diensten hemato-oncologie en het oncologisch dagziekenhuis (met hoge mate van urgentie), intensieve zorg met urgente adviezen inzake antibioticabeleid, infectiologie en epidemiologie, hemodialyse, geriatrie, endocrinologie, gynaecologie (en IVF voor de centra die er voor erkend zijn).

Door verregaande subspecialisatie levert de klinisch bioloog een echte meerwaarde in klinische dienstverlening. De arts-klinisch bioloog-microbioloog werd de expert in antibioticatherapie en resistentiebestrijding.

²¹ De Tijd; artikelenreeks over de ziekenhuizen; 21-24.10.2013. Letterlijk citaat: "Vijftig jaar geleden was een klinisch labo intensief. Je moest voor elk onderzoek 'een kweekje' maken. Nu gebeuren de testen volledig door een robot, die bloedstalen schudt en test, en vervolgens een papiertje afprint met de resultaten. De cijfers die de normen overschrijden, staan vaak al geprint in het rood." (sic).

De klinisch biologen in het ziekenhuis worden, al naargelang hun competentie, zeer dikwijls en quasi automatisch betrokken bij de diverse comités, commissies en werkgroepen, die volgens de huidige ziekenhuiswetgeving in de instelling actief moeten zijn. Bekende voorbeelden zijn het comité voor ziekenhuishygiëne, het bloedtransfusiecomité, de werkgroep antibioticabeleid... Ook in niet wettelijk verplichte commissies doet men graag een beroep op de deskundigheid van klinisch biologen, vb. in een informaticacommissie. De functie van klinisch bioloog is sterk verankerd in het ziekenhuisbeleid en artsen-klinisch biologen zijn actief betrokken bij infectiebestrijding, bloedbevoorrading enzovoort. Gelijkaardige opdrachten worden vervuld in de rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen waarmee het ziekenhuis samenwerkt.

In besparingstijden wordt 'evidence based medicine' steeds belangrijker en is het noodzakelijk om aan de klinisch bioloog advies te vragen om met een minimum aan tests een maximum aan diagnostische informatie te verkrijgen. Dergelijke oefeningen zijn ook noodzakelijk ter voorbereiding van pathologiefinanciering.

3.2.2.3.2. Naar een cluster-laboratoriumgeneeskunde

Na jarenlang te zijn uit elkaar gegroeid onder invloed van de nomenclatuur en de creatie van bijkomende beroepstitels, waardoor laboratoria in meerdere delen werden uitgesplitst, zijn de diagnostische platformen stilaan begonnen aan een ontegensprekelijke tegenbeweging. Automatisering in microbiologie doet haar intrede. Virologische en chemische parameters worden naast elkaar gehanteerd op hetzelfde platform. In de moleculaire biologie worden DNA/RNA extractors gebruikt voor zowel microbiologische, hematologische, oncopathologische als genetische tests.

Daardoor ontstaat de nood aan herintegratie van de diverse sublaboratoria, waardoor de dure apparaten kostenefficiënt kunnen worden gebruikt. Een persoon met visie dient deze herintegratie in goede banen te leiden en de arts-klinisch bioloog is daarvoor de aangewezen persoon. Daarenboven lijkt het onomkeerbaar dat pathologen en klinisch biologen samenwerken in de oncologische diagnostiek. Ook genetische tests (die technisch zeer sterk lijken op de moleculaire tests in de klinische labs) zullen in de nabije toekomst routinematig kunnen worden uitgevoerd in de klinische laboratoria. Dat moet kunnen via nieuwe nomenclatuur of via het openstellen van gedeelten van de bestaande genetische nomenclatuur voor artsen-klinisch biologen. Dit zal, gezien de technologische revolutie, aan lagere honoraria kunnen dan de huidige door de centra voor menselijke erfelijkheid gehanteerde honoraria. Voor de overheid kan dit een besparing opleveren. Een patiënt met een familiaal belaste anamnese voor hart- en vaatziekten of kanker zal wellicht routinematig genetisch worden gescreend op risicofactoren, vooraleer hij biochemisch zal worden opgevolgd met routinetests, zoals bijvoorbeeld regelmatige cholesterolbepalingen. De arts-klinisch bioloog is de geknipte persoon om dit diagnostisch proces te begeleiden.

3.2.2.3.3. Relatie tussen test en behandeling

In de oncologie ontstaat meer en meer een direct verband tussen testresultaat en behandeling. In bepaalde gevallen wordt de diagnostische test zelfs door het farmaceutisch bedrijf ontwikkeld. De aan- of afwezigheid van een specifieke mutatie in een biopt van een specifieke kanker leidt tot de therapeutische beslissing om een geneesmiddel al dan niet te gaan gebruiken. Gezien de oplopende kostprijs in de oncologie kan op dat moment maximaal aan patiëntselectie worden gedaan, waarbij de diagnostische test voorspelt wie adequaat op een voorgestelde (dure) behandeling zal reageren.

3.2.2.3.4. POCT

Ziekenhuislabs hebben op verschillende afdelingen toestellen voor Point of Care Tests (POCT) onder hun hoede. De klinisch biologen moeten instaan voor de opleiding van de artsen en verplegend personeel van deze POCT's, en voor de kwaliteitscontrole, en moeten toezicht houden op het correct gebruik van deze toestellen. Het valt te voorzien dat POC-tests nog zullen toenemen, voornamelijk in de 'real time' stollingsmonitoring in de cathlabs en in de continue monitoring van diverse bloedwaarden bij patiënten op intensieve zorg. De rol van de klinisch bioloog is hier essentieel, zowel als kwaliteits- als als kostenbewaker. Daarnaast dient hij/zij in te staan voor de opmaak van de 'standing orders' met de clinici teneinde te voldoen aan de RIZIV-wetgeving.

