

Verslag van de secretaris, Dr. Marc MOENS, gegeven ter gelegenheid van de algemene statutaire vergadering van de Belgische beroepsvereniging der geneesheren-specialisten in medische biopathologie van 24.02.2011 in Groot-Bijgaarden

1. Inleiding

Sinds onze vorige algemene statutaire vergadering van 23.02.2010 kwam het bestuurscomité van de Belgische Beroepsvereniging van Geneesheren-Specialisten in de Medische Biopathologie viermaal samen (20.04.2010, 29.06.2010, 26.10.2010 en 18.01.2011).

De goedgekeurde verslagen en andere informatie werden met vijf klassieke circulaires per gewone post aan de leden overgemaakt (08.04.2010, 20.05.2010, 20.07.2010, 05.08.2010 en 16.11.2010). Meer en meer wordt gebruik gemaakt van de elektronische informatie-uitwisseling via de "e-specialist". In 2010 werden zeven e-specialist-edities aan de klinische biologie gewijd:

- Nr. 126 (22.01.2010) i.v.m. nomenclatuur art. 24 § 1 (microbiologie; cf. vorig jaarverslag punt 3.3.8.) en artikel 24 § 9 (kwaliteitsborging; cf. vorig jaarverslag punt 3.3.9.)
- Nr. 137 (18.03.2010) met het ontwerp van jaarverslag van de algemene statutaire vergadering van 23.02.2010
- Nr. 138 (22.03.2010) met een corrigendum van het ontwerp van jaarverslag
- Nr. 158 (14.09.2010) met de trein van € 35 miljoen besparingen in de nomenclatuur
- Nr. 160 (22.09.2010) met de oproep tot kandidatuurstelling als referentiecentrum humane microbiologie
- Nr. 167 (22.11.2010) in verband met de forfaitaire honoraria (artikel 24 §2)
- Nr. 171 (09.12.2010) in verband met de gewijzigde nomenclatuur PSA en het uitstel van de toepassing van de 0,8 FTE arts-klinisch bioloog per erkend lab tot 13.01.2013

De e-specialist biedt het voordeel van de grotere snelheid, maar het nadeel dat er geen zekerheid is dat de informatie de geïnteresseerden ook effectief bereikt. Alle collegae worden immers overspoeld met elektronische berichten en verwijzingen naar te lezen websites. Aan- of weggelijken gebeurt binnen fracties van seconden. De toekomst zal leren welke vorm van informatieoverdracht het beste standhoudt. Als de postbode een brief van de BBGSMB in de bus van een collega gooit, weet het bestuur evenmin of die brief wordt gelezen, maar we speculeren dat het fysieke contact met de briefomslag en zijn inhoud iets intenser is dan de muisklik.

Ondertussen volgt het VBS de twee verschillende informatiestromen, op papier en elektronisch, al naargelang de situatie.

2. Evolutie van het aantal labs en verstrekkers

Tussen de publicatie van het statistisch jaarboek van het WIV-ISP, afdeling klinische biologie, 2008 en dat van 2010 verdwenen er 9 klinische laboratoria (-5 %): 175 erkende labs in 2008 tegenover 166 in 2010 (cf. tabel 1).

Evolutie van het aantal erkende laboratoria klinische biologie

Jaar	Aantal	Jaar	Aantal
1990	748	2000	320
1991	725	2001	278
1992	680	2002	258
1993	630	2003	235
1994	585	2004	185
1995	530	2005	198
1996	496	2006	179
1997	462	2007	170
1998	441	2008	175
1999	359	2010	166

Bron: Documentatie Dr. M. Moens + WIV-ISP Afdeling klinische biologie, 1050 Brussel; statistische jaarboeken 2008 en 2010 Tabel 1

Sinds 1990 verdwijnen er jaarlijks gemiddeld 7,62 % van de erkende laboratoria. Tegen dat constante tempo schieten er in België in 2020 nog ± de helft van de vandaag erkende labs over (81) en in 2060 uiteindelijk nog slechts 3. Hoewel er zeker nog een concentratie te verwachten valt binnen de klinische laboratoria van de kleinere ziekenhuizen, onder meer omwille van de verplichting om te beschikken over 0,8 fulltime arts-klinisch bioloog om erkend te blijven (cf. infra punt 3.1.), zal het verdwijnen van laboratoria ooit moeten stoppen, tenminste als men ook de dienstverlening aan de bevolking wil blijven garanderen. Tezelfdertijd met de vermindering van het aantal erkende labs, stelt men ook de daling met 5 % van het aantal activiteitencentra vast tussen 2008 en 2010 (cf. tabellen 2 en 3)¹.

Aantal laboratoria klinische biologie en activiteitencentra (2008)

	Laboratoria		Totaal aantal activiteitscentra	
	2010	2008	2010	2008
Vlaanderen	92	97	128	135
Brussel	15	17	25	28
Wallonië	59	61	84	86
België	166	175	237	249

Bron: WIV-ISP Afdeling klinische biologie, 1050 Brussel; statistische jaarboeken 2008 en 2010 Tabel 2

¹ Tijdens de vergadering van de Commissie voor klinische biologie d.d. 02.03.2011 werd aan de leden meegedeeld dat het aantal erkende laboratoria voor klinische biologie d.d. 01.03.2011 nog verder gedaald was tot 160 en dat het aantal activiteitencentra verder was verminderd tot 230.

Aantal laboratoria en activiteitencentra 2010 in vergelijking met 2008

	Aantal labs	met 1 AC	met 2 AC's	met 3 AC's	met 4 AC's
Vlaanderen	92 (-5)	64 (-4)	22 (-1)	4 (+1)	2 (-1)
Brussel	15 (-2)	9 (-1)	3 (-1)	2 (=)	1 (=)
Wallonië	59 (-2)	43 (-3)	9 (+1)	4 (=)	3 (=)
België	166 (-9)	116 (-8)	34 (-1)	10 (+1)	6 (-1)

AC = activiteitencentrum

Tabel 3

Bron: WIV-ISP, Afdeling klinische biologie, 1050 Brussel; statistische jaarboeken 2008 en 2010

Wat het aantal en het soort erkenningen betreft (cf. tabel 4) valt op dat het aantal labs dat zich met moleculaire biologie bezighoudt ongewijzigd bleef tussen 2008 en 2010 (46 voor artikel 24bis en 33bis samen) maar dat er in het Vlaams Gewest in 2010 voor artikel 33bis 3 labs minder actief zijn dan in 2008 (van 11 naar 8) en in het Waals Gewest 2 meer (van 3 naar 5).

Zoals we vorig jaar opmerkten dat er geen huisartsen meer zijn die een erkenning als klinisch laboratorium aanvragen voor hun eigen patiënten (maar wel nog een beperkt aantal testen voor hen mogen doen, aan 100 % van het honorarium en zonder deel te moeten nemen aan het kwaliteitsevaluatie programma van het WIV-ISP²) (cf. ook tabel 7), valt het dit jaar op dat het aantal erkende labs die zich enkel bezighouden met microscopische onderzoeken van 10 naar 6 valt. Ook dat soort minilabs zal allicht eerstdaags verdwijnen.

Aantal en soort erkenningen (activiteitencentrum)

	België		Vlaams Gewest		Brussels Gewest		Waals Gewest	
	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008
(totaal aantal AC)	237	249	128	135	24	28	85	86
Chemie	208	222	112	117	21	24	75	81
Chemie - Hormonologie	197	204	101	103	21	22	75	79
Chemie - Toxicologie	196	193	110	101	19	20	67	72
Chemie - Therapeutische monitoring	185	192	98	101	17	19	70	72
Microbiologie en microscopie	175	186	96	99	14	17	65	70
Uitsluitend microscopische onderzoeken	6	10	4	7	1	1	1	2
Infectieuze serologie	182	188	96	100	15	15	71	73
Hematologie	213	224	113	120	21	23	79	81
Hemostase - stolling	201	209	106	112	21	22	74	75
Immunohematologie en niet-infectieuze serologie	203	215	111	116	21	23	71	76
Nucleaire geneeskunde in vitro	107	112	52	54	10	10	45	48
Artikel 24bis*	30	29	14	15	4	4	12	10
Artikel 33bis*	16	17	8	11	3	3	5	3

* met minstens één erkende test

Tabel 4

Bron: WIV-ISP, Afdeling klinische biologie, Statistische jaarboeken 2008 en 2010

Van de 9 erkende laboratoria die verdwenen tussen 2008 en 2010 bevinden er zich qua lokalisatie twee in de ziekenhuissector en zeven in de extramurale sector (cf. tabel 5).

² KB van 31.01.1977 tot bepaling van de verstrekkingen klinische biologie, bedoeld in artikel 63 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

Aantal laboratoria volgens lokalisatie

	in ziekenhuis		in polikliniek		elders		totaal	
	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008
Vlaanderen	57	57	4	4	31	36	92	97
Brussel	10	11	0	0	5	6	15	17
Wallonië	36	37	1	1	22	23	59	61
België	103	105	5	5	58	65	166	175

Bron: WIV-ISP, Afdeling klinische biologie, statistische jaarboeken 2008 en 2010

Tabel 5

Qua aantallen verstrekkers (cf. tabel 6) merken we dat het aantal artsen-klinisch biologen dat een RIZIV-erkenning heeft in 2009 (laatst bekende cijfer in een RIZIV-jaarrapport) exact hetzelfde is als zeven jaar geleden, in 2003: 699 individuen. Wat het aantal artsen-klinisch biologen met een RIZIV-profiel betreft, zitten we op het laagste cijfer ooit sinds mijn 20-jarige registratie: 458 verstrekkers.

