De Arts-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Artsen-Specialisten

Verantwoordelijke 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

April 2017

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

Inhoud

1. Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 23.02.2016 3
2. Toespraak van de voorzitter, Dr. Michel LIEVENS 3
3. Verslag van de secretaris, Dr. Henk LOUAGIE, met de gewaardeerde medewerking van Drs. Marc MOENS en Dr. Alain DEROM 6
   3.1. Dit was 2016 6
      3.1.1. Ereloonsupplementen 6
      3.1.2. Moleculaire biologie 8
      3.1.3. Taskforce en besparingen 9
      3.1.4. Hervorming gezondheidszorgberoepen 10
      3.1.5. POCT/PST 11
      3.1.6. Kafka bestendigt zijn eeuwig leven ook in 2016! 12
      3.1.7. 0.8 FTE arts-bioloog 13
      3.1.8. Nieuwe ontwikkelingen 13
   3.2. Dit wordt 2017 14
      3.2.1. Wat met het budget? 14
      3.2.2. Evoluties binnen het budget: analyse 15
      3.2.3. Aantrekkelijkheid beroepsvereniging 19
4. Financieel verslag door de penningmeester, Prof. A. Verstraete 19
5. Bespreking van het verslag van de secretaris 19
6. Varia 20

Ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 21.02.2017

Aanwezig:
De dokters Drs. Norbert BLANCKAERT, Alain DEROM, Jeremy GRAS, Michel LIEVENS, Henk LOUAGIE, Jean-Marc MINON, Marc MOENS, Pieter VERMEERSCH en Alain VERSTRAETE.

Verontschuldigd:
De dokters Jan MOERMAN, Jean-Luc RUMMENS, en Jean-Baptiste VANDERPAS.

1. Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 23.02.2016

Het ontwerp van verslag van de algemene vergadering van 23.02.2016, dat in het speciaal nummer van de Arts-Specialist van maart 2016 verscheen, wordt unaniem goedgekeurd.

2. Toespraak van de voorzitter, Dr. Michel LIEVENS

Beste Collega's,

Minister van Volksgezondheid, Maggie DE BLOCK, presenteerde in april 2015 haar plan voor de hervorming van de ziekenhuizen. In dat plan voorziet de minister verschillende financieringsvormen voor verstrekkingen aan gehospitaliseerde patiënten al naargelang de aandoening en de mate waarin deze verstrekkingen standaardiseerbaar zijn. Drie niveaus, of clusters, werden gedefinieerd: laagvariabel, mediumvariabel en hoogvariabel.

Voor de cluster van de laagvariabele zorg – dus die zorg waarbij de behandeling weinig complex is en homogeen in de medische aanpak – wil de minister een prospectief betalingssysteem opzetten, onder de vorm van forfaits per verblijf en per pathologie. Deze forfaits zullen in de plaats komen van de bedragen die momenteel worden uitgekeerd aan het ziekenhuis via het Budget Financiële Middelen (BFM), van de terugbetalingen van geneesmiddelen en van de honoraria voor medische en paramedische verstrekkingen die worden verricht gedurende de opname. De invoering van een prospectieve financiering volgens pathologie heeft slechts betrekking op 25 % van de activiteiten van het ziekenhuis, dat dus de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen zal blijven gebruiken voor de complexere hospitalisaties. Dat belet niet dat de artsen die te maken krijgen met de forfaitair gefinancierde pathologieën zullen moeten weten welk gedeelte van het forfait hen als honorarium zal worden toebedeeld, en onderling zullen moeten uitmaken hoe ze dat zullen verdelen. Deze eerste stap in het forfaitariseringsproces lijkt efficiënt (budgettair gesproken welteverstaan). Moeten we dan niet vrezen dat deze vergoedingswijze snel zal worden uitgebreid naar de aandoeningen uit de mediumvariabele cluster? De drempel van 25 % geforfaitariseerde ziekenhuisactiviteiten zal dan duidelijk overschreden worden!

Alvorens deze eerste forfaitariseringsfase in de ziekenhuizen uit te rollen, wil de minister mogelijke conflicten, zoals we zonet hebben geschetst, voorkomen, door te preciseren welk gedeelte van deze forfaits naar het ziekenhuis gaat en welk gedeelte naar de zorgverstrekkers. Daar duikt dus het begrip 'zuiver honorarium' op, dat verschilt van het huidige honorarium in die zin dat het niet de middelen omvat die de arts nodig heeft om zijn medische act te kunnen verrichten. De minister heeft twee universitaire teams aan het werk gezet om dat probleem op te lossen.