Daarenboven zit internetverkoop van allerhande POC-tests in de lift en promoot zelfs de overheid het gebruik van POC-tests, zoals recent bleek op de persconferentie van minister Onkelinx over haar HIV-plan. Een klinisch bioloog is de aangewezen adviserend persoon omtrent het al dan niet implementeren van POC-tests in screeningsonderzoeken. Zoals in de Verenigde Staten dient het gebruik van POC-tests gesuperviseerd te worden vanuit een erkend klinisch laboratorium, dat instaat voor de kwaliteitscontrole, evaluatie en opleiding.

3.2.2.3.5. Nieuwe ontwikkelingen

Door de vooruitgang in de biotechnologie zijn er volop uitdagingen voor de diagnostische labs. Nieuwe diagnostische tests, zoals het opsporen van microRNA's (belangrijk in de posttranscriptie) die een diagnostische waarde hebben in het opsporen van kanker, zijn nu reeds in ontwikkeling. Daarnaast leidt de boomende biotechnologie-industrie (Cardio3 BioSciences, TiGenix, Ablynx, Thrombogenics, Biocartis...) wellicht tot nieuwe testprofielen waarbij de klinische labs zullen instaan voor een aantal ondersteunende onderzoeken indien de diverse researchprojecten van deze bedrijven tot in vivo therapeutische oplossingen leiden. Door zijn achtergrond en opleiding is de geneesheer-bioloog ideaal geplaatst om deze nieuwe ontwikkelingen te duiden en een juiste plaats te geven binnen het laboratorium. Toegang verwerven tot genetische nomenclatuur wordt de grootste uitdaging.

3.2.3. Besluit

De arts-specialist in de klinische biologie staat voor uitdagende tijden: zij/hij mag zich niet beperken tot het consolideren van haar/zijn plaats, maar krijgt de kans om meer impact te verwerven bij het voorstellen en interpreteren van diagnostische tests ten overstaan van de clinicus. Zij/hij kan een voortrekker zijn in de herintegratie van de sublaboratoria. Door up-to-date kennis te blijven verwerven over de ontwikkeling van nieuwe diagnostische (al dan niet POC) tests gaat het beroep van arts-klinisch bioloog ongetwijfeld een boeiende toekomst tegemoet. Het is van essentieel belang dat die nieuwe ontwikkelingen geïntegreerd worden binnen het klinisch laboratorium, inclusief de moleculaire biologie en genetische tests. Het hoeft geen betoog dat de arts-klinisch bioloog hierbij in team zal samenwerken met zijn collega's apothekers-klinisch biologen.

De wetenschappelijke verenigingen spelen in deze evolutie een belangrijke rol om de laboratoriumgeneeskunde verder wetenschappelijk te onderbouwen.

Referenties

Misbah SA, Kokkinou V, Jeffery K, et al. *The role of the physician in laboratory medicine: a European perspective. J Clin Pathol Published Online First: 7 December 2012 doi:10.1136/jclinpath-2012-201042*

David J Unsworth and Robert J Lock. *Consultant leaders and delivery of high quality pathology services. J Clin Pathol 2013 66: 361*

Paul L Epner, Janet E Gans and Mark L Graber. *When diagnostic testing leads to harm: a new outcomes-based approach for laboratory medicine. BMJ Qual Saf 2013 22: ii6-ii10 originally published online August 16, 2013 doi: 10.1136/bmjqs-2012-001621*

3.3 Evolutie in het aantal laboratoria en zorgverstrekkers

Tijdens de zitting van de Commissie klinische biologie van 12.02.2014 heeft Dr. sc. Philippe Van de Walle, diensthoofd kwaliteit van medische laboratoria bij het WIV, de meest recente cijfers bekendgemaakt van het aantal laboratoria, de activiteitencentra, het aantal klinisch biologen en medewerkers per laboratorium et cetera.

Aantal centrale laboratoria (CL) en activiteitencentra (AC)

	CL			AC		
	03/2010	01/2013	02/2014	03/2010	03/2013	03/2014
VLAAMS GEWEST	92	80	79	128	119	115
BRUSSELS GEWEST	16	16	16	25	26	26
WAALS GEWEST	60	53	52	86	74	72
NATIONAAL	168	149	147	239	219	213

Bron: Statistisch Jaarrapport versie 12.02.2014
WIV Commissie klinische biologie 12.02.2014

Tabel 1

De gestage achteruitgang van het aantal laboratoria en activiteitencentra gaat dus verder, behalve in Brussel. Het tempo lijkt wat afgezwakt.