Aantal erkende specialisten klinisch biologen versus RIZIV-profielen

	Artsen		Apothekers	
	met profiel ⁽¹⁾	erkend ⁽²⁾	met profiel ⁽¹⁾	erkend ⁽³⁾
1990	495	⁽⁴⁾	452	⁽⁴⁾
1991	494	⁽⁴⁾	443	⁽⁴⁾
1992	492	712	436	⁽⁴⁾
1993	500	685	431	⁽⁴⁾
1994	503	⁽⁴⁾	427	561
1995	517	685	425	570
1996	493	683	417	568
1997	495	686	408	574
1998	496	686	407	569
1999	492	687	391	571
2000	503	691	391	568
2001	489	694	383	578
2002	484	697	378	584
2003	493	699	381	587
2004	491	711	375	583
2005	486	709	376	593
2006	483	711	368	598
2007	475	709	367	595
2008	466	702	388	603
2009*	458	699	⁽⁴⁾	642

*plus 6 gemachtigde en erkende licentiaten in de scheikunde

Tabel 6

(1) tot 2003: document Jo De Cock, administrateur-generaal, Kamer van Volksvertegenwoordigers, 09.11.2004; vanaf 2004: RIZIV-jaarverslagen

(2) volgens de lijsten van de akkoorden artsen-ziekenfondsen en/of de accreditering

(3) volgens de RIZIV-jaarverslagen en (1)

(4) niet teruggevonden

Bij wie de leiding van de klinische laboratoria berust is quasi stabiel gebleven als we 2008 vergelijken met 2010. Van de verdwenen laboratoria werden er verhoudingsgewijze meer geleid door connexisten (- 4) dan door erkende klinisch biologen (-5) (cf. tabel 7).

Laboratorium geleid door... in 2010 i.v.m. 2008

	Vlaanderen			Brussel			Wallonië			België		
	ZH	A	TOT	ZH	A	TOT	ZH	A	TOT	ZH	A	TOT
Arts-bioloog	32 (+1)	7 (-2)	39 (-1)	8 (=)	2 (=)	10 (=)	19 (-2)	11 (=)	30 (2)	59 (-1)	20 (-2)	79 (-3)
Apotheker-bioloog	23 (-1)	21 (-1)	44 (-2)	1 (-1)	2 (=)	3 (-1)	17 (+1)	11 (=)	28 (+1)	41 (-1)	34 (-1)	75 (-2)
Licentiaat bioloog	1 (=)	0 (=)	1 (=)	0 (=)	1 (=)	1 (=)	0 (-1)	1 (=)	1 (-1)	1 (-1)	2 (=)	3 (-1)
Connexist	1 (=)	7 (-2)	8 (-2)	0 (=)	0 (-2)	0 (-2)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	1 (=)	7 (-4)	8 (-4)
Huisarts	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)
Totaal	57 (=)	35 (-5)	92 (-5)	9 (-1)	5 (-2)	14 (-3)	36 (-2)	23 (=)	59 (-2)	102 (-3)	63 (-7)	165 (-10)

ZH = erkend ziekenhuislaboratorium

A = andere erkende laboratoria

TOT = alle erkende laboratoria

Bron: WIV-ISP Afdeling klinische biologie, 1050 Brussel; statistische jaarboeken 2008 en 2010

Tabel 7

Qua aantallen verstrekkers klinisch biologen per erkend lab merken we dat de daling van het aantal labs van 175 naar 166 zich niet voordoet in de categorie van labs met drie klinisch biologen (cf. tabel 8).

Aantal labo's met een aantal verstrekkers

	Vlaanderen		Brussel		Wallonië		België	
	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008
= 1	7	9	0	1	0	0	7	10
= 2	12	13	0	1	10	9	22	23
= 3	25	25	3	3	11	11	39	39
> 3	48	50	12	12	38	41	98	103
Totaal	92	97	15	17	59	61	166	175

Bron: WIV-ISP Afdeling klinische biologie, 1050 Brussel; statistische jaarboeken 2008 en 2010

Tabel 8

Ondanks de blijvende toename van de activiteit inzake klinische biologie en laboratoriumdiagnostiek groeit het personeelsbestand niet mee (cf. tabellen 9 en 10). Het globale aantal personeelsleden (uitgedrukt in fulltime equivalenten) dat door klinisch biologen wordt tewerkgesteld in erkende laboratoria voor klinische biologie wordt door het WIV-ISP in 2010 vastgesteld op 8.635,43 of 1,2 % (105 personeelsleden) minder dan in 2008. Vooral de categorie A2 personeelsleden daalt, allicht wegens natuurlijke afvloei omwille van het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Deze categorie van medewerkers functioneerde meestal op basis van verworven rechten.

Personeel tewerkgesteld door verstrekkers klinisch biologen in erkende laboratoria voor klinische biologie

	universitair	A1	A2	andere	totaal
Vlaanderen	68	3.022,9	384,3	628,98	4.104,18
Brussel	116	855,9	238	248,62	1.458,52
Wallonië	171	1.921,55	479,8	500,38	3.072,73
België	355	5.800,35	1.102,10	1.377,98	8.635,43

Bron: WIV-ISP, Afdeling klinische biologie, statistisch jaarboek 2010

Tabel 9

* Uitgedrukt in fulltime equivalenten

Evolutie 2008/2010 personeel tewerkgesteld door verstrekkers klinisch biologen in erkende laboratoria voor klinische biologie (2008 = 100)

	Universitair	A1	A2	Andere	Totaal
Vlaanderen	98,6	98,9	99,0	101,3	99,3
Brussel	100,9	98,5	94,1	98,3	97,8
Wallonië	98,3	99,6	96,9	96,0	98,5
België	99,2	99,1	96,9	98,8	98,8

Bron: WIV-ISP Afdeling klinische biologie, 1050 Brussel; statistische jaarboeken 2008 en 2010
Tabel 10
Tabel 12 Jaarverslag BBGSMB d.d. 23.02.2010, Dr. M. MOENS.

3. De klinische biologie in het Belgisch Staatsblad

3.1. Koninklijk besluit van 10.12.2009 houdende wijziging 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 (BS 13.01.2010).

Dit KB legt de verplichte minimumaanwezigheid van 0,8 full time equivalent arts-klinisch bioloog op aan elk klinisch laboratorium om erkend te worden. We recapituleren kort de geschiedenis.

In 1999 werd een ministerieel besluit³ gepubliceerd waarbij bepaald werd dat, behoudens wat betreft het laboratorium van klinische biologie, het diensthoofdschap van een medische dienst diende verzekerd te worden door een arts-specialist. Onze beroepsvereniging vorderde de nietigverklaring van dit besluit. Bij arrest van 12 juli 2007⁴ schrapte de Raad van State de woorden "behoudens in het laboratorium klinische biologie" met als gevolg dat het diensthoofdschap van het laboratorium klinische biologie opnieuw diende te worden waargenomen door een arts-specialist in de klinische biologie. Via de kruiwagen van de (toen nog, maar op 13.06.2010 niet herverkozen) CD&V-volksvertegenwoordiger Luc Goutry startten de apothekers-biologen en het ASGB⁵ onmiddellijk een sterke lobbycampagne om de situatie in het voordeel van de apothekers-klinisch biologen te doen veranderen. Als gevolg van artikel 2 van de wet van 10 december 2009⁶ wordt voor de toepassing van art. 18 en 22 van de wet op de ziekenhuizen de apothekers-klinisch biologen gelijkgesteld met ziekenhuisartsen, waardoor ook een apotheker-klinisch bioloog opnieuw diensthoofd van een klinisch laboratorium kan worden. Parallel werd op het niveau van het kabinet van Minister L. Onkelinx door ondergetekende bekomen dat in het KB houdende de erkenning van de laboratoria van klinische biologie⁷ werd bepaald dat minstens 0,8 voltijds equivalent arts-klinisch bioloog moet aanwezig zijn in elk laboratorium klinische biologie om erkend te kunnen worden door het WIV-ISP en om op die manier verstrekkingen te kunnen verrichten die via het RIZIV terugbetaald kunnen worden.

De ziekenhuisbeheerders zien dit met lede ogen aan omdat ze de apothekers-biologen meestal minder betalen dan artsen-klinisch biologen. De apothekers-biologen zijn veelal schijnzelfstandigen. Behalve de beroepsvereniging van apothekers-klinisch biologen⁸,

³ M.B. van 30.04.1999 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten (B.S. 29.05.1999)

⁴ Arrest van de Raad van State nr. 173.407 dd 12 juli 2007.

⁵ Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België. ASGB bericht 2010.023/Erkenning laboratoria klinische biologie.

⁶ Wet van 10 december 2009 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (B.S. 31.12.2009)

⁷ KB van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort (BS 30.12.1999)

⁸ Bericht in het BS van 03.05.2010 (Ed. 2): "De VZW Belgische Vereniging van Apothekers specialisten in de klinische biologie, het "Laboratoire médical d'Investigation clinique", de VZW Klinik Sankt Joseph, Pascal Boudry en Fernand Vandenplas hebben

hebben ook Zorgnet Vlaanderen en consorten een vordering tot nietigverklaring tegen dit besluit ingeleid⁹. De beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in de medische biopathologie van het VBS heeft beslist om vrijwillig tussen te komen in de vordering ingeleid door Zorgnet Vlaanderen en consorten met de bedoeling de vernietiging van de bepaling te verhinderen. Op die manier krijgt onze beroepsvereniging volledig inzicht in het dossier dat bij de Raad van State werd ingediend. De argumenten die door Zorgnet Vlaanderen worden ingeroepen moeten ieder weldenkend arts (klinisch bioloog en andere) doen huiveren. Zorgnet Vlaanderen stelt in zijn conclusie expliciet dat de forfaitaire honoraria die in de klinische biologie worden toegekend per voorschrift en per opname eigendom zijn van het ziekenhuis en dat ze deel uitmaken van het batig saldo van het ziekenhuis. Het ziekenhuis eigent zich dus de eigendom van de forfaitaire honoraria toe. Dit is ongetwijfeld de natte droom van iedere ziekenhuisbeheerder. Zowel de forfaitaire honoraria als de honoraria per prestatie zijn wettelijk het eigendom van de klinisch biologen. Op deze honoraria worden door het ziekenhuis inhoudingen gedaan ter financiering van de kosten die gemaakt worden om o.m. het personeel werkzaam in het laboratorium te betalen. Zorgnet Vlaanderen probeert via deze vordering het principe van hun eigendomsrecht op de forfaitaire honoraria van de klinisch biologen te laten acteren. Indien de ziekenhuisbeheerders hierin slagen, dan mag men verwachten dat dit principe zal uitgebreid worden naar de radiologen en allerlei andere disciplines of verstrekkingen die onder een of andere vorm forfaitair worden vergoed

Gezien het algemeen belang van deze procedure, ging het VBS-bestuurscomité akkoord om de helft van de advocatenkosten voor zijn rekening te nemen. De andere helft wordt door onze beroepsvereniging gedragen. Te vermelden is dat, voor het eerst in haar geschiedenis, het VBS financieel tussenkomt om de nietigverklaring van een besluit te verhinderen. Af en toe is er toch iets nieuws onder de zon (cf. ook punt 3.11).