Het eerste team, van het UZ Leuven onder leiding van Prof. Katrien KESTELOOT, heeft als opdracht na te gaan in hoeverre de door het RIZIV toegekende middelen afdoende zijn om de uitgaven te dekken die het ziekenhuis doet om in alle behoeften van een patiënt tijdens zijn ziekenhuisverblijf te voldoen. Het tweede team houdt zich specifiek bezig met de medische honoraria. De opdracht werd

toevertrouwd aan een groep onderzoekers van de École de santé publique van de ULB, onder leiding van Professoren Magali PIRSON en Pol LECLERCQ. Met een eerdere studie hebben die laatsten, met behulp van een methodologie die PACHA wordt genoemd, een reeks medische verstrekkingen geanalyseerd, door de kosten van de verschillende bestanddelen ervan te ontleden, met name de kosten voor het niet-medisch personeel, werkingskosten, afschrijving van het instrumentarium en indirecte kosten, om er zo het overblijvende medische honorarium (of 'zuiver' medisch honorarium) uit te puren. Bij de nieuwe studie bestaat het belangrijkste doel erin om voor elk medisch specialisme de waarden van de diverse prestaties te rangschikken op basis van 3 objectieve criteria: duur, moeilijkheidsgraad en risico van de verstrekking. In het totaal zullen niet minder dan 350 verstrekkingen worden geanalyseerd. Het VBS, dat werd aangezocht door de coördinatoren van de studie, heeft beslist om eraan mee te werken. Alle beroepsverenigingen zijn erbij betrokken, ook de klinische biologie. Waar een heelkundige prestatie niet al te moeilijk te beoordelen is volgens deze criteria, geldt dat net wel voor de klinische biologie. Het is niet voor niets dat de auteurs van de studie hun werkzaamheden begonnen zijn met de beroepsverenigingen van de meer klinische specialismen. Pas daarna komen de verstrekkingen van de complexere medisch-technische specialismen aan de beurt; maar dat zou nu niet lang meer op zich mogen laten wachten. Jullie allemaal, beste leden van onze vereniging, zullen (de komende weken?) een vragenlijst ontvangen waarop liefst zoveel mogelijk antwoorden komen, omdat jullie als mensen van het terrein het best geplaatst zijn om te oordelen over de mate waarin jullie betrokken zijn bij de verstrekkingen klinische biologie die ter evaluatie worden voorgelegd. Hoe meer vragenlijsten er worden ingevuld, hoe relevanter de resultaten.

Welke gevolgen deze resultaten voor de nomenclatuur zullen hebben, blijft een vraagteken.

Hoe dan ook zal de minister aan de hand van de resultaten van de twee studies enerzijds de forfaits kunnen afstemmen op de reële ziekenhuiskosten, en anderzijds de artsen dat deel van het forfait toekennen dat hen als honorarium toekomt. Daarmee biedt men beslist een antwoord op een aantal onzekerheden, maar andere vragen blijven: zullen de artsen zelf tot een vergelijk moeten komen om de honoraria te verdelen? Zijn deze honoraria ontheven van om het even welke afdracht aan de beheerder? Zullen we niet onze beslissingsmacht in onze diensten verliezen? De keuze over materiaal (zowel werkingsmiddelen als investeringen), paramedisch personeel, organisatie?

Nu de minister een eerste stap heeft gezet in de richting van zuivere honoraria voor de artsen, en in het bijzonder de biologen, zullen we goed moeten opletten om de leidinggevende verantwoordelijkheden die ons nog resten te behouden

Het is ondertussen al zeven jaar geleden dat ik, in eenzelfde toespraak, de invoering van een alternatieve vergoeding voor de biologen had voorgesteld, in de vorm van een forfaitair honorarium per analyseaanvraag; een 'zuiver' honorarium. Geen enkele positieve reactie heb ik daar toen op gekregen, wel een aantal kritische commentaren, waarvan de meest terechte zonder twijfel luidde dat we, door het verlies van een belangrijk deel van onze honoraria, dat dient om de laboratoriumkosten te dekken, onze beslissingsmacht zouden verliezen. Maar hebben we die macht vandaag nog, in het tijdperk van openbare aanbestedingen en multidisciplinaire investeringen? Wat er ook van zij, nu onze minister een eerste stap heeft gezet in de richting van zuivere honoraria voor de artsen, en in het bijzonder de biologen, zullen we goed moeten opletten om de leidinggevende verantwoordelijkheden die ons nog resten te behouden. Die zijn essentieel. We weten dat de beheerder van ons ziekenhuis niet liever wil dan onze plaats in te nemen, door in ons labo een bestuurder te droppen die hem volledig op zijn wenken bedient. En dat weten we, omdat dat niet alleen de situatie is in de meeste extramurale laboratoria sinds geruime tijd, maar ook in aardig wat ziekenhuislabo's.