3.4. Financiële analyse klinische biologie in België 2013 (Dr. A. Derom)

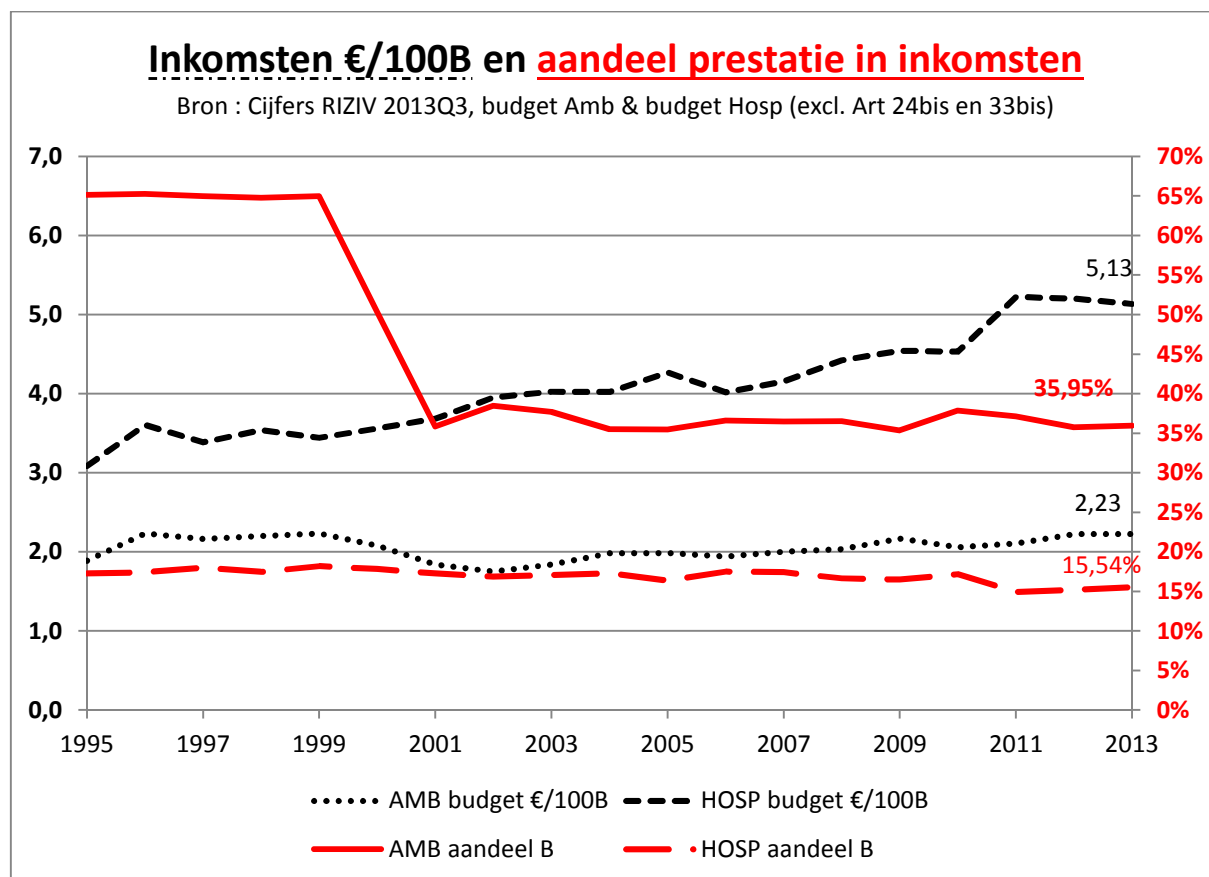
Als we de prestaties klinische biologie uit artikel 3, 18 en 24 bekijken (dus exclusief artikel 24bis en 33bis) met hun bijbehorende forfaitaire honoraria, komen we tot de volgende vaststellingen voor de geëxtrapoleerde cijfers van 2013 (gebaseerd op de cijfers van de RIZIV-situatie 2013 Q3).

Er werden in het ambulante budget 28,726 miljard B's gepresteerd (0,29 % minder dan in 2012) en in het budget 'opgenomen patiënten' 11,571 miljard B's (0,40 % meer dan in 2012). Die prestaties kostten het RIZIV respectievelijk € 229,83 en 92,32 miljoen (dus zonder het forfaitaire aandeel). Als we de cijfers bekijken inclusief de

onderscheiden forfaitaire honoraria (maar zonder de BIS-artikels), dan kostte dit aan het RIZIV respectievelijk € 639,33 en € 594,17 miljoen.

Als we deze cijfers anders bekijken, dan bedragen de kosten voor het RIZIV voor 100 gepresteerde B € 2,23 in het ambulante budget en €5,13 in het budget 'opgenomen patiënten'. Globaal is dit € 3,06. Het aandeel van uitgaven gerelateerd aan de prestaties in het ambulante budget bedraagt 35,95 % en in het budget 'opgenomen patiënten' 15,54 %.

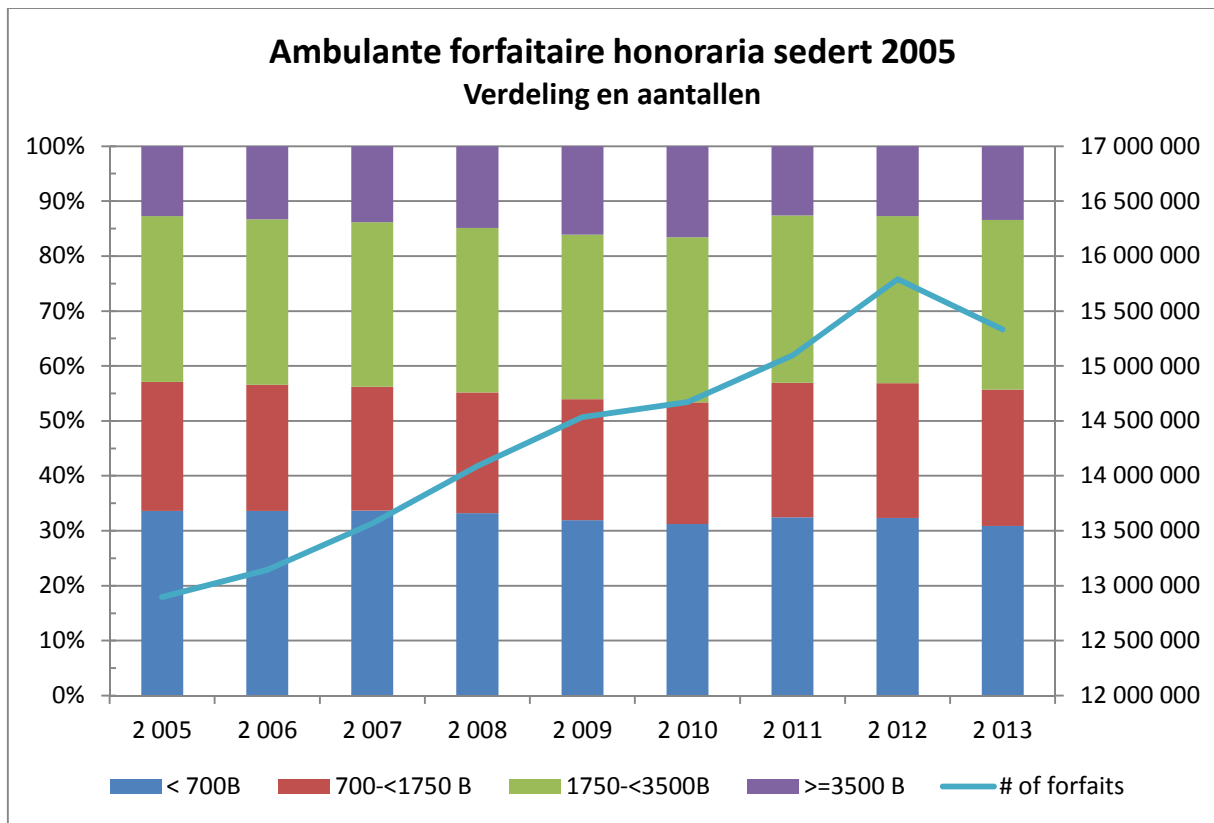
Globaal bedraagt het aandeel van de terugbetaling door het RIZIV dat gerelateerd is aan de prestatie 26,12 %.