3.2. Koninklijk besluit van 15.01.2010 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Technische Geneeskundige Raad (TGR) (BS 10.02.2010).

De werkgroep klinische biologie wordt officieel vermeld in het huishoudelijk reglement als één van de zeven werkgroepen. Hij heeft zijn plaats naast de werkgroep interpretatie van de nomenclatuur, de algemene werkgroep die als opdracht heeft de complexe problemen te behandelen die behoren tot verschillende medische specialiteiten en verschillende domeinen, de werkgroep medische beeldvorming, de werkgroep huisartsgeneeskunde, de werkgroep inwendige geneeskunde en de werkgroep heelkunde.

3.3. Koninklijk besluit van 27.01.2010 tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot uitvoering van artikel 3, § 1, 2°, van het koninklijk besluit nr. 143 van 30 december 1982 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de laboratoria moeten voldoen voor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor verstrekkingen van klinische biologie (BS 04.02.2010, Ed 1).

de nietigverklaring gevorderd van het koninklijk besluit van 10 december 2009 houdende wijziging 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".

⁹ Bericht in het BS van 20.04.2010 (Ed. 2): "De VZW Zorgnet Vlaanderen, de VZW Algemeen Ziekenhuis Heilige Familie, de VZW Sint-Jozefkliniek (Bornem), de VZW Sint-Jozefkliniek (Izegem) en de VZW Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth Herentals die allen woonplaats kiezen bij Mr. De Gendt, Tom, met kantoor te 3000 Leuven, Sint-Geertruiabdij 8, bus 2, hebben op 15 maart 2010 een verzoekschrift tot nietigverklaring ingediend van het koninklijk besluit van 10 december 2009 houdende wijziging 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".

Dat KB van 26.04.2007 stelde een evaluatie voor van laboratoria, andere dan die uitgbaat door ziekenhuizen, universiteiten of openbare besturen, om na te gaan dat de rechtspersonen die bevoegd verklaard werden om deze laboratoria voor klinische biologie uit te baten, *“een kwaliteitsvolle praktijkvoering en een praktijk uitoefenen waarbij elke daad die leidt tot onverantwoorde uitgaven zowel door de verplichte ziekteverzekering als door de patiënten, wordt vermeden.”*¹⁰

Het KB van 27.01.2010 verlengt simpelweg de erkenning van die laboratoria van 2009 tot 2012. Het was de Dienst voor geneeskundige verzorging wel opgevallen dat in laboratoria waar huisartsen aandeelhouder kunnen zijn (C.V.B.A.) van 2007 naar 2008 zowel het aantal verstrekkingen (+ 13,7 %) als de uitgaven (+ 15,5 %) veel sneller stegen dan in andere private laboratoria (resp. + 5,1 % qua aantal verstrekkingen en + 6,14 % qua uitgaven). Hierover om advies gevraagd als lid van het Verzekeringscomité, heb ik op 14.12.2009 geantwoord dit fenomeen tegen de volgende verlenging (in 2012) van naderbij te bestuderen en ondertussen de verlenging van de erkenning goed te keuren. Wat met dit voor buitenstaanders onbegrijpelijke “mini-”KB van 27.01.2010 gebeurde. Voor de extra muros laboratoria is die evaluatie door het RIZIV een essentieel onderdeel om hun erkenning in 2012 te kunnen verlengen. De evaluatieopdracht voorzien in het KB van 26.04.2007 *“blijkt ondertussen niet volledig uitgevoerd te zijn”*¹¹

3.4. Bericht voorgeschreven bij artikel 74 van de bijzondere wet van 6 januari 1989 (BS 29.01.2010; Ed. 3)

“Bij arrest nr. 198.457 van 3 december 2009 in zake de vzw Belgische Vereniging van de Apothekers specialisten in de Klinische Biologie en anderen tegen de Belgische Staat, waarvan de expeditie ter griffie van het Hof is ingekomen op 15 december 2009, heeft de Raad van State de volgende prejudiciële vraag gesteld: “Schendt artikel 13 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, dat voorschrijft dat er in ieder ziekenhuis een geneesheer-diensthoofd dient te zijn voor ieder van de verschillende diensten van het medisch departement - en dus ook in het laboratorium voor klinische biologie - de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, doordat deze bepaling inhoudt dat apothekers-klinisch biologen, in tegenstelling tot geneesheren-specialisten in de klinische biologie, geen diensthoofd kunnen zijn van een laboratorium voor klinische biologie?”.

Die zaak is ingeschreven onder nummer 4833 van de rol van het Hof.”

Het antwoord op de prejudiciële vraag wordt gepubliceerd in het BS van 12.10.2010 (Ed. 2). Het Grondwettelijk Hof vonniste op 8 juli 2010:

“- aldus geïnterpreteerd dat de apothekers-klinisch biologen niet in aanmerking komen om diensthoofd te worden van een laboratorium voor klinische biologie in een ziekenhuis, schendt artikel 13 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

- aldus geïnterpreteerd dat de apothekers-klinisch biologen wel in aanmerking komen om diensthoofd te worden van een laboratorium voor klinische biologie in een ziekenhuis, schendt die bepaling de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet.”

¹⁰ Nota CGV 2009/486 d.d. 08.12.2009

¹¹ Verslag Comité geneeskundige verzorging 14.12.2009, punt 12.

Ondertussen was de ziekenhuiswet al wel veranderd ten gunste van de apothekers-klinisch biologen (cf. punt 3.1.)¹².

3.5. Wet van 31.03.2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg (BS 02.04.2010; Ed. 1)

Deze wet definieert (artikel 2, 3°) dat de laboratoria voor klinische biologie, bedoeld in het koninklijk besluit nr. 143 van 30 december 1982 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de laboratoria moeten voldoen voor de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor verstrekkingen van klinische biologie, als een verzorgingsinstelling dient te worden beschouwd die onder de toepassing valt van deze nieuwe wet betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg en van haar uitvoeringsbesluiten.

De opname van de klinische biologie in deze wet onderstreept dat onze discipline een volwaardige medische activiteit is, met rechten en plichten, ook in verband met de beroepsaansprakelijkheid. Foutieve laboratoriumdiagnosen hebben al meer dan eens aanleiding gegeven tot geruchtmakende processen, zoals de Franse zaak van Nicolas Perruche (Franse Hof van Cassatie, 17.11.2000) waarbij een laboratorium (en de behandelende huisarts) werd veroordeeld tot een schadevergoeding omwille van fout uitgevoerde en geïnterpreteerde rubella serologie, of meer recent, de zaak Rukiyé, waar door een fout bij een prenatale test op de zeldzame stofwisselingsziekte Sanfilippo, een meisje werd geboren met een handicap die onvermijdelijk tot de dood leidde¹³. Zowel aan de (toen) 17-jarige Nicholas Perruche als aan het inmiddels al overleden meisje Rukiyé diende de verzekeraar van het verantwoordelijk geachte laboratorium een schadevergoeding te betalen wegens hun “wrongful life”, een ethisch sterk beladen term. Het uitbetalen van schadevergoeding aan iemand omwille van het loutere feit dat hij/zij niet wenste geboren te worden omwille van een voorspelbare ziekte of handicap, ontstond dus naar aanleiding van een probleem in onze diagnostische discipline. Zeer in het bijzonder staat de prenatale diagnostiek, ook qua echografische beeldvorming, in het brandpunt van de belangstelling.

3.6. Wet van 19.05.2010 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (BS 02.06.2010; Ed. 2)

Artikel 29 van deze wet vervangt in artikel 45quinquies, § 2, 3°, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen de bestaande regelgeving door volgende bepaling:

“3° a) de gegevens van de diensten voor pathologische anatomie en klinische biologie/hematologie.

De artsen van elk laboratorium voor pathologische anatomie, klinische biologie of hematologie moeten de resultaten van de onderzoeken die een diagnose van kanker bevestigen en de resultaten in het kader van een vroegtijdige diagnose van kanker registreren. Voor de registratie gebruiken zij de classificaties voor pathologische anatomie, respectievelijk hematologie, goedgekeurd door het College voor Oncologie in overleg met het “Consilium Pathologicum Belgicum”, de Belgische Vereniging voor Hematologie en de Belgische Vereniging voor Klinische Biologie. Zij bezorgen deze geregistreerde gegevens

¹² Artikel 2 van de wet van 10.12.2009 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (B.S. 31.12.2009)

¹³ “UZ Brussel: onzuivere prenatale test” en “Veroordeling UZ Brussel zet gezondheidszorg op de helling”. Artsenkrant 14.12.2010.

met het identificatienummer, het verslag en de erin vervatte conclusies rechtstreeks aan de stichting”.

De aanleiding voor deze wetgeving heeft te maken met de mededeling van gecodeerde persoonsgegevens door de Stichting Kankerregister aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP) en met het NuCa-Bel-project, dat een epidemiologische studie op nationaal niveau maakt die de eventuele gezondheidsrisico's onder de bevolking in de omgeving van kerncentrales of iedere andere installatie waar radioactieve lekken mogelijk zijn, zal evalueren.

3.7. Ministerieel besluit van 29.04.2010 houdende benoeming van een lid van de erkenningscommissie van geneesheren-specialisten in de klinische biologie (BS 15.06.2010; Ed 1)

Prof. Dr. Alain Verstraete, lid van ons bestuurscomité, wordt benoemd tot lid van de Nederlandstalige kamer van de erkenningscommissie van geneesheren-specialisten in de klinische biologie, op voordracht van de Universiteit Gent, ter vervanging van Prof. Dr. Jean Plum.

3.8. Koninklijk besluit van 26.08.2010 tot wijziging van de artikelen 3, § 1, C, I, 18, § 2, B, 24, § 1, en 26, § 8, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (BS 13.09.2010; Ed.1).