Een positief neveneffect van dit aanloopje naar forfaitarisering van de honoraria is dat de ongezonde link tussen tal van medische verstrekkingen en het vergoedingspeil wordt verbroken. De vergoeding per act is onderhevig aan overconsumptie (behalve in de klinische biologie in het ziekenhuis, die al hoofdzakelijk via forfaitaire honoraria wordt betaald). Een arts kan "zijn zakken vullen" door nutteloze prestaties te realiseren; het is een terugkerend verwijt. Bovendien zitten we in een Belgische

ziekenhuisomgeving waarin 40 % van de instellingen met een tekort kampen. Aangezien gemiddeld 42 % van de honoraria van de ziekenhuisartsen door de beheerders wordt ingehouden, hebben deze dus ook belang bij medische overconsumptie in hun ziekenhuis, vooral als hun balans negatief is! Het is dus wel degelijk een vicieuze cirkel, wie hem ook begonnen is. Sommigen luiden de alarmbel: met de forfaitarisering gaan we minder verstrekkingen realiseren; dat zal het ziekenhuis minder kosten. We dreigen dus naar onderconsumptie te evolueren, wat ook in het nadeel zou zijn van de patiënt. Welke serieuze arts zou echter het risico nemen een verstrekking die hij nuttig acht voor zijn patiënt niet uit te voeren? Als bovendien morgen (eindelijk) de meeste medische handelingen volgens de richtlijnen van de EBM (Evidence Based Medicine) gebeuren, dan zullen de 'aanbevolen' acts wel degelijk worden uitgevoerd, en zonder enige twijfel ook alleen deze acts, voor het welzijn van de patiënt, die correct zal behandeld zijn. Schiet de beheerder van het verlieslatende ziekenhuis daar niets mee op? Wel, dat hij dan ofwel een voorbeeld neemt aan de ziekenhuizen in evenwicht, ofwel zijn bedden ter beschikking stelt van de regionale overheid die het beheer over de ziekenhuizen in haar bevoegdheden heeft. Zeurt men ons al niet jaren aan het hoofd dat er te veel ziekenhuisbedden zijn in België? Bij die vaststelling houdt men waarschijnlijk niet voldoende rekening met de aanzienlijke impact die de digitale revolutie zal hebben op het aantal hospitalisaties in de toekomst. Dankzij talloze gadgets en apps zal de geconnecteerde patiënt van bij hem thuis een hele rist data over zijn gezondheid kunnen doorsturen naar zijn huisarts of specialist. Patiënten zullen dus veel minder vaak gehospitaliseerd moeten worden, tenzij voor acute aandoeningen. En de klinische biologie zal haar ambulante activiteit zien groeien ten nadele van haar ziekenhuisactiviteit.

In de context van de herziening van het KB nr. 78 over de verdeling van de zorgtaken tussen de diverse gezondheidsprofessionals, zou de minister deze laatsten kunnen verplichten het bewijs voor te leggen dat ze hun kennis op een adequaat niveau houden, naar het voorbeeld van de CanMeds (Canadian Medical Education Directives for Specialists), die in het leven werden geroepen in Canada door en voor artsen. Een van die richtlijnen stelt dat "de beoefenaar correct het diagnostisch, therapeutisch en preventief arsenaal toepast in een evidence-based optiek". Op die manier zal EBM een verplichte norm worden, die het doen en laten van de arts bepaalt. De geneeskunde zal vervagen en plaats maken voor krachtige en doeltreffende algoritmes. Moeten we vrezen dat deze in een niet al te verre toekomst de klinisch bioloog zullen vervangen in zijn adviserende rol bij de interpretatie van laboresultaten, bij het voorstellen van aanvullende analyses op een op het eerste gezicht verstoord biologisch bilan?

Jonge biologen, engageer jullie in de beroepsverdediging, neem de fakkel over van de oudere generatie, die vroeg of laat zal afhaken

We rekenen uiteraard op de genetica, de medische wetenschap van het heden en vooral van de toekomst: preventieve geneeskunde en gepersonaliseerde behandelingen maken hun opwachting. Kunnen wij ons meester maken van deze wetenschap van de toekomst? Zou het niet volstaan, zoals het KCE voorstelt, om aan het art. nr. 78, dat momenteel in volle transformatie is, de genetic counselor toe te voegen? Opgepast, gevaar!

Niets dan vragen over onze toekomst, in de eerste plaats over onze toekomstige vergoedingswijze in de context van een flink door elkaar geschudde ziekenhuisfinanciering. Maar ook over de toekomst van ons specialisme in een context van voortschrijdende digitalisering van de medische kennis en van gadgets die via sensoren, receptoren en patches medische, en dus ook biologische informatie genereren. Het is een achterhoedegevecht om ons te verzetten tegen de ontwikkeling, buiten de medische laboratoria om, van biologische tests die ter beschikking worden gesteld van de patiënten, zoals vandaag de zwangerschapstests, HIV-tests, glucosetests en andere, en morgen alle visueel afleesbare 'monotests', waar wij gebruik van maken in onze laboratoria, en die zonder enige twijfel de markt zullen overspoelen, uiteraard via de apotheek.

Nooit is onze strijd om te overleven zo actueel geweest. We moeten verenigd zijn om de uitdagingen die op ons wachten tegemoet te treden en onze stem laten horen via de leidende instanties. Jonge biologen, engageer jullie in de beroepsverdediging, neem de fakkel over van de oudere generatie, die vroeg of laat zal afhaken.

Een fijn biologisch 2017 gewenst!