Figuur 1

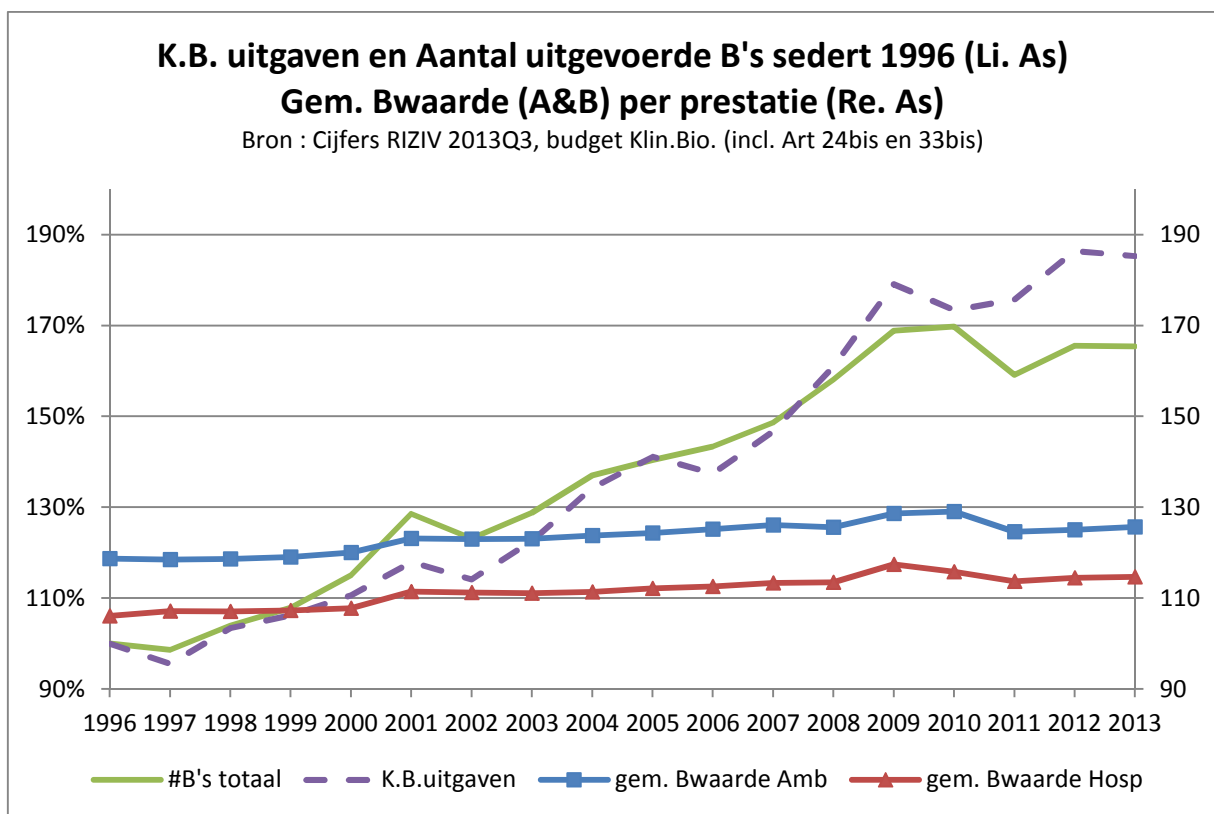
In 2013 heeft zich voor het eerst een trendbreuk afgetekend. Daar waar sedert 2005 het aantal, gecorrigeerde, ambulante forfaitaire honoraria jaar in, jaar uit bleef stijgen, stelt men in 2013 een daling met 2,90 % vast. Ook het aantal aangerekende forfaitaire honoraria in het budget voor opgenomen patiënten daalde met 1,33 %. Als men ziet dat het aantal prestaties voor ambulante patiënten met "slechts" 0,79 % is gedaald en voor de opgenomen patiënten met 0,24 % is gestegen, kunnen we daaruit besluiten dat de voorschrijvers per "eenheid van forfaitair honorarium" nog steeds jaar na jaar niet enkel meer, maar ook duurdere analyses blijven voorschrijven.

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



Figuur 2

De historische trend van een gelijkmatige jaarlijkse lichte stijging van de gemiddelde B-waarde blijft stabiel (met de logische uitzondering van de periode vlak na de Task-Force herwaardering eind 2010).



Figuur 3

Het jaar 2013 vertoont nog meldenswaardige elementen bij deze analyse. Origineel was er (incl. artikel 24bis en 33bis) een totaalbudget klinische biologie voorzien van € 1.284,419 miljoen (€ 665,626 ambulante en € 618,897 gehospitaliseerd). In de loop van 2013 heeft de overheid, tegen de afspraken van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 23.01.2013 in, unilateraal bijkomende besparingen opgelegd.