In het jaarverslag over 2009 stonden we uitvoerig stil bij de “Task force Perl”¹⁴ die in opdracht van de regering in het najaar 2009 een besparing met € 50 miljoen aan de klinische biologie (en evenveel aan de medische beeldvorming) oplegde. Er werd toen beslist om van dat pakket € 35,1 miljoen op jaarbasis in te leveren via directe besparingsingrepen in de nomenclatuur. Met de hakbijl van het KB van 26.08.2010 wordt dit gerealiseerd vanaf de eerste dag van de maand die volgt op datum van de publicatie, met andere woorden vanaf 01.10.2010. De realisatie van de overblijvende 14,9 miljoen besparingen via het meer adequaat voorschrijven van klinisch biologische verstrekkingen laat nog op zich wachten. Een ad-hocwerkgroep van de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen heeft ter gelegenheid van drie vergaderingen een reeks denkpistes op touw gezet, voornamelijk toegespitst op screening en op follow-up van frequent voorkomende pathologieën, waaruit dan een informatiebrochure t.a.v. de (huis-)artsen voorschrijvers zal worden gedistilleerd. Uit het studiemateriaal dat het RIZIV haalt uit zijn permanente steekproef¹⁵ van 40.000 Belgen blijkt dat er inderdaad frequent niet-adequaate klinische biologie wordt voorgeschreven, maar zowel in de zin van “te veel” als “te weinig”. Het is dus zeer de vraag of het verbeteren van het voorschrijfgedrag met zekerheid tot minderuitgaven kan leiden.

¹⁴ De Geneesheer-Specialist, speciaal nummer maart 2010. Ontwerp van verslag van de algemene statutaire vergadering van de BBGSMB van 23.02.2010; punt 3.4.5.

¹⁵ Anonieme, representatieve steekproef van de Belgische bevolking samengesteld uit de gegevens die bij de ziekenfondsen beschikbaar zijn in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Het betreft zowel bevolkingsgegevens als factureringsgegevens gezondheidszorg en Farmanet (geneesmiddelen)gegevens.

3.9. Koninklijk besluit van 22.10.2010 tot wijziging van de artikelen 18, § 2, B, e), 19, § 5quinquies, en 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (BS 09.12.2010).

Dit KB wijzigt grondig het voorschrijven van het PSA. Het KB ging in voege op 01.02.2011. Over het nut van het gebruik en het al dan niet terugbetalen van PSA wordt al heel mijn beroeps carrière gediscuteerd. De publicatie van het KCE-rapport over prostaatkankerscreening¹⁶ in 2006 leidde uiteindelijk tot een nomenclatuur met drie codenummers, waardoor een duidelijkere opsplitsing tussen screening en follow-up zou mogelijk worden. Administratief wordt de zaak er niet gemakkelijker op. Een alternatief dat zowel tijdens de bespreking door de raad van bestuur van het ontwerp van KCE-rapport in 2006 aan bod kwam als tijdens de discussies in de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV in 2009 was de terugbetaling gewoonweg te schrappen voor de screening. Zover is het (voorlopig?) nog niet gekomen. Van deze maatregel wordt verwacht dat hij een besparing met € 2,0 miljoen zal teweegbrengen, vervat in de totaal geplande besparing met € 35,1 miljoen via de nomenclatuur.

Voor de beperking “maximaal 1 maal alle 2 jaren” en “maximum 1 maal per jaar” in de diagnoseregels 96, respectievelijk 97 geldt de algemene omschrijving die is opgenomen in §11 van artikel 1 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen: “*Tenzij anders vermeld, wordt in deze nomenclatuur voor de verstrekkingen die mogen aangerekend worden door een geneesheer, met de uitdrukking “per jaar” een periode van twaalf maanden bedoeld, van datum tot datum*”. Per twee jaar wordt dat 24 maanden, van datum tot datum. Het RIZIV is bezig een circulaire op te stellen met toelichting, zoals de administratie dat ook deed bij de wijziging van de nomenclatuur inzake de cervixkankerscreening toen de terugbetaling van eens per jaar naar eens per twee jaar werd beperkt (kalenderjaren in dit geval).

3.10. Koninklijk besluit van 22.10.2010 tot wijziging van het artikel 24, § 2, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (BS 22.11.2010; Ed.1).

Dit KB maakt een einde aan de discussie die sommige mutualiteiten al jarenlang voerden over welke diensten van een algemeen ziekenhuis in aanmerking komen voor de toekenning van de forfaitaire honoraria per opname.

Het KB verduidelijkt bovendien dat de code 591603 gebruikt wordt door de geaccrediteerde klinisch biologen voor het forfaitair basishonorarium per opname te registreren en dat die code dus niet mag gecumuleerd worden met het vergelijkbare basiscodenummer 591102 dat door de niet-geaccrediteerde klinisch biologen dient te worden geattesteerd per opname. Ook daar deden sommige mutualiteiten moeilijk over en deden er verhalen de ronde over mogelijke misbruiken.

¹⁶ Prostate-specific-antigen (PSA) voor prostaatkankerscreening. KCE reports 31A (15/05/2006).

3.11. Koninklijk besluit van 15.11.2010 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 10 december 2009 houdende wijziging 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 (BS 03.12.2010; Ed. 1).

Zoals vermeld in punt 3.1. legde het KB van 10.12.2009 de verplichting op dat elk klinisch laboratorium om erkend te worden minstens moet beschikken over 0,8 full time equivalent arts-klinisch bioloog. Normaliter had dit KB in voege moeten treden op 13.01.2011. De Commissie voor klinische biologie stelde op 24.02.2010 vast dat 36 van de 166 erkende Belgische laboratoria (14 ziekenhuis labs en 22 extramurale labs) niet over een arts-klinisch bioloog beschikt in zijn staf. De Commissie stelde bijgevolg aan de bevoegde minister, Mevrouw Laurette Onkelinx, voor de datum van invoegetrede met twee jaar uit te stellen. Het zinnetje in artikel 2: *“Dit besluit treedt in werking één jaar nadat het in het Belgisch Staatsblad werd bekendgemaakt”* in het originele KB van 10.12.2009 in het BS van 13.01.2010 wordt vervangen door *“Dit besluit treedt in werking drie jaar nadat het in het Belgisch Staatsblad werd bekendgemaakt”*. Het KB zal met andere woorden in voege treden op 13.01.2013.

3.12. Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011 van 13.12.2010 (BS 17.01.2011)

Het punt 4.7.3. van het akkoord legt de enveloppe klinische biologie voor het jaar 2011 vast op het bedrag van € 1.190,973 miljoen. Hierbij werd er rekening mee gehouden dat, conform punt 4.4.3. van hetzelfde akkoord, de indexering van de verstrekkingen klinische biologie en alle andere medisch technische verstrekkingen met 1,40 %, slechts toegekend zal worden vanaf 1 mei 2011, *“op voorwaarde dat de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen ten laatste op 30 april 2011 vaststelt dat de voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen met betrekking tot de projecten 11/11 tot 11/17 werden doorgestuurd naar het Verzekeringscomité of dat ze in voldoende mate zijn ontwikkeld om ten laatste op 30 juni 2011 aan het Verzekeringscomité te worden doorgestuurd”*. Met andere woorden, als alle opgesomde besparingsmaatregelen (“projecten”) in concrete teksten zijn uitgewerkt tegen 30.04.2011, pas dan komt er een index op 01.05.2011. Voor de radiologie komt de index er pas op 01.07.2011 als bovendien blijkt dat de dalende uitgaventrend zich bestendigt.

Dit budget werd goedgekeurd door de Algemene raad van het RIZIV op 14.02.2011 en door het Verzekeringscomité op 21.02.2011.

3.13. Koninklijk besluit van 23.12.2010 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering kan worden verleend aan zorgverleners die projecten inzake gecoördineerde zorgverlening ontwikkelen in België, in casu tuberculosedagnose en -behandeling (BS 28.12.2010; Ed. 2).

Dit KB stelt onder meer als voorwaarde om een overeenkomst met het Verzekeringscomité te kunnen sluiten inzake gecoördineerde zorgverlening voor TBC dat het samenwerkingsverband van zorgverstrekkers zich moet engageren de noodzakelijke verstrekkingen qua medisch onderzoek en qua medische beeldvorming, klinische biologie en tuberculostatica te verlenen met het oog op de behandeling van niet of ondoeltreffend behandelde, al dan niet multidrugresistente-tuberculosepatiënten (artikel 2 § 1, 4°). Als andere zorgverleners deze zorgen verlenen, in casu klinische biologie-verstrekkingen, dan

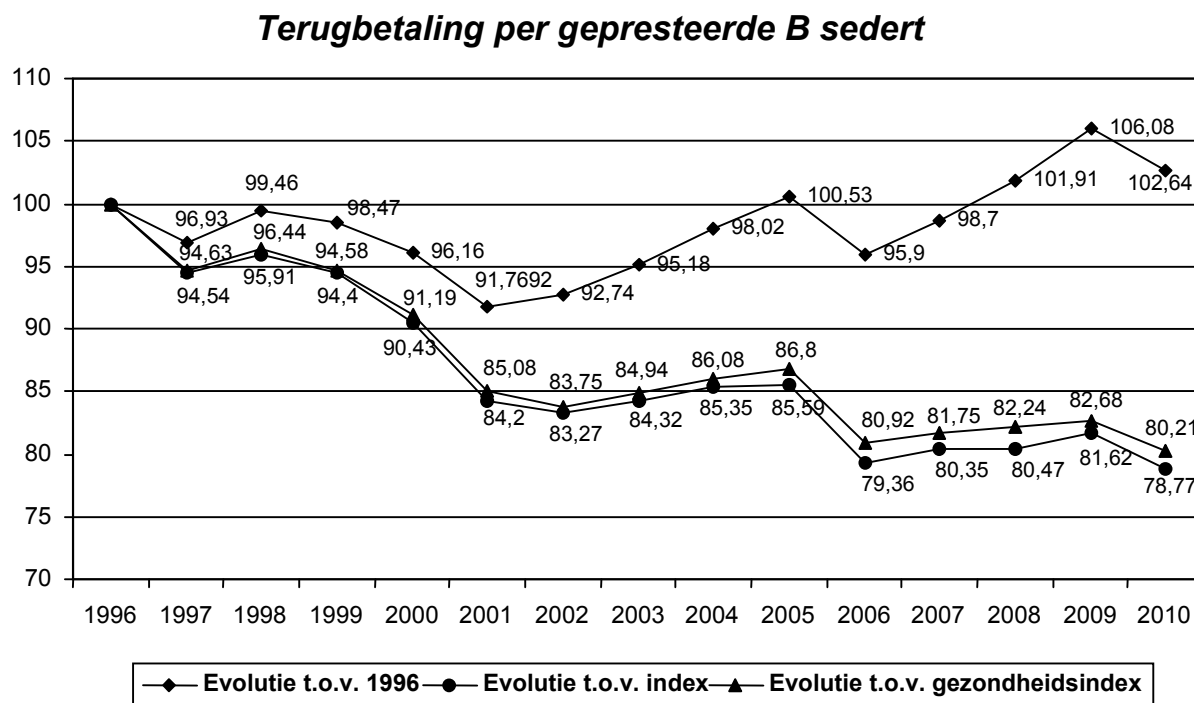
moeten de forfaitair betaalde gecoördineerde zorgverleners voor de betaling ervan instaan (artikel 2 § 1, 5°).