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

3.1. Dit was 2016

Begin 2017 zijn er in België nog 132 klinische laboratoria actief, respectievelijk 75 in het Vlaamse, 11 in het Brusselse en 46 in het Waalse gewest. De merendeel hiervan (81/132) heeft slechts 1 activiteitencentrum, 24 hebben er twee, 12 hebben er 3 en 9 laboratoria hebben zelfs 4 activiteitencentra (met dank aan Philippe VANDEWALLE WIV, voor het snel ter beschikking stellen van deze gegevens).

Bij het overlopen van de vergaderingen van het voorbije jaar en deze te vergelijken met de statutaire vergadering 2016 blijken een aantal onderwerpen ook in 2016 niet van de radar verdwenen. In totaal werd in 2016 vijf keer vergaderd.

2016 was een jaar in woelig financieel vaarwater, met talrijke besparingsmaatregelen niet noodzakelijk wetenschappelijk gefundeerd, die de zaken niet zullen vereenvoudigen en daarnaast een harde niet (of slechts partiële) indexatie van alle honoraria. Ook de opgelegde besparingen in de ziekenhuizen zullen wellicht hun impact hebben op de afhoudingen voor de artsen en aldus ook direct het inkomen van de artsen en dus ook de klinisch biologen aantasten. Privé laboratoria zullen verliezen leiden door de beslissing om een verbod op de ereloonsupplementen in te voeren in de ambulante sector[1]. Meer en meer wordt duidelijk dat ieder nieuw initiatief uit eigen middelen dient te worden gefinancierd, wat ertoe leidt dat de beroepsvereniging proactief moet blijven nadenken over intelligente manieren om niet-adequaat gebruik van klinische biologie tegen te gaan via adequate diagnostische regels of via de introductie van verplichte intervallen vooraleer een test mag worden herhaald. Dergelijke oefeningen werden reeds gemaakt bv. omtrent de explosie van vitamine D-bepalingen of de overconsumptie van serologische testen gedurende de zwangerschap.

Volgende items werden regelmatig behandeld en zullen wellicht ook in 2017 in de opeenvolgende vergaderingen terugkeren.

3.1.1. Ereloonsupplementen

In het akkoord artsen-ziekenfondsen wordt onder punt 4.3.1. gesteld dat de medico-mut voor 30.06.2016 een voorstel moet formuleren tot invoering van een verbod op supplementen in de ambulante sector klinische biologie, pathologische anatomie en genetica. De voorzitter van de medico-mut, Jo DE COCK, wou dit rond hebben voor 30.04.2016. Een van de argumenten die de mutualiteiten gebruiken om supplementen te verbieden voor klinisch biologen is dat zij geen fysiek contact met patiënten zouden hebben. Talrijke klinische biologen zien nochtans patiënten in het kader van NIPT, puncties, reiskliniek, infectieuze problemen, enzovoort … Het zogenaamd niet ontvangen van patiënten is dus geen argument om supplementen te verbieden. De AADM[2] stelde voor dat de klinische biologen van het laboratorium waar een staal wordt geanalyseerd de conventiestatus van de voorschrijver dient te volgen, of m.a.w. als de voorschrijvende arts geconventioneerd is, dan mogen de klinisch biologen van het lab geen supplementen aanrekenen.

[1] Het ontwerp van KB, goedgekeurd in het Verzekeringscomité van .25.07.2016, werd nog niet gepubliceerd (Nota CGV 2016/252).

[2] AADM: Alliantie Artsenbelang - Domus Medica, Alliance Avenir des Médecins, derde artsenvereniging in de nationale commissie artsen – ziekenfondsen, naast de BVAS-ABSyM en het Kartel/Cartel.

Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017 bevat volgende maatregel inzake toegankelijkheid: '*De NCGZ zal voor 30 juni 2016 (sic) een voorstel formuleren tot invoering van een verbod met betrekking tot de supplementen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica zoals voorzien in artikel 73 § 1/1 GVU-wet*'. Met supplementen wordt bedoeld het verschil tussen de honoraria en de tarieven uit het akkoord. Uit deze bepalingen volgt dat het niet gaat om een algemeen verbod voor het aanrekenen van supplementen, maar dat het toepassingsgebied beperkt is tot de ambulante verstrekkingen en dat een terugbetaling van de betrokken verstrekkingen is voorzien. Kortom, het gaat niet over honoraria betreffende analyses die niet door het RIZIV worden terugbetaald!
Volgende conclusies en voorstellen worden geformuleerd:

- Naar het voorbeeld van de ziekenhuissector kunnen geen supplementaire honoraria worden aangerekend op de forfaitaire honoraria.
- Het aanrekenen van administratieve onkosten of kosten voor bloedafname zijn niet toegestaan. Kortom, een vast supplement van bijvoorbeeld 5 euro/bloedafname zal niet meer kunnen.
- Supplementen kunnen enkel worden aangerekend door niet-geconventioneerde of partieel geconventioneerde zorgverleners op voorwaarde dat de verstrekkingen door hen zijn uitgevoerd. Een identificatie op de factuur is vereist en supplementen kunnen niet door derden worden geïnd.
- Supplementen mogen enkel worden aangerekend indien de patiënten ervan op de hoogte zijn. De praktische modaliteiten hiervan zijn nog niet bekend: volstaat de door het RIZIV beschikbaar gestelde en raadpleegbare lijst van niet-geconventioneerde klinisch biologen? Moet er een vermelding gebeuren op het aanvraagformulier? Volstaat een uitgehangen mededeling in de prikcentra?
- De noodzakelijke beslissingen moeten worden genomen ter uitvoering van de transparantiewet[3].
- Het RIZIV en de verzekeringsinstellingen zullen de lijst van de klinisch biologen en de labs waar zij werken publiceren met vermelding van hun conventiestatus.
- Er dient te worden voorzien in een periodieke evaluatie van de voorgestelde maatregelen.
- Ter compensatie van de patholoog-anatomen wordt de verstrekking voor cervixkankerscreening door middel van dunne laag cytologie geherwaardeerd (+ €5,50).
- De nationale overeenkomst tussen de apothekers-biologen en de verzekeringsinstellingen wordt herzien en geactualiseerd. Deze conventie dateert van 1995 en werd sindsdien niet meer gewijzigd.
- De bedragen van supplementen en van niet-terugbetaalde verstrekkingen dienen aan de VI 's te worden overgemaakt bij elektronische facturatie. Ook hier zijn de modaliteiten nog niet gespecifieerd. Het is wel duidelijk dat op de tapes alle niet-terugbetaalbare testen en supplementen dienen te worden vermeld. Aangezien dit momenteel niet gebeurt, zullen de uitgaven onder de term "supplement" dus toenemen louter omdat er administratief (nog) geen mogelijkheid is om echte supplementen te onderscheiden van honoraria voor niet terugbetaalde testen. Dr. Alain DEROM zal in de Commissie informatie- verwerking (CIV) bij het RIZIV navragen hoe de pseudonummers van niet-terugbetaalde testen op de magnetische band moeten worden vermeld.

Het blijft onduidelijk wanneer het KB omtrent de supplementen zal worden gepubliceerd en ingaan. Het was de bedoeling dat het vóór 01.01.2017 zou zijn.

Een verduidelijking omtrent de facturatie-instructies gebeurde met de omzendbrief I 2016/14 van de Commissie voor informatieverwerking van het RIZIV: supplementen bij vergoedbare prestaties moeten vermeld worden in zone 30-31 (supplement) van de record waarin ook de ZIV-tegemoetkoming (zone 19) en het eventuele persoonlijk aandeel (zone 27) gefactureerd worden. Voor niet-vergoedbare

[3] Artikelen 92 - 97 van de wet d.d. 10.04.2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, in voege d.d. 01.07.2015 (BS 30.04.2014)

laboratoriumverstrekkingen bestaat reeds een aparte pseudocode 960035-960046. Het bedrag dat aan de patiënt aangerekend wordt, komt in zone 30-31 (supplement).

3.1.2. Moleculaire biologie

Een nieuwe werkgroep 'Companion diagnostics, afgekort tot CDx) ' werd opgestart binnen de schoot van het RIZIV. Hij bestaat uit leden van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) en leden van de Technisch geneeskundige raad (TGR). Bedoeling is om bij de goedkeuring voor terugbetaling van nieuwe anti-kanker medicaties, die afhangen van de moleculaire kenmerken van de tumor, in die terugbetaling ook de kostprijs van de test op te nemen. Hiervoor zal een nieuw artikel 33ter in de nomenclatuur worden gecreëerd. Dit zou kunnen betekenen dat een aantal nomenclatuurnummers van artikel 33bis zullen worden geschrapt en overgebracht naar artikel 33ter. Marc MOENS is lid van de werkgroep CDx als afgevaardigde van de Technisch geneeskundige raad (TGR) én van het Verzekeringscomité. Bij de eerste vergadering van de werkgroep werd vooral het woord gevoerd door genetici van de verschillende centra voor menselijke erfelijkheid die er als « technici » werden uitgenodigd. Behalve hun wetenschappelijke inbreng verdedigen zij er alleszins ook hun greep op de moleculaire oncologie, die nochtans niet per definitie erfelijk is. Ondertussen is het nog wachten op dat nieuwe artikel 33ter van de nomenclatuur waarin terugbetaling zal worden voorzien voor nieuwe moleculaire testen zoals 'NGS'. Extra financiële middelen worden evenwel niet voorzien. Introductie van nieuwe testen via artikel 33ter betekent aldus het schrappen of verminderen in terugbetalingswaarde van testen in artikel 33bis. Door testen te linken aan medicatie zou een snellere introductie in de nomenclatuur kunnen worden voorzien dan via de tergend trage procedures voor de herziening van de nomenclatuur klinische biologie. De terugbetaling van medicijnen is immers gebonden door strikte wettelijk vastgelegde tijdslimieten, wat niet het geval is voor de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen.