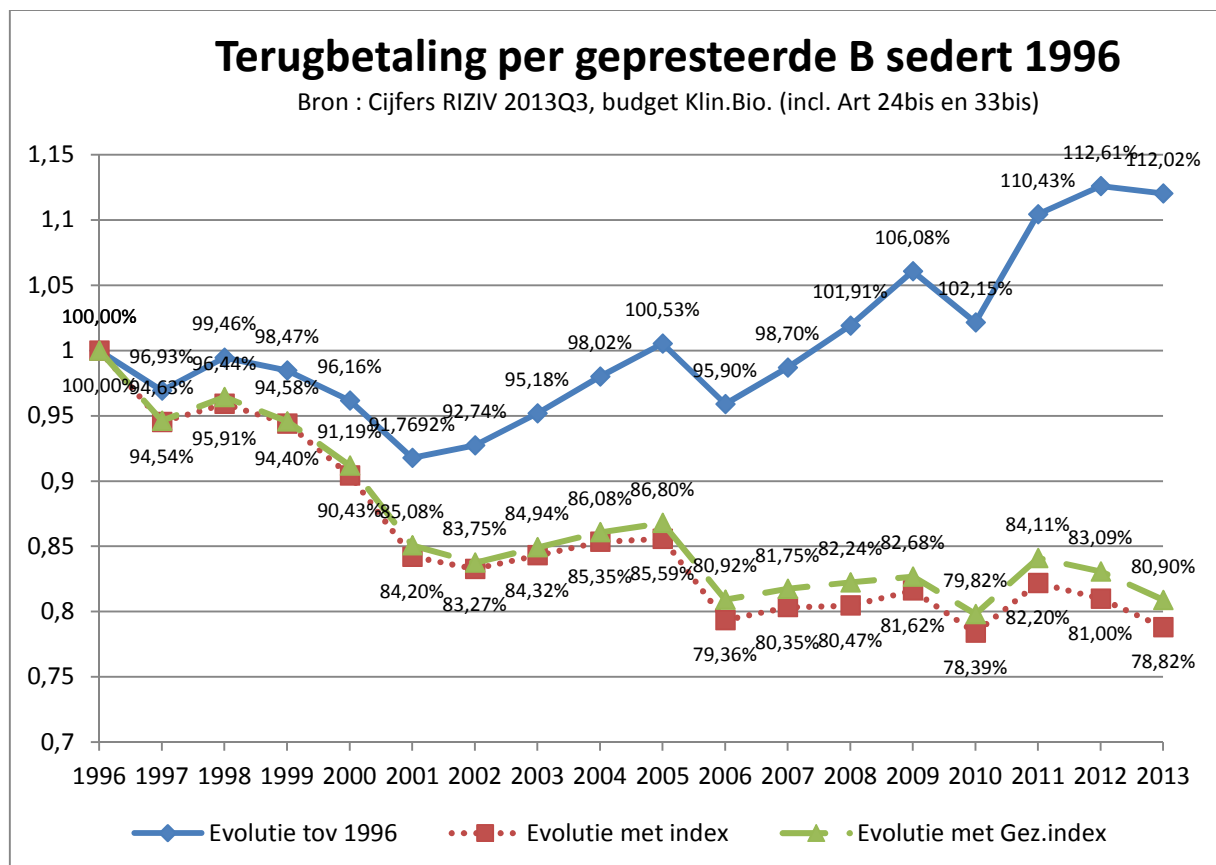
De overheid besliste om op jaarbasis € 32,684 miljoen te besparen en om deze maatregel al toe te passen vanaf de laatste 4 maanden van 2013. Zodoende daalde het totaalbudget tot € 1.273,524 miljoen. Het ware België niet als bepaalde groeperingen niet hadden opgeroepen om 32,684 gelijk te stellen aan 47,851 min 15,167. Aldus is er beslist om op jaarbasis € 47,851 miljoen te besparen in het ambulante budget en € 15,167 miljoen te herinjecteren in het budget 'opgenomen patiënten'. Verrekend over vier maanden 2013 betekent dit € 15,950 miljoen minder in het ambulante budget en € 5,056 miljoen meer in het budget voor opgenomen patiënten, om zo de deelbudgetten klinische biologie van 2013 te brengen naar € 649,676 miljoen ambulante en € 623,953 miljoen voor opgenomen patiënten.

Er was vooropgesteld om deze besparing via een daling met 9 % van de terugbetaling van de ambulante forfaitaire honoraria per voorschrift te laten ingaan op 1 september 2013. Door administratieve vertragingen ging die besparing in het ambulante budget pas in voege op 01.11.2013, terwijl de herinjectering in het budget voor de opgenomen patiënten vooralsnog niet van toepassing is.

Als we naar de hoger vernoemde geëxtrapoleerde uitgaven 2013 van het RIZIV kijken (waar dus nog geen spoor is van de tariefdalingen sedert 1 november 2013), dan zien we een totaaluitgave in het ambulante budget van € 649,589 miljoen en € 597,606 miljoen in het budget voor opgenomen patiënten.

Merk dus op dat de geëxtrapoleerde cijfers zonder enige vorm van vermindering van de forfaitaire honoraria al een overschot vertoonden van € 87.000 op het verlaagde budget van € 649,676 miljoen. Waren deze besparingsmaatregelen dan niet overbodig, zoals de sector steeds verkondigd heeft?

We merken bovendien op dat de gemiddelde terugbetaling per B in 2013 opnieuw gedaald is en dat we ten opzichte van 1996, rekening houdend met de gezondheidsindex, een koopkrachtverlies vaststellen van 21,18%.



Figuur 4

De prestaties uit artikel 18 (RIA) blijven fors dalen (meer dan 40 % daling sedert 2010). Zij vertegenwoordigen nu nog maar 0,27 % van de uitgaven. Bijna een kwart van dit budget gaat naar Vitamine D (16,42 %) en TSH-receptor antistoffen (7,5 %). Er wordt echter bijna 14 keer meer vitamine D bepaald via art 24.

Even inzoomen op artikel 24 bis toont dat dit artikel in 2013 voor 9,15% meer uitgaven gezorgd heeft dan in 2012 en 27,93 % meer dan in 2010. Artikel 33bis toont dat er in 2013 14,86 % meer uitgaven waren dan in 2012 en 68,03% meer dan in 2010.

We vermelden ten slotte dat de voorziene budgetten voor 2014 in de ambulante sector € 656,244 miljoen en voor de opgenomen patiënten € 624,146 miljoen bedragen, samen goed voor € 1.280,390 miljoen.