3.14. KB van 22.12.2010 tot benoeming van leden van de profielencommissie voor de verstrekkingen van de geneesheren, specialist voor klinische biologie, voor nucleaire geneeskunde of voor pathologische anatomie, de apothekers-biologen en de licentiaten in de wetenschappen die door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten, ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging (BS 25.01.2011).

Een vrolijke noot mag niet ontbreken in een jaarverslag. Trots kan ik U melden dat ik voor de vierde maal benoemd ben in de bovengenoemde commissie (1993 - 1999 – 2005 – 2011). De twijfel begint te knagen of nog vóór mijn pensioen in 2015 de eerste vergadering van deze profielencommissie zal worden bijeengeroepen. Collega bestuurslid Salim Jarjoura deelt die zorg ongetwijfeld met mij als effectief lid van deze profielencommissie. Voor de plaatsvervangende leden, collegae Georges Mascart en Jacques Smekens, is de vertwijfeling allicht draaglijker.

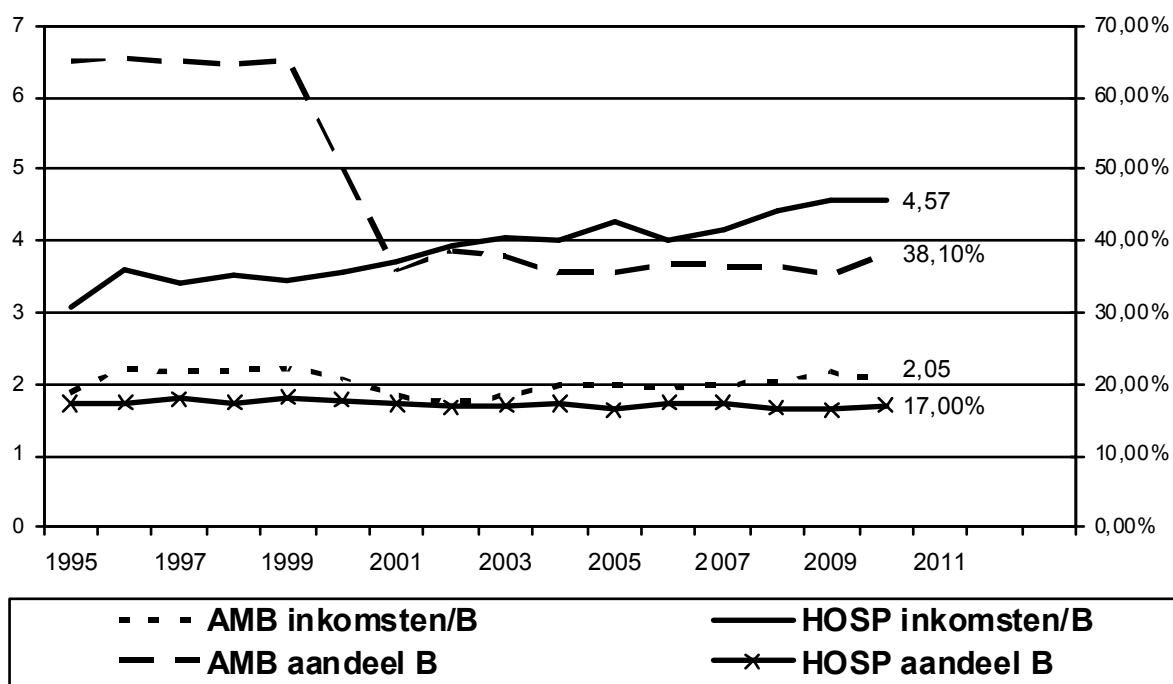
4. Budgettaire aspecten

In de figuur 1 geeft Dr. Alain Derom de terugbetaling weer per gepresteerde B sinds 1996 en in figuur 2 geeft hij de inkomsten weer per B en het aandeel van de prestaties in het geheel van de inkomsten sinds 1995.



Figuur 1

Inkomsten/B en aandeel prestatie in inkomsten



Figuur 2

In het algemeen kunnen we stellen dat het principe van “Loon naar werk” zelden van toepassing is in de medische sector, en al zeker niet als het over verstrekkingen klinische biologie gaat, want die werden sinds 1988 alsmaar meer op forfaitaire wijze vergoed. Enkel voor de prestaties van artikel 24bis en 33bis is het honorarium voor 100 % aan de verstrekking gekoppeld. Voor de prestaties van artikel 3, 18 en 24 is 75 % forfaitair bepaald, waardoor de werkelijk betaalde honoraria per prestatie sinds ± 23 jaar een wispelturig jojo-effect vertonen omwille van het gesloten-enveloppesysteem.

Een studie vertrekkende van de cijfers van het RIZIV (de drie eerste trimesters 2010 geëxtrapoleerd naar het ganse jaar 2010) voor de uitgaven klinische biologie, exclusief de prestaties uit artikel 24bis en 33bis, leert ons het volgende. Hoewel het aantal prestaties ten opzichte van 2009 in 2010 gestegen is met 1,42 %, zijn de honoraria gedaald met 1,25 %. Ook het aantal gepresteerde B's steeg in 2010 met 1,86 % ten opzichte van 2009. In 2010 werden 0,59 % meer ambulante forfaitaire honoraria aangerekend dan in 2009, en 0,29 % meer forfaitaire honoraria voor gehospitaliseerde patiënten.

In het ambulante budget werden 29.341,6 miljoen B's gepresteerd. In het gehospitaliseerde budget 12.553,1 miljoen B's. Zonder de overeenkomstige forfaitaire honoraria, kostten die prestaties het RIZIV respectievelijk € 228,93 en € 97,40 miljoen euro. Als we de cijfers bekijken inclusief de respectievelijke forfaitaire honoraria, dan kostten diezelfde verstrekkingen aan het RIZIV respectievelijk € 601,56 en € 573,43 miljoen. Hieruit kan men afleiden dat de kost voor het RIZIV voor 100 gepresteerde B gelijk is aan €

2,05 voor verstrekkingen verricht voor ambulante patiënten en € 4,57 als het gaat over klinische biologie voor gehospitaliseerde patiënten. Het globale gemiddelde is € 2,80. Het aandeel van de uitgaven direct gerelateerd aan de prestaties bedraagt 38,05 % in het ambulante budget en 16,99 % in het budget voor gehospitaliseerden. Globaal bedraagt het aandeel van terugbetaling (door het RIZIV) dat gerelateerd is aan de prestatie 27,77 %. Het remgeldaandeel is in deze berekening niet meegeteld.

Als we de honoraria per gepresteerde B vergelijken met de situatie van 1995 (=100 %), dan zitten we na 15 jaar op 102,64 %. Rekening houdend met de inflatie moet dit cijfer gecorrigeerd worden naar 80,21 % of 78,77 % al naar gelang de berekening steunt op de gezondheidsindex of op de klassieke index. Het koopkrachtverlies dat we ook in ons vorige jaarverslag beschreven¹⁷ (79,68 % met de gezondheidsindex en 77,96 % met de gewone index) blijft dus ongewijzigd rond de 20 % schommelen.

Tabel 11 toont dat, ondanks de belangrijke en nog niet volledig uitgevoerde besparingen ten gevolge van de regeringsbeslissing uit 2009 om via de taskforce € 50 miljoen te besparen, het budget klinische biologie in 2011 (€ 1.190,973 miljoen) met 6,32 % mag groeien in vergelijking met het annus economicus horribilis 2010 (€ 1.120,23 miljoen). In vergelijking met het budget 2009 (€ 1.187,478 miljoen) ligt het budget 2011 slechts 0,29 % hoger. Bovendien dient opgemerkt dat er allicht maatregelen zullen volgen in 2011 om de overschrijding met 40 à 60 € miljoen in 2010 te recupereren. Het systeem van de algebraïsche verschillen is sinds 01.01.2010 afgeschaft, maar de verrekeningen van de overschrijding in 2009 zullen tot 2012 voelbaar blijven. Welk systeem er in de plaats zal komen om de gesloten enveloppe te bewaken en zo nodig te corrigeren, daar werd nog niet over gediscuteerd. Hoewel het een regering in lopende zaken is, werden toch drastische maatregelen genomen. De wettelijke reële groeinorm van 4,5 % voor de sector gezondheidszorg¹⁸ werd theoretisch gerespecteerd door het globale budget voor 2011 op € 25.869,336 miljoen te leggen. Daarvan besliste de regering € 1.093 miljoen ter beschikking te stellen van het globaal beheer van de rijks sociale zekerheid¹⁹, met andere woorden aan de werkloosheidsvergoedingen, de pensioenen en verder nog aan een stabiliteitsprovisie, aan het nieuwe fonds voor medische ongevallen, etcetera, en niet voor de gezondheidszorg stricto sensu (voor details cf. RIZIV website²⁰).

Begrotingsdoelstelling RIZIV 2009-2010 (in miljoen €)

	2009	2010	2011
Artsenhonoraria	6.795,732	6.867,386 (+1,05 %)	7.113,974 (+3,59 %)
Klinische biologie	1.187,478	1.120,230 (-5,66 %)	1.190,973 (+6,32 %)
Totale uitgaven	23.084,470	24.249,470 (+5,05 %)	24.658,222* (+1,69 %)

Bron: RIZIV-nota CGV 2009/390 d.d. 13.10.2009

Tabel 11

* De rest van de wettelijke groeinorm van 4,5 % wordt o.m. gependend aan een bijdrage aan het evenwicht van de sociale zekerheid, stabiliteitsprovisie, fonds medische ongevallen...

Eind totaal budget 2011: 25.869,336.

¹⁷ De geneesheer-specialist, speciaal nummer maart 2010. Verslag van de secretaris Dr. Marc Moens, punt 3.4.3., blz 31.

¹⁸ Artikel 40 §1, derde alinea van de G.V.U.- wet van 14.07.1994

¹⁹ Artikel 40 §1, zesde alinea van de G.V.U.- wet van 14.07.1994, ingevoegd door artikel 106 van de wet houdende diverse bepalingen van 29.12.2010 (BS 31.12.2010; Ed.3).