De NIPT oftewel 'niet-invasieve prenatale testen' was een vaak terugkerend item in de bestuurscomités van 2016. Op 28 januari 2016 richtte minister Maggie DE BLOCK een adviesaanvraag aan dhr. Jo DE COCK, administrateur-generaal van het RIZIV, en aan dr. Jacques DE TOEUF, voorzitter van de Technisch Geneeskundige Raad i.v.m. de NIPT-testen, rekening houdend met het KCE-rapport 222A[4] en de nieuwe ontwikkelingen qua prijs. Expliciet werd gevraagd om een advies te geven omtrent een test uitsluitend voor het opsporen van trisomie 21. De centra voor menselijke erfelijkheid reageerden hierop met een visiedocument waarin ze beweren dat de NIPT-test meer is dan een screening naar trisomie 21. Ze willen deze uitbreiden naar een veralgemeende prenatale genetische screening met alle ethische implicaties van dien en tegen een veel hogere prijs. Daarenboven trokken ze de geleverde kwaliteit in de laboratoria voor klinische biologie in twijfel.

Het NIPT-dossier werd besproken in de werkgroep klinische biologie van de Technisch Geneeskundige Raad (TGR) van 19.04.2016. Dr. Marc MOENS verdedigde daar de terugbetaling van de NIPT via art. 33bis, waardoor de test dus toegankelijk zou worden voor de laboratoria klinische biologie. Hij stond met dat standpunt alleen. De uitgenodigde experten van de CME verkondigden (zonder bewijsstukken) dat de Clarigo test van Multiplicom, die wordt uitgetest in een aantal niet-universitaire ziekenhuislaboratoria klinische biologie, van bedenkelijke kwaliteit is. Dit kon ondertussen ontkracht worden en Dr. MOENS liet bij de volgende vergadering van de werkgroep klinische biologie van de TGR d.d. 10.05.2016 vragen geen rekening te houden met deze opmerkingen. Minstens 5 grote niet-universitaire ziekenhuizen bieden ondertussen de NIPT test aan via de Clarigo test (zie ook persbericht in 'de specialist', http://www.despecialist.eu/nl/actualiteit/vier-vlaamse-niet-universitaire-ziekenhuizen-starten-met-nipt-test). Als bij wonder lieten de centra voor menselijke erfelijkheid hun prijs dan ook met 100 euro zakken om op hetzelfde prijsniveau te komen van hun niet-universitaire concullega's. Ondertussen staan ook al in minstens 2 niet-genetische centra platformen om de NIPT test uit te voeren met behulp van whole genome sequencing. Dus het argument van 'zogenaamde

[4] De niet-invasieve prenatale test (NIPT) voor trisomie 21 - KCE- 22.05.2014

technische superioriteit' kan ondertussen ook al door minstens 2 niet genetische centra worden ontkracht.
Het is duidelijk dat de NIPT test aanleiding geeft tot een machtsspel op de hoogste niveaus. Voor de beroepsvereniging is het essentieel dat de NIPT test als een screeningstest wordt beschouwd die die thuishoort in de laboratoria klinische biologie mits uiteraard aan hoogstaande kwaliteitseisen wordt voldaan, onder meer de accreditatie van de test. Ondertussen blijkt het CME Leuven zelfs te dreigen om genetische consultaties stop te zetten in ziekenhuizen waar men zelf de NIPT test wenst aan te bieden. Het is waar dat door 'whole genome sequencing' ook andere genetische afwijkingen buiten trisomie 13, 18 en 21 worden teruggevonden. Doch hier stelt zich de ethische kwesties of men aan patiënten ongevraagde genetische testresultaten dient mee te delen. Daarenboven zijn vele van de extra teruggevonden afwijkingen te wijten aan placentair mosaïcisme en kunnen deze in de foetus zelf niet worden aangetoond. Aldus leidt deze bijkomende informatie tot veel onrust en bijkomende onderzoeken bij de patiënten. Een 'klinisch geneticus' (tussen aanhalingstekens want de beroepstitel bestaat nog steeds niet) van de KUL gaf zelf toe dat ze de NIPT nodig hebben om de lage betaling van hun consultaties te compenseren… . Tja, als de klinische biologie alle deficitaire consultatie activiteit (die eveneens geldt voor pneumologen, neurologen, pediaters, chirurgen…) zal moeten compenseren, dan kunnen we beter het faillissement van de klinische biologie aanvragen.

Het WIV startte ondertussen met de benchmarking trial 'next generation sequencing' en zal stalen versturen begin 2017 naar de ingeschreven laboratoria die op het moment van verzending van de stalen mutaties opsporen in vaste tumoren. In eerste instantie heeft de organisatie van de benchmarking trial als doel de testen in kaart te brengen die actueel worden uitgevoerd in de deelnemende laboratoria. Deze eerste studie richt zich enkel op de evaluatie van de parameters uitgevoerd op vaste tumoren. Een volgende studie zal ontwikkeld worden voor de parameters geëvalueerd in de hemato-oncologie.