3.5. Besluit

Ook 2014 lijkt weer een uitdagend jaar te worden.

De groeiende tweespalt binnen de professie dient in deze tijden van budgettaire krapte zo snel mogelijk een halt te worden toegeroepen.

Op administratieve vereenvoudiging kunnen we niet rekenen in 2014. De omzetting van het ruim 20 jaar oude erkenningsbesluit van de medisch laboratorium

technologen²² naar het verwerven van een vergunning om als MLT te mogen werken wekt veel beroering en zal veel administratief gepuzzel vergen. Alle personen die met de wet niet in orde zijn moeten zich registreren vóór 02.12.2014²³. Ze kunnen dan nog 5 jaar voortwerken zonder vergunning (maar van velen onder hen wordt er verwacht dat ze een bijkomende opleiding tot MLT zouden volgen). Op die manier kan eventueel tijd worden gekocht.

Er werden al contacten gelegd op het kabinet-Onkelinx en bij de FOD Volksgezondheid om een aanvaardbare oplossing te zoeken voor de vele medewerkers in onze klinische laboratoria die niet aan de regelgeving voldoen, zoals de Farmaceutische en Biologische Laboratoriumtechnologen (FBT's) maar blijkbaar zal dit probleem naar de volgende regering worden doorgeschoven.

Waarom andere, uiteraard wetenschappelijk geschoolde, medewerkers niet mogen werken in een medisch lab blijft ons een raadsel, tenzij het natuurlijk louter om een protectionistische reflex gaat vanwege de MLT's.

Ten slotte komt meer en meer de ethische reflectie kijken in onze discipline. De moleculaire diagnostiek en de genetica openen niet alleen de poort van een geïndividualiseerde gezondheidszorg met vb. op maat voorgeschreven medicatie bij oncologische patiënten, maar creëren meteen ook de mogelijkheid van eugenetische toepassingen. De NIPT (niet-invasieve prenatale tests) voor de prenatale opsporing van Down heeft al heel wat inkt doen vloeien in de media. Ook die laboratoriumtest zullen we in 2014 moeten bediscussiëren, na publicatie van een KCE-rapport dat hierover in de maak is.

Uw secretaris,

Dr. Henk Louagie

²² KB van 02.06.1993 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van medisch laboratorium technoloog en houdende vaststelling van de lijst van handelingen waarmee deze laatste door een arts kan worden belast (BS 10.07.1993). Het opschrift van dit KB werd door het KB van 04.07.2001 vervangen door het opschrift "KB betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog".

²³ KB van 07.11.2013 tot vaststelling van de datum van het inwerkingtreden van de artikelen 177, 179 en 180 van de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 12.12.2013): "Artikel 1: De artikelen 177, 179 en 180 van de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen treden in werking, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog zoals bedoeld in het KB van 2 juni 1993 betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog, op 1 december 2013."

KB van 07.11.2013 tot vaststelling van de datum van het inwerkingtreden van het koninklijk besluit van 18 november 2004 betreffende de erkenning van de beoefenaars van de paramedische beroepen, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 12.12.2013): "Artikel 1: Het koninklijk besluit van 18 november 2004 betreffende de erkenning van de beoefenaars van de paramedische beroepen treedt in werking, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 2 juni 1993 betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog, op 2 december 2013."

KB van 07.11.2013 tot vaststelling van de datum van het inwerkingtreden van artikel 3 van de wet van 24 november 2004 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 12.12.2013): "Artikel 1: Artikel 3 van de wet van 24 november 2004 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg treedt in werking, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog zoals bedoeld in het KB van 2 juni 1993 betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog, op 2 december 2013."

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

De algemene vergadering keurt de rekeningen van 2013 unaniem goed en verleent het bestuurscomité er unaniem kwijting van.

Gezien de gunstige financiële toestand stelt de penningmeester voor de jaarlijkse bijdrage van de gewone leden van onze Beroepsvereniging voor 2014 op € 248,00 te behouden, met de gewoonlijke reducties voor de assistent-geneesheren (€ 25,00), starters (€ 125,00) en gepensioneerden (€ 75,00). De algemene vergadering keurt het voorstel van de penningmeester unaniem goed.

5. Verkiezing ondervoorzitter en 3 raadgevers

Met unanimiteit van de stemmen wordt uit de ingediende kandidaturen Dr. Michel LIEVENS verkozen als ondervoorzitter en worden de Drs. Alain DEROM, Jean-Marc MINON en Pieter VERMEERSCH verkozen als raadgevers.

6. Bespreking van het verslag van de secretaris

Er wordt aandacht besteed aan de budgettaire toestand, met aandacht voor het feit dat het aandeel van de patiënt in de gezondheidsrekening steeds verder toeneemt (in België 25% volgens de OESO).

De integratie van de verschillende verenigingen die zich bezighouden met laboratoriumgeneeskunde wordt toegejuicht. Misschien kunnen we uiteindelijk eindigen met één Belgische Vereniging voor Laboratoriumgeneeskunde die de verschillende verenigingen overkoepelt.

Het ontwerp van wet op de transparantie wordt besproken. Oorspronkelijk stelde het wetsontwerp dat klinisch biologen, genetici en patholoog-anatomen onder geen beding nog ereloonsupplementen zouden mogen aanrekenen. Het foute uitgangspunt van de wetgever was dat deze artsen geen patiëntencontacten hebben en dat patiënten deze artsen ook niet kiezen. Door lobbywerk van de BVAS werd ten slotte verkregen dat er advies moet worden gevraagd aan de Medicomut over de modaliteiten van het eventueel aanrekenen van een supplement door deze disciplines.