²⁰ Cfr. <http://www.riziv.be/information/nl/accounting/budgets/press/budget2011/press2010101801.htm>

Tabel 12 geeft de evolutie weer van de uitgaven klinische biologie sinds 1990 tot en met het jaar 2010, uitgesplitst volgens de verstrekkingen uitgevoerd voor ambulante versus gehospitaliseerde patiënten. Voor het jaar 2010 worden zowel de bedragen van de begrotingsdoelstelling (°) (totaal € 1.120,23 miljoen, waarvan € 571,15 miljoen ambulant en € 549,08 miljoen verblijvend) als van de geraamde uitgaven (Δ) weergegeven, gebaseerd op een extrapolatie van de eerste drie trimesters 2010 (totaal € 1.183,44 miljoen, waarvan € 607,81 miljoen ambulant en 575,63 miljoen verblijvend).

Evolutie uitgaven klinische biologie

Jaar	AMBULANT		GEHOSPITALISEERD		Totaal (= 100 %)
	Absoluut (milj. €)	% totaal	Absoluut (milj. €)	% totaal	
1990	387,60	56,9	294,08	43,1	681,68
1991	428,02	58,5	303,60	41,5	731,62
1992	442,53	59,2	304,59	40,8	747,12
1993	318,90	51,2	304,00	48,8	622,90
1994	304,02	50,8	294,82	49,3	598,84
1995	304,61	51,2	290,27	48,8	594,88
1996	334,89	50,3	330,81	49,7	665,70
1997	323,09	51,8	300,04	48,2	623,13
1998	360,40	52,3	328,10	47,7	688,50
1999	384,30	54,3	322,74	45,7	707,03
2000	399,62	54,3	336,63	45,7	736,25
2001	414,42	52,8	370,92	47,2	785,34
2002	338,87	44,6	421,01	55,4	759,88
2003	377,57	46,3	438,38	53,7	815,95
2004	435,82	48,7	458,31	51,3	894,13
2005	452,71	48,2	486,87	51,8	939,58
2006	456,12	49,8	459,09	50,2	915,21
2007	491,11	50,3	485,63	49,7	976,74
2008*	540,19	50,2	536,25	49,8	1.076,44
2009*	623,03	52,0	575,34	48,0	1.198,37
2010	571,15°	51,0°	549,08°	49,0°	1.120,23°
	607,81Δ	51,4Δ	575,63Δ	48,6Δ	1.183,44Δ
2011°°	593,89	49,9	597,08	50,1	1.190,97

Bron: RIZIV en jaarverslagen BBGSMB Dr. M. MOENS

Tabel 12

* RIZIV gestandaardiseerd verslag met betrekking tot de geboekte uitgaven van het jaar 2009

° Begrotingsdoelstelling 2010 (en Δ uitgaven geëxtrapoléerd uit 2010 T3)

°° Begrotingsdoelstelling 2011

Met de extrapolatie van de eerste drie trimesters 2010 kan de overschrijding van de begrotingsdoelstelling in 2010 in totaal geraamd worden op € 63,21 miljoen (waarvan € 36,66 miljoen ambulant en € 26,55 miljoen verblijvend).

Op 14.02.2011 legde de Algemene raad van het RIZIV het globaal budget van financiële middelen voor de klinische biologie voor 2011 vast op € 1.190,973 miljoen, waarvan € 593,89 miljoen voor het budget voor ambulante en € 597,083 miljoen voor het budget voor gehospitaliseerde patiënten²¹.

Tabel 13, ten slotte, geeft de meest recente stand van zaken zoals die gekend was op datum van onze algemene vergadering. Indien we de regel van drie toepassen na tien maanden verwerking van de facturatie 2010, komen we tot een hypothetische totale uitgave van €

²¹ Nota ARGV 2011/10 d.d. 08.02.2011

1.163,339 miljoen (of een overschrijding van het totale budget 2010 met € 43,109 miljoen) waarvan € 601,267 miljoen ambulante (of een overschrijding van het ambulante budget met € 30,117 miljoen) en € 562,072 miljoen verblijvend (of een overschrijding van het budget voor verblijvenden met € 12,992 miljoen).

Confrontatie enveloppes “klinische biologie” met de realisaties

.000 €	01/2010	02/2010	03/2010	04/2010	05/2010	06/2010	07/2010	08/2010	09/2010	10/2010	11/2010	12/2010
AMBULANT												
Realisatie 2010	46.939	90.394	150.318	202.589	254.781	304.674	360.010	404.089	450.995	501.056		
GEHOSPITALISEERD												
Realisatie 2010	46.849	97.005	154.590	205.711	253.928	298.345	347.201	388.647	427.117	468.393		
TOTAAL												
Enveloppe 2010												1.120,233
Realisatie 2010	93.788	187.399	304.908	408.300	508.709	603.019	707.211	792.736	878.112	946.449		
Aandeel realisatie/env. 2010	8,37 %	16,73 %	27,22 %	36,45 %	45,41 %	53,83 %	63,13 %	70,77 %	78,39 %	86,54 %		

Bron: RIZIV-nota CGV 2011/40 d.d. 15.02.2011

Bij € 969,449 miljoen x 12/10 = € 1.163,339 miljoen, budgetoverschrijding met € 43,106 miljoen in 2010.

Tabel 13

De verwachting is dat er eind mei 2011 een budgetoverschrijding voor het jaar 2010 zal vastgesteld worden die tussen de € 43,109 miljoen en de € 63,21 miljoen zal liggen (gemiddeld € 53,16 miljoen). In deze hypothese betekent dit resultaat dat, bovenop de overschrijding met € 50 miljoen ten gevolge van de niet-realisatie van de besparingen die door de regering in 2009 werden beslist maar die door de traagheid van het systeem niet in concrete besparingsmaatregelen met effect in 2010 konden worden omgezet, er wellicht ook nog een bijkomende overschrijding bestaat met € 3,16 miljoen.

5. Opvolging

5.1. Disponibiliteitshonoraria

In ons verslag van vorig jaar²² meldden we dat de Raad van State met zijn arrest nr. 198.983 van 16.12.2009 het artikel 3 van het KB 29.04.2008²³ vernietigde. Het gevolg is dat alle artsen die tijdens het weekend beschikbaar zijn en zich ook effectief naar het ziekenhuis begeven als ze dringend worden opgeroepen – ook de klinisch biologen – in principe recht hebben op dat disponibiliteitshonorarium. Om dit te realiseren diende het KB van 29.04.2008 herschreven te worden. De publicatie van dit herschreven KB liet zeer geruime tijd op zich

²² De Geneesheer-Specialist, speciaal nummer maart 2010. Verslag van de secretaris Dr. Marc Moens, punt 3.5.2., blz 35-36

²³ Koninklijk besluit van 29.04.2008 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten (BS 22.05.2008; Ed. 2).

wachten, onder meer omwille van de politieke situatie van een regering in lopende zaken. Het Belgisch Staatsblad van 11 februari 2011 maakte uiteindelijk dan toch het langverwachte wijzigingsbesluit bekend²⁴ met retroactieve uitwerking vanaf 01.10.2009.

Maar vermits er noch in 2010 en zeker niet in het besparingsjaar 2011 een bijkomend bedrag in de budgetten werd voorzien voor deze beschikbaarheidshonoraria, zal het bedrag per rechthebbende arts beduidend zakken. De “spoeling wordt dunner”, want elk ziekenhuis kan maximaal aanspraak maken op elf beschikbaarheidshonoraria (cf. tabel 14 met de bedragen sinds 2008) per weekend of wettelijke feestdag, terwijl er in de realiteit misschien het dubbele of het drievoudige aantal artsen beschikbaar is. De hoofdgeneesheer moet er over waken dat deze honoraria integraal aan de participerende artsen worden uitbetaald. Het is aan de medische raden van de ziekenhuizen om een correcte verdeling van dit – in verhouding tot het aantal deelnemers – erg benepen bedrag uit te werken.

	2008	2009	2010	2011
Weekend	312,50 €	326,00 €	329,03 €	333,64 €
Wettelijke feestdag die niet samenvalt met een weekend	187,50 €	195,60 €	197,42 €	200,18 €
Wettelijke feestdag die valt op een vrijdag of een maandag	125,00 €	130,40 €	131,61 €	133,45 €

Tabel 14

Door die openstelling tot alle artsen-specialisten die opgesomd zijn in het artikel 1 van het KB van 25 november 1991²⁵, zonder dat het budget werd verhoogd, wordt het bedrag per deelnemende arts-specialist beduidend lager dan het beschikbaarheidshonorarium dat voorzien is voor de huisarts. Origineel was dat honorarium identiek. De BVAS zal proberen om in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen voor 2012 bijkomende middelen te zoeken om het verstoorde evenwicht tussen de huisartsen en de specialisten te herstellen.

De hoofdgeneesheren krijgen tot 31.03.2011 de tijd om de lijsten met de beschikbare specialisten van de voorbije 5 trimesters aan het RIZIV over te maken. Het RIZIV garandeert de uitbetaling van de beschikbaarheidshonoraria tegen 30.04.2011.

5.2. Inkomensenquête Zorgnet Vlaanderen

In de context van de “Task Force Perl” die in 2009 op zoek ging naar besparingen in de radiologie en in de klinische biologie, organiseerde Peter Degadt, gedelegeerd bestuurder van Zorgnet Vlaanderen, op 01.04.2009 een enquête naar de inkomens van de radiologen en de klinisch biologen. Onze beroepsvereniging en de BVAS beslisten om een klacht in te

²⁴ K.B. van 3 februari 2011 tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 april 2008 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan de in een ziekenhuis georganiseerde wachtdiensten (B.S. 11.02.2011)

²⁵ Geneesheer-specialist in de anesthesie-reanimatie; klinische biologie; cardiologie; heekunde; neurochirurgie; in de plastische, reconstructieve en esthetische heekunde; geneesheer-specialist in de dermato-venereologie; gastro-enterologie; in de gerechtelijke geneeskunde; in de geriatrie; gynaecologie-verloskunde; inwendige geneeskunde; neurologie; psychiatrie; neuropsychiatrie; oftalmologie; orthopedische heekunde; otorhinolaryngologie; pediatrie; fysische geneeskunde en de revalidatie; pneumologie; röntgendiagnose; radiotherapie-oncologie; reumatologie; stomatologie; urologie; pathologische anatomie; nucleaire geneeskunde; arbeidsgeneeskunde, beheer van gezondheidsgegevens; urgentiegeneeskunde; acute geneeskunde; medische oncologie; verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise. De apothekers-klinisch biologen worden niet vermeld en komen wettelijk gesproken dus niet in aanmerking voor deze beschikbaarheidshonoraria.

dienen bij de Commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer (CBPL) wegens schending van de privacy. Omdat de klagers een rechtstreeks belang moeten kunnen aantonen bij de CBPL werd de klacht ingediend door Dr. Marc Moens als klinisch bioloog (en op dat ogenblik ondervoorzitter van de BVAS), en door Dr. Rudi Van Driessche, radioloog (en voorzitter van de afdeling Antwerpen, Limburg, Vlaams-Brabant van het Vlaams Artsensyndicaat). Dit gebeurde op 17.05.2009. Op 01.09.2009 gingen beiden het dossier toelichten bij de CBPL, vergezeld van Jos Van den Nieuwenhof, VBS- directeur, en Martine Bogaert, VAS juriste.