Mogelijkerwijze zullen de resultaten ook gebruikt worden voor de mogelijke creatie van een 'conventie', die zal afgesloten worden tussen het RIZIV en sommige klinische laboratoria. Via die conventie zal het RIZIV de terugbetaling van NGS testen toelaten voor alle als nuttig erkende klinische indicaties in de oncologie en de hemato-oncologie. Deze conventie zal tijdelijk gebruikt worden tijdens de herziening van het huidige wettelijk kader (artikel 33bis van de nomenclatuur). De selectiecriteria die als voorwaarde zullen worden gesteld aan de laboratoria om te kunnen deelnemen aan de conventie worden momenteel geëvalueerd door de bevoegde overlegorganen binnen het RIZIV.

Los daarvan is een bijkomende evolutie dat overheden 'tenders' afsluiten met laboratoria en bijvoorbeeld een bepaald type 'speciale' test exclusief laten uitvoeren door een uniek laboratorium na het uitschrijven van een openbare aanbesteding. Tot op heden is dit geen Belgische situatie doch internationaal is dit wel iets dat leeft en dat de Belgische overheid kan inspireren.

3.1.3. Taskforce en besparingen

In punt 4.3.1. van het akkoord artsen-ziekenfondsen van 22.12.2015 voor de jaren 2016-2017 lezen we dat de nationale commissie artsen-ziekenfondsen voor 30 juni 2016 een voorstel zal formuleren tot invoering van een verbod tot de supplementen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica zoals voorzien in artikel 73§1/1 van de GVU wet. Het gaat over een maatregel die zal gelden voor verstrekkingen bij ambulante patiënten (zie hoger).

Belangrijk is ook dat het akkoord van rechtswege wordt ontbonden (punt 13..2.) indien de regering eenzijdig extra besparingsmaatregelen zou opleggen, zou raken aan de bestaande supplementenregeling of de verplichte regeling derde betalende zou uitbreiden. Dit is ondertussen gebeurd: door de programmawet van 25.12.2016 werd eenzijdig de index voor 2017 beperkt tot 1/3de van zijn waarde. Hierop hebben 2 van de 3 artsensyndicaten, het Kartel en de BVAS, binnen de vastgestelde termijn per aangetekende brief aan de voorzitter van de nationale commissie artsen – ziekenfondsen, de heer Jo DE COCK, vastgesteld dat zij het akkoord als van rechtswege ontbonden

beschouwen. Voorzitter DE COCK slaagde er in een afkoelingsperiode in te bouwen tot 24.02.2017. Ondertussen blijven de officiële tarieven van toepassing.
Dr. Michel LIEVENS stelde de enquête voor van Prof. M. PIRSON en Prof. P. LECLERCQ om de kostprijs van pathologieën per patiënt te bepalen vanuit het standpunt van het ziekenhuis, en in het bijzonder het verbruik van medische middelen. De onderzoekers zouden het VBS graag bij hun studie betrekken. Om het verbruik van medische middelen te meten, zouden ze onder de leden van het VBS een vragenlijst willen verspreiden met daarin 349 verstrekkingen, opgesomd per specialisme; voor elke verstrekking zouden de leden de voorgestelde duur, risico en moeilijkheidsgraad moeten valideren of een tegenvoorstel formuleren. Op basis daarvan zou een score, die rekening houdt met het relatieve verbruik van elke verstrekking, per specialisme worden opgesteld door de École de Santé Publique van de ULB.

Namens onze beroepsvereniging worden de Drs. Henk LOUAGIE, Pieter VERMEERSCH (Nederlandstalig) en Jeremy GRAS, Jean-Marc MINON en Jean-Marc SANTERRE (Franstalig) afgevaardigd om hieraan deel te nemen. Het aantrekken van een zesde (Nederlandstalige) klinisch bioloog met een veeleer microbiologische oriëntatie lijkt aangewezen. Tot heden is de werkgroep nog niet bijeengekomen.

De sector van de klinische biologie werd eerst opgeschrikt door een vermindering van de B waarden met 11.2% vanaf 01.04.2016 op iedere verstrekking. Dit leverde een besparing van 40 miljoen euro op. Twintig miljoen werd geherinjecteerd in de ziekenhuissector door een verhoging van het forfaitair honorarium per opname. Aldus gebeurde er een shift van de extramurale laboratoria naar de ziekenhuislaboratoria.