De problematiek van de beroepserkenning van de medisch laboratorium technoloog (MLT) wordt nogmaals geschetst. Het blijft spijtig dat andere wetenschappelijk geschoolde medewerkers op die manier de toegang wordt ontzegd tot prestaties in de laboratoria klinische biologie die hen werden toevertrouwd door de arts-bioloog en die voor terugbetaling door het RIZIV in aanmerking komen. Het wordt pure Kafka als we zien dat deze terugbetaling in de genetische en pathologische laboratoria wel mogelijk zou zijn, doordat in het erkenningsbesluit van de laboratoria pathologische anatomie niet verwezen wordt naar het besluit over de MLT's van 02.06.1993 en doordat er voor de labs genetica momenteel nog geen erkenningsbesluit bestaat. Erkenning van de labs staat gelijk met de mogelijkheid tot terugbetaling door het RIZIV.

De MLT's gaan echter verder: los van de erkenning van de labs en de terugbetaling door het RIZIV stellen zij dat de laboratoriummedewerkers zonder beroepserkenning

geen enkele activiteit mogen uitvoeren die wordt opgesomd in de bijlagen bij het KB van 02.06.1993. Laboratoriummedewerkers die al jaren actief zijn zowel in labs menselijke erfelijkheid, pathologische anatomie als klinische biologie zouden dus hun beroep moeten stoppen, wat onoverkomelijke problemen zou meebrengen voor het in stand houden van de gezondheidszorg.

De omzetting van het ruim 20 jaar oude erkenningsbesluit van de medisch laboratorium technologen²⁴ naar het verwerven van een vergunning om als MLT te mogen werken wekt veel beroering en zal veel administratief gepuzzel vergen. Alle personen die niet met de wet in orde zijn, moeten zich registreren vóór 02.12.2014²⁵. Ze kunnen dan nog 5 jaar voortwerken zonder vergunning (maar ze worden actueel dan wel nog verondersteld de opleiding tot MLT te volgen). Op die manier kan eventueel tijd gekocht worden.

Er werden al contacten gelegd met het kabinet-Onkelinx²⁶ en met de administratie van de FOD Volksgezondheid om een aanvaardbare oplossing te zoeken voor de vele medewerkers in onze klinische laboratoria die momenteel niet aan deze regelgeving voldoen. Vooral medewerkers die een diploma als Farmaceutische en Biologische Laboratoriumtechnoloog (FBT's) verwierven, maar ook MLT's wier diploma een andere benaming vermeldt ondervinden moeilijkheden. Blijkbaar zou dit probleem naar de volgende regering worden doorgeschoven, omdat voor een versoepeling van de procedure of voor een verlenging van de overgangstermijn wijzigingen van de bestaande KB's nodig zijn, en die zou de huidige minister niet meer kunnen treffen.

De uitwerking van de transversale criteria voor de erkenning van de artsen-specialisten is goed opgeschoten, maar er is blijvende weerstand vanwege sommige universiteiten, zodat de tijdige publicatie in het gedrang komt. Dat zou betekenen dat het geheel zou worden doorgeschoven naar de volgende regering. De erkenning van de individuele artsen-specialisten wordt ten gevolge van de zesde staatshervorming verschoven naar de deelstaten. Zoals de zaken er nu uitzien, zouden de Franstalige kandidaat-specialisten worden erkend door de Franstalige minister van Onderwijs, terwijl de

²⁴ KB van 02.06.1993 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van medisch laboratorium technoloog en houdende vaststelling van de lijst van handelingen waarmee deze laatste door een arts kan worden belast (BS 10.07.1993). Het opschrift van dit KB werd door het KB van 04.07.2001 vervangen door het opschrift "KB betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog".

²⁵ KB van 07.11.2013 tot vaststelling van de datum van het inwerkingtreden van de artikelen 177, 179 en 180 van de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 12.12.2013): "*Artikel 1: De artikelen 177, 179 en 180 van de wet van 25 januari 1999 houdende sociale bepalingen treden in werking, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog zoals bedoeld in het KB van 2 juni 1993 betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog, op 1 december 2013.*"

KB van 07.11.2013 tot vaststelling van de datum van het inwerkingtreden van het koninklijk besluit van 18 november 2004 betreffende de erkenning van de beoefenaars van de paramedische beroepen, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 12.12.2013): "*Artikel 1: Het koninklijk besluit van 18 november 2004 betreffende de erkenning van de beoefenaars van de paramedische beroepen treedt in werking, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 2 juni 1993 betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog, op 2 december 2013.*"

KB van 07.11.2013 tot vaststelling van de datum van het inwerkingtreden van artikel 3 van de wet van 24 november 2004 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog (BS 12.12.2013): "*Artikel 1: Artikel 3 van de wet van 24 november 2004 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg treedt in werking, voor het beroep van medisch laboratorium technoloog zoals bedoeld in het KB van 2 juni 1993 betreffende het beroep van medisch laboratorium technoloog, op 2 december 2013.*"

²⁶ Ook nadien nog, o.m. ter gelegenheid van een bijeenkomst op het kabinet Onkelinx d.d. 13 maart 2014.

Nederlandstaligen zouden worden erkend door de Vlaamse minister bevoegd voor Volksgezondheid en Welzijn, met een belangrijke inbreng vanwege de Vlaamse minister van Onderwijs. Maar niets is al definitief en alles is nog in bespreking. De administratie van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid zal in de tweede helft van 2014 het personeel van de Gemeenschappen dat de federale taken moet overnemen in haar lokalen (Victor Hortaplein 40, 1060 Brussel) en met haar personeel opleiden.

Ten slotte wordt nog het onderwerp van de bijkomende bekwamingen aangehaald. Vanuit de microbiologen komt wellicht opnieuw een initiatief hieromtrent. Volgens sommige aanwezigen dienen bijvoorbeeld ook de klinisch biologen-hematologen en/of scheikundigen een dergelijk proactief initiatief te nemen. Hoewel daar onder de aanwezigen geen unanimititeit over bestaat, is iedereen het er wel over eens dat de klinische dimensie van ons beroep in dergelijke bijkomende bekwamingen dient benadrukt.

7. Varia

Er zijn geen verdere variapunten.