Na een ingewikkelde en vooral omslachtige procedure verklaarde de CPBL d.d. 01.07.2010 de klacht uiteindelijk als ontvankelijk en op 22.09.2010 organiseerde de CBPL tijdens een hoorzitting een confrontatie tussen beide partijen. BVAS en VBS waren vertegenwoordigd door Dr. Marc Moens, Dr. Rudi Van Driessche, Jos van den Nieuwenhof en Martine Bogaert. Zorgnet Vlaanderen was vertegenwoordigd door Peter Degadt, gedelegeerd bestuurder, Dr. Daniël Devos, sectorcoördinator algemene ziekenhuizen, Miek Peeters, stafmedewerker juridische zaken, Frederik Coussée, stafmedewerker economische zaken en meester Véronique Pede, advocate bij het kantoor Eubelius. De uitgebreide, 19 bladzijden tellende memorie van advocaat Pede, vergezeld van 21 bijlagen, samen goed voor 123 bladzijden literatuur, was mede ondertekend door Meester Koen Geens, senior partner bij Eubelius en oud-kabinetschef economische zaken van de Vlaamse Minister-President Kris Peeters. Het was duidelijk dat Zorgnet Vlaanderen kosten noch moeite had gespaard om te trachten zijn grote gelijk te halen. De "fine fleur" van de CD&V was present, want Daniël Devos is ook raadgever volksgezondheid en ziekteverzekering op het kabinet van de federale minister van Buitenlandse Zaken Steven Vanackere en Miek Peeters is raadgever juridische ondersteuning op het kabinet van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Na nog een reeks aangetekende en gewone brieven over en weer beslisten de Drs. Moens en Van Driessche d.d. 10.12.2010 te weigeren om te pogen om tot een regeling in der minne te komen.

Op 09.02.2011 sprak de CBPL zich uiteindelijk uit²⁶. Dit advies werd op 15.02.2011 aan de beide partijen bezorgd en bevat drie elementen. Als eerste is de Commissie van oordeel dat Zorgnet in het kader van de kwestieuze enquête in beginsel geen persoonsgegevens verwerkt en dat deze verwerking aldus niet onder het toepassing van de WVP valt. Als tweede element staat de Commissie er wel op dat indien Zorgnet Vlaanderen op een bepaald ogenblik zou geconfronteerd worden met inkomstgegevens van individuele artsen, de verplichtingen die in de Wet verwerking persoonsgegevens²⁷ zijn voorzien meteen in werking worden gesteld. Als derde element wordt Zorgnet Vlaanderen bovendien verzocht om uiterlijk in februari 2012 aan de Commissie een verslag over te maken.

Zorgnet Vlaanderen stuurt op 22.02.2011 een triomfalistisch perscommuniqué uit naar iedereen die het horen wilde. Bij De Standaard van 23.02.2011 wordt dat: "*Omzet van rijke artsen is geen geheim meer.*"... "*Reusachtige rel is beslecht... de artsen krijgen ongelijk*". De Zorgnet Vlaanderen genegen journalist Guy Tegenbos vermeldt alleen het eerste element van het advies van de CBPL. De twee andere elementen, die Zorgnet Vlaanderen

²⁶ Advies nr. 05/2011 van 09.02.2011 van de Commissie ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

²⁷ Wet 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (B.S. 18 maart 1993)

wel degelijk ringeloren, worden “vergeten” in zijn artikel. Als ik hem op zijn onvolledigheid wijs, vult Tegenbos zijn (volgens hem, wegens plaatsgebrek ingekort) artikel van 23.02.2011 ‘s anderendaags summier aan via de “De Standaard on line”²⁸. In de Artsenkrant noemde hoofdredacteur Peter Backx de uitspraak van de CBPL een salomonsoordeel onder de titel: “Zorgnet moet privacy respecteren”²⁹. Of hoe eenzelfde persbericht totaal andere artikels kan opleveren.

Het is duidelijk dat ziekenhuisartsen op hun hoede moeten blijven. Want niet alleen Zorgnet Vlaanderen wil graag de artsenhonoraria binnenrijven, ook de Franstalige ziekenhuisgroepering Santhéa had in april 2009 de enquête van Zorgnet Vlaanderen, op haar vraag, aan zijn leden bezorgd.

Ondertussen werd op 01.06.2010 Icuro opgericht, de nieuwe Vlaamse ziekenhuiskoepel van ziekenhuizen met publieke partners. Icuro is ontstaan uit de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV - Nederlandstalige Kamer). Santhéa is de Franstalige vleugel. Van bij de start heeft Icuro een samenwerkingsakkoord afgesloten met Zorgnet Vlaanderen³⁰. De samenwerking tussen de ziekenhuiskoepels maakt de beroepsverdediging in ziekenhuismilieu des te belangrijker.

5.3. Diensthouderschap en erkenning laboratorium

We beschreven deze problematiek uitgebreid in ons jaarverslag van vorig jaar³¹. T.g.v. artikel 2 van de wet d.d. 10.12.2009 houdende diverse bepalingen³² mag de apotheker-klinisch bioloog (die gemachtigd is verstrekkingen klinische biologie te verrichten³³) vanaf 10.01.2010 opnieuw diensthoofd zijn van een ziekenhuislaboratorium. Als politiek tegengewicht bekwamen we dat een jarenlange eis vanwege de artsen-klinisch biologen werd ingewilligd, namelijk dat in elk laboratorium voor klinische biologie minstens één arts-klinisch bioloog moet actief zijn om door de FOD Volksgezondheid en door het RIZIV erkend te kunnen worden.

Tegen het KB van 10.12.2009 (BS 13.01.2010) werden verscheidene verzoekschriften tot nietigverklaring ingediend (cf. punt 3.1.), echter niet tegen het wijzigingsbesluit van 15.11.2010³⁴ (cf. punt 3.11). De onzes inziens “faire deal” wordt door die verzoekschriften geschonden. Hoewel we tot 30.06.2010 de tijd hadden om een verzoekschrift tot nietigverklaring in te dienen bij het Grondwettelijk Hof tegen artikel 2 van de wet houdende diverse bepalingen van 10.12.2009, om nogmaals te pogen het diensthouderschap van de apothekers-klinisch biologen in ziekenhuislaboratoria in vraag te stellen, en hoewel we dit in

²⁸ “Artsen blijven bang voor privacy”. De Standaard on line, 24.02.2011.

²⁹ « Zorgnet moet privacy respecteren ». Artsenkrant nr. 2142, 25.02.2011.

³⁰ <http://www.hospitals.be/pdf/vol8n4p7.pdf>

³¹ De Geneesheer-Specialist, speciaal nummer maart 2010. Verslag van de secretaris Dr. Marc Moens, punt 3.4.3., blz. 36-38.

³² Wet van 10.12.2009 houdende diverse bepalingen (BS 31.12.2009).

³³ Volgens artikel 5 § 2 van het KB 78 van 10.11.1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen “*kan de Koning, overeenkomstig artikel 46bis, § 2, de voorwaarden bepalen waaronder de apothekers en de licentiaten in de scheikunde wetenschappen, die gemachtigd zijn om de analyses van klinische biologie te verrichten, op eigen verantwoordelijkheid en onder eigen toezicht, personen die een paramedisch beroep uitoefenen kunnen belasten met het verrichten van bepaalde handelingen die betrekking hebben op de klinische biologie*”.

³⁴ Koninklijk besluit van 15.11.2010 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 10 december 2009 houdende wijziging 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 (BS 03.12.2010; Ed. 1).

onze vorige algemene vergadering hadden aangekondigd, heeft het bestuur dit toch niet gedaan. Deze kostenveroorzakende juridische carrousel moet ooit eens stoppen. We kijken actief uit naar en komen zo nodig juridisch tussen in het verloop van de verzoekschriften tegen het KB van 10.12.2009 dat de 0,8 FTE arts-klinisch bioloog invoerde om als klinisch lab erkend te worden.

5.4. Andere

De meeste to do's voor 2010 die we in ons vorig verslag opsomden blijven nog steeds "to do" in 2011 of later.

5.4.1. Het elektronisch voorschrijven van onder meer klinische biologie zit nog steeds klem omdat het koninklijk besluit dat het gebruik van de elektronische handtekening in de gezondheidssector regelt nog steeds niet gepubliceerd werd. In andere sectoren, zoals de bankwereld, is het gebruik van de elektronische handtekening al jarenlang mogelijk.

5.4.2. Met een subsidie van het RIZIV-verzekeringscomité werkt de vzw Recip-e volop aan het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen. Van bij het begin werd gesteld dat het Recip-e-systeem een generisch model moet worden dat ook kan gebruikt worden bij het elektronisch voorschrijven van onder meer klinische biologie. Frank Robben, administrateur-generaal van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) en van het eHealth-platform, heeft dit tijdens de raad van bestuur van het eHealth-platform van 08.02.2011 bevestigd. Robben stelt evenwel dat de opslag van gecijferde berichten op de Recip-e-server slechts zin heeft in de mate dat het voorschriften betreft die zijn gericht aan labo's die niet als bestemming gekend zijn op het moment van het verzenden van het voorschrift. Indien de patiënt akkoord is dat de voorschrijver het voorschrift opstuurt naar een specifiek labo, kan technisch beter de eHealth-box worden gebruikt. Het formaat van het voorschrift moet in elk geval gestandaardiseerd zijn. Dr. Moens dringt er in de raad van bestuur van het eHealth-platform en van de vzw Recip-e op aan dat de vrije keuze van de patiënt inzake het laboratorium gewaarborgd blijft.