Dr. H. LOUAGIE
Secretaris

Dr. M. MOENS
Voorzitter

Bijlage: Gelegenheidstoespraak van Dr. M. Moens n.a.v. het bezoek van de UEMS-sectie Biopathologie aan Brussel 14.03.2014

Onze beroepsvereniging was gastheer voor de sectie Biopathologie van de UEMS in Brussel van 13 tot 15 maart 2014.

Ter gelegenheid van het souper dat we onze gasten aanboden op vrijdag 14 maart, hield Dr. Marc Moens onderstaande gelegenheidstoespraak:

Dear Colleagues, Ladies and Gentlemen,

On behalf of the Belgian professional association of medical specialists in biopathology, and of our two delegates at the UEMS Section of Biopathology, Ludo MARCELIS and Jean-Baptiste VANDERPAS, whom you already met earlier today, I welcome you all at the dinner that our professional association is offering you.

I hope you have seen and heard quite some interesting things during your afternoon meeting and your visit this morning to the Franklin tower, where the laboratories of the Saint-Luc Hospital of the Université Catholique de Louvain (UCL) are located, here on the outskirts of Brussels.

Clinical biology is developing rapidly throughout the globe and in all corners of the world governments are searching for measures to reduce expenditure. Not only in laboratory medicine, but in all areas of patient care.

In Belgium for instance, the Healthcare Knowledge Centre or KCE (Kennis Centrum - Centre d'Expertise), an official body advising the government on which policy to apply, has launched two new avenues of reflection:

- Hospitals should be financed through an all-in budget based on a prospective case-based pathology funding. The modalities are still debatable, but as a principle the government wants to get rid of the existing fee for service financing system. In Belgium medical doctors are still paid per act, except for the clinical biologists, who get 75 % of their income by a lump sum payment, and radiologists, who get about 35 % of their income by another kind of lump sum payment. Maybe these two disciplines will serve as a source of inspiration for other hospital specialists.*

- The KCE wants to centralize cancer treatments in a limited number of "centres of excellence". If this happens, a lot of expertise in clinical biology and pathological anatomy will disappear in the 110 Belgian general hospitals. Therefore these regional hospitals and their laboratories are very worried about their future.*

Almost simultaneously the rates for lump sum payment for ambulatory patients were reduced by 9 % as of November 1, 2013, which means a decrease by 6.75% of the payment for ambulatory laboratory medicine. This has led to laboratory managers beginning to dismiss highly qualified and experienced staff. The panel of tests performed is diminishing and it's becoming ever more difficult to ensure quality.

Due to the increasingly extensive capabilities of Point of Care testing (POCT) we observe that some tests are gradually disappearing from the laboratory, not only

towards the various hospital services, but also to the GPs' offices and even further on, to non-medical or non-paramedical staff that is deployed in leisure areas as for example the Antwerp gay scene. Can in such an environment the same quality be guaranteed as in our accredited clinical laboratories?

It's only recently that an ISO standard became mandatory in Belgium for the quality of molecular testing. At this moment, genetic tests are reserved for eight centres, seven of which are university hospitals. On the World Wide Web however, every citizen can order genetic tests. If he pays it out of his own pocket, of course.

In Belgium the use of Non Invasive Prenatal Tests (NIPT) for the detection of trisomy 21, better known to the general public as the Down syndrome, has sparked debate. Some private labs offered the test in early 2013 for 850 €. Quite a few Dutch pregnant women came to an Antwerp laboratory, where their blood was drawn, after which it was shipped to the USA for genetic analysis. In The Netherlands up till now it is forbidden to perform this kind of tests: it is feared that they could lead to eugenic behaviours, such as in China, where the performance of NIP tests has led to far fewer girls being born than boys.

Meanwhile, one of the seven Belgian university genetic centres, which hold the monopoly of human heredity related tests, offers the test for 460 € with no refund. If each of the 115,000 annual pregnancies in Belgium would be monitored with a NIPT at that price, this would incur a cost of nearly 53 million € for the compulsory health insurance. That money is not there. Informally I heard that the government would consider reimbursement if the price were to drop to 170 €.

Gaining access to genetic testing is crucial to safeguard and develop the future of laboratory medicine and clinical laboratories. The Belgian geneticists will not give up their well-protected monopoly position just like that. I wonder how this has been worked out in other European countries.

The scientific representation of our profession in Belgium is highly fragmented. The existing scientific societies for clinical biology have recently started to evolve to one single Belgian Society for Laboratory Medicine. Our professional association supports this initiative.

Together with colleague Ludo Marcelis our professional association has prepared a document encompassing our vision of the future of our profession as physicians-clinical biologists. I would like to highlight the following three points:

- Avoid marketization, we must focus on the clinical context in prevention, diagnosis and therapy, in other words, the clinical components.*
- The physician-clinical biopathologist is much more than the operator of autonomous 'high tech' machines that spew results.*
- Although quite intense and complex, succeeding in an accreditation process for certain services according to the international quality standard ISO 15189 in order to obtain reimbursement for some tests is easier in Belgium (and maybe all over the world) than demonstrating the contribution of laboratory medicine and laboratory physicians to the quality of care delivered to the patient.*

Nevertheless, the following objective must be and remain our main concern: persuading society, including our colleagues, that physicians-clinical biologists have an irreplaceable impact on health.

At the hospital, the physicians-clinical biologists provide services to hospital hygiene, to the blood transfusion and antibiotic policies, to medical informatics... Outside the hospital, physicians-clinical biologists give advice, primarily to prescribing GPs.

Inside the lab, clinical biologists remain fascinated by the possibilities that offers automation in microbiology, virology and molecular biology. The same DNA/RNA extractors can be used for both microbiological, haematological, onco-pathological and genetic testing. We observe a reintegration on the scale of the various sub-laboratories, resulting in a cost-effective use of expensive devices.

I strongly believe that the future of medical biopathology is really bright, but will it be affordable? That's the question.

I wish you a pleasant stay in Brussels and enjoy your dinner!

Dr Marc Moens,

Chairman of the Belgian professional association of medical specialists in biopathology