5.4.3. Sinds 01.01.2008 zijn de kleine risico's voor zelfstandigen opgenomen in de algemene regeling van de ziekteverzekering. In de werkgroep klinische biologie van de Technische Geneeskundige Raad heeft Dr. Moens gevraagd de ontubbeling van de codenummers voor de ambulante forfaitaire honoraria ongedaan te maken. Die werd in 1992 ingevoerd om het onderscheid tussen grote en kleine risico's voor zelfstandigen te kunnen maken. Om die ontubbeling ongedaan te maken, moet het KB van 24.09.1992 worden gewijzigd dat de forfaitaire honoraria regelt van de ambulante verstrekkingen klinische biologie³⁵.

5.4.4. Hoewel het begrip "stand order" al geruime tijd werd ingevoerd in de lijst met de door artsen aan verpleegkundigen toevertrouwde handelingen³⁶, vond dat begrip nog steeds zijn weg niet naar de nomenclatuur voor geneeskundige verstrekkingen bij het RIZIV. Het gebruik van dergelijke staande orders zou bijzonder nuttig zijn voor patiënten die repetitieve analyses nodig hebben, zoals vb. bloedgas- en pH-metingen bij beademde patiënten, glycemietingen bij gehospitaliseerde patiënten en dergelijke meer. Ondanks herhaalde

³⁵ KB van 24.09.1992 tot vaststelling van de nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen (BS 29.09.1992).

³⁶ KB van 13.07.2006 tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juni 1990 houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige prestaties en de lijst van de handelingen die door een geneesheer aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die prestaties en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen (BS 07.08.2006).

pogingen in de Technische Geneeskundige Raad geraakt dit dossier maar niet uit de startblokken.

5.4.5. Het telkens weer onder een nieuw erkenningsnummer opnemen door het RIZIV wanneer een lab een nieuwe test invoert uit artikel 24bis of 33bis is een volstrekt nutteloze administratieve ballast, die bovendien zeer onaangename gevolgen kan hebben. Als een verwijzend laboratorium niet weet dat het onderaannemend laboratorium waar het gewoonlijk mee samenwerkt een nieuw erkenningsnummer kreeg omdat het een bijkomende test uit artikel 24bis of 33bis uitvoert, dan riskeert het verwijzende lab weigering van terugbetaling van al zijn doorgestuurde prestaties door de mutualiteiten omwille van het gebruik van een “verkeerd” erkenningsnummer op zijn attesten. De V.I.’s krijgen automatisch van het RIZIV die nieuwe laboratoriumerkenningsnummers doorgestuurd. De verwijzende labs moeten dat maar raden.

Een ander kwalijk administratief gevolg van dit onhebbelijke systeem is dat eenzelfde lab chronologisch stilaan een ganse reeks van erkenningsnummers heeft. Voor elk van die erkenningsnummers moet het lab aan het RIZIV per trimester het aantal voorschriften en het bedrag meedelen dat het heeft gepresteerd voor ambulante patiënten³⁷. Dr. Moens heeft voorgesteld dat ook de Commissie voor klinische biologie aan Dr. De Ridder, directeur-generaal van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV, zou vragen deze administratie drastisch te vereenvoudigen. Het moet voldoende zijn alleen een specifiek erkenningsnummer te voorzien voor labs die testen uitvoeren uit artikel 24bis, 33bis of HPV uit artikel 32, en niet langer meer een specifiek nummer per test die met een techniek van moleculaire biologie wordt uitgevoerd.

5.4.6. Omwille van het gebrek aan “gekwalificeerd hulppersoneel”³⁸ wordt al een poosje overwogen dit begrip uit te breiden naar andere beroepscategorieën dan de medische laboratoriumtechnologen. Op dit ogenblik mogen klinisch biologen alleen aan personeelsleden die beschikken over de beroepstitel van medisch laboratoriumtechnoloog technische verstrekkingen klinische biologie voor uitvoering toevertrouwen³⁹. In eerste instantie wordt gedacht aan een uitbreiding naar de farmaceutische en biologische technologen (FBT’s), een studierichting die alleen in Vlaanderen bestaat en die eventueel mits een jaar bijkomende studie en stages in de hematologie zou kunnen gelijkgeschakeld worden met het diploma van de medisch laboratoriumtechnologen (MLT’s). Dit is een opdracht die door de Commissie klinische biologie moet worden uitgewerkt.

5.4.7. Het plan om in niet-ziekenhuislaboratoria een raad van klinisch biologen te doen oprichten (geïnspireerd op de medische raad in de ziekenhuizen) en die raad te doen opnemen in het erkenningsbesluit van 03.12.1999 werd onder invloed van belangrijke spelers uit de sector van de private laboratoria vakkundig politiek genekt met pseudo-EU-argumenten. Die draad moet heropgenomen worden.

5.4.8. De verouderde statuten van onze beroepsvereniging moeten geactualiseerd worden. De werkzaamheden werden door Fanny Vandamme al in 2009 aangevat, maar bleven door

³⁷ KB van 28.04.1993 houdende de erkenningscriteria in hoofde van de laboratoria voor klinische biologie, bedoeld in artikel 63, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994 (BS 20.05.1993) (in de wandeling het “kwantiteitsbesluit” genoemd, naast het “kwaliteitsbesluit” van 03.12.1999).

³⁸ Art. 17 van het KB van 03.12.1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de minister tot wiens bevoegdheid de volksgezondheid behoort (BS 30.12.1999 ; Ed. 2).

³⁹ KB van 02.06.1993 betreffende het beroep van medisch laboratoriumtechnoloog (BS 10.07.1993).

tijdsgebrek in een van mijn schuiven steken. Er zijn zaken in onze beroepsbezigheden die ik spannender acht dan het schrijven van statuten.

5.4.9. Van de to do's van vorig jaar rest er ons nog als toetje het attractiever maken van ons medisch specialisme. Een koud kunstje uiteraard.

6. Besluit

Als artsen-klinisch biologen moeten we opletten dat de accrediteringsinspanningen en ISO-normen onze medische taken niet gaan overheersen.

We zien meer en meer managers verschijnen in onze sector, niet alleen in megalabs, maar ook in middelgrote (ziekenhuis-)laboratoria. Het is aan de klinisch biologen om erover te waken dat het management niet in conflict komt met de primaire opdracht van de laboratoria voor klinische biologie: op een kwaliteitsvolle manier de nodige klinisch biologische zorgen kunnen verlenen aan de patiënten die er nood aan hebben.

Hierbij is ook een actieve participatie vanwege de klinische biologen nodig in de elektronische gegevensuitwisseling van medische data. Onze beroepsgroep heeft decennialang het voortouw genomen in deze datatransmissie. Het is nu niet het moment om tussen het geweld van de hubs en de metahubs van specialisten en would-be specialisten in het beheer van gezondheidsgegevens onze rechtmatige plaats kwijt te spelen.

En ten slotte rest er ons de eeuwige vraag hoe we op een objectieve manier onze voorschrijvende collegae kunnen aanmanen, begeleiden of helpen bij het adequater voorschrijven van prestaties klinische biologie.

Met zoveel uitdagingen belooft 2011 een boeiend werkjaar te worden. De wetenschap dat de opdrachten veel groter zijn dan wat binnen dat ene jaar kan gerealiseerd worden, maakt de uitdaging mijns inziens alleen maar groter. De lijfspreuk van Willem van Oranje: "*Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer*" komt me in mijn bezigheden ter verdediging van het artsenberoep en van arts-specialist in de klinische biologie in het bijzonder, al decennia goed van pas.

Dr. Marc MOENS,
Secretaris BBGSMB,
24.02.2011

Forfaitaire honoraria vanaf 01.01.2011

(Nota ARGV 2011/10: beslissing Algemene Raad RIZIV 14.02.2011)

FORFAITAIRE HONORARIA PER OPNAME IN HET ZIEKENHUIS VANAF 01.01.2011 (in €) (in vergelijking met 01.01.2010)

Codenummer	Honoraria vanaf 01.01.2011	Remgeld		Honoraria 01.01 – 31.12.2010
		WIGW	Niet-WIGW	
591102 (F10)	31,74	00,00	7,44	28,60
591603* (F10 + Q)	32,02	00,00	7,44	28,90
591124 (F 12,5)	43,63	00,00	0,00	39,33
591146 (F 7,5)	23,80	00,00	0,00	21,45

* *geaccrediteerde klinisch bioloog*

FORFAITAIRE HONORARIA PER OPNAME IN HET DAGZIEKENHUIS VANAF 01.01.2011 (in €) (in vergelijking met 01.01.2010)

Codenummer	Honoraria vanaf 01.01.2011	Remgeld		Honoraria 01.01 – 31.12.2010
		WIGW	Niet-WIGW	
591091	31,74	00,00	0,00	28,78
591113	43,63	00,00	0,00	39,57
591135	23,80	00,00	0,00	21,59

FORFAITAIRE HONORARIA PER AMBULANT VOORSCHRIFT KLINISCHE BIOLOGIE VANAF 01.01.2011 (in €) (in vergelijking met 01.01.2010)

Aantal B	Codenummer	Honoraria vanaf 01.01.2011	Remgeld		Honoraria 01.01 – 31.12.2010
			WIGW	Niet-WIGW	
Niet-geaccrediteerden					
B < 700	592815	15,90	0	0	16,56
	592830	3,73	-	-	3,89
		19,63	0	0	20,45
700 ≤ B < 1750	592911	25,79	3,72	8,70	28,86
	592933	6,05	-	-	6,30
		31,84	3,72	8,70	33,16
1750 ≤ B < 3500	593014	29,24	3,72	12,96	30,45
	593036	6,86	-	-	7,15
		36,10	3,72	12,96	37,60
B ≥ 3500	593110	30,96	3,72	15,67	32,25
	593132	7,27	-	-	7,57
		38,23	3,72	15,67	39,82
Geaccrediteerden					
B < 700	592852	16,26	0	0	16,93
	592874	3,80	-	-	3,96
		20,06	0	0	20,89
700 ≤ B < 1750	592955	26,32	3,72	8,70	27,41
	592970	6,15	-	-	6,40
		32,47	3,72	8,70	33,81
1750 ≤ B < 3500	593051	29,81	3,72	12,96	31,04
	593073	6,97	-	-	7,25
		36,78	3,72	12,96	38,29
B ≥ 3500	593154	31,56	3,72	15,67	32,87
	593176	7,37	-	-	7,68
		38,93	3,72	15,67	40,55