Daarnaast werden volgende besparingen beslist op de TGR van 04.10.2016:
<u>Moleculaire biologie</u> (impact 2,197 miljoen euro)

- vermindering van de terugbetaling voor de amplificatie van HER2 gen van B8000 (340,67 euro) naar B5000 (212,92 euro)
- vermindering van de terugbetaling voor de opsporing van FV Leiden en FII mutant van B3500 (149,04 euro) naar B1800 (76,65 euro)

<u>Serologie gedurende de zwangerschap</u> (impact 2,720 miljoen euro)

- CMV-serologie wordt enkel terugbetaald indien aanwijzingen voor acute CMV-infectie
- Toxoplasmaserologie wordt nog maximaal 2 x per zwangerschap terugbetaald

Voor de patholoog anatomen wordt de cervixcytologie met monolayertechniek met € 5,5 per verstrekking geherwaardeerd

Vanaf 0.1.01.2017 gaat een tariefvermindering van 35,86% met betrekking tot 4 verstrekkingen CMV en toxoplasma gondii in totdat de nomenclatuur is aangepast volgens de hierboven vermelde principes. De B-waarde ondergaat per 01.01.2017 een tariefverhoging met 6,59% en geldt dus voor alle andere akten van artikel 3, 18 en 24.
Het wordt stilaan een huzarenstukje om alle opeenvolgende besparingen en nomenclatuurwijzigingen te volgen. De secretaris vergat er aldus wellicht een paar te vermelden… .
Daarnaast deelde de klinische biologie ook indirect in de heersende besparingsdrift via het verminderen van het aantal dagopnames en dus het aanrekenen van de daarmee samenhangende forfaitaire honoraria (pacemakers, cystoscopie, blaasinstillatie met cytostatica ambulant, …).

Ten slotte werden een aantal forfaitaire vergoedingen zoals die voor transfusiecomité, ziekenhuishygiëne… gekoppeld aan het aantal verantwoorde bedden i.p.v. het aantal erkende bedden. Ook dit betekent wederom een inlevering.

3.1.4. Hervorming gezondheidszorgberoepen

Via de herziening van het KB nr. 78 omtrent de erkenning van de gezondheidszorgberoepen heeft de minister de ambitie om de schotten tussen de verschillende gezondheidszorgberoepen op te heffen, een einde te stellen aan het monopolie van de arts en de patiënt centraal te stellen. Er zijn bijvoorbeeld nog aanvragen tot erkenning van hulpartsen en van praktijkassistenten[5].

In onze sector was het eerder kalm op dit front. De BVLT (Belgische Vereniging van Laboratorium Technologen) diende een bezwaarschrift in tegen het advies van de NRPB (Nationale Raad voor de Paramedische Beroepen): de BVLT verzet zich tegen de wijziging van de beroepstitel van 'medische laboratoriumtechnoloog (MLT)' naar 'medisch laboratorium medewerker (MLM)'. Bij de stemming over het voorstel in de "werkgroep MLT" van de Nationale Raad voor Paramedische Beroepen (NRPB) werd het huishoudelijk reglement niet gerespecteerd. Slecht 4 van de 8 aanwezigen stemden voor, terwijl het reglement een gewone meerderheid voorschrijft. Omwille van deze vormfout moest de stemming worden overgedaan.

Daarnaast was er een vraag tot erkenning van de titel van 'genetic counselor' als paramedisch beroep. Het betreft hier de erkenning als paramedicus van een medewerker die de genetici zal bijstaan. Een dergelijke titel kan alleen worden gecreëerd door de minister van Volksgezondheid na advies van de Nationale Raad van de Paramedische Beroepen, de Nationale Raad voor Verpleegkunde en de Hoge Raad voor artsen-specialisten en huisartsen. De federale raad voor paramedische beroepen en de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen gaven een negatief advies, de federale raad voor vroedvrouwen en de federale raad voor verpleegkunde gaven een positief advies op voorwaarde dat het een master na bachelor wordt. Het is aan de minister om al dan niet in te gaan op deze vraag die afkomstig was van de centra voor menselijke erfelijkheid, maar de erkenning van deze nieuwe beroepstitel is waarschijnlijk nog niet voor morgen. De erkenning van de artsen-specialisten in de klinische genetica is trouwens ook nog steeds niet rond, hoewel het dossier al in januari 2015 door de Hoge raad voor artsen-specialisten en huisartsen werd goedgekeurd.
Tot heden is er geen oplossing voor de vele getalenteerde wetenschappelijk medewerkers (velen met een diploma van dr. in de wetenschappen) werkzaam in de klinische laboratoria.
Ook apothekers hopen op een valorisatie van hun beroep binnen de gezondheidszorg (cf. infra). Ook hier dienen we beducht te zijn voor de internationale trends en geplogenheden. Zo maakte vb. iedere Amerikaanse apotheek in het najaar op grote billboards reclame voor toedieningssessies van griepvaccinaties in hun apotheek ('Flu shots available on Tuesday morning'). Tot op heden is dit in België niet mogelijk.

3.1.5. POCT/PST

Voorlopig zijn er in het POCT (point of care testing) en PST (patient self testing) weinig nieuwe evoluties te melden. Recent werden in de POCT werkgroep van het WIV een aantal aanbevelingen gedaan zoals besproken in het bestuurscomité van 24.01.2017. Verdere info volgt hierover ongetwijfeld nog. De financiering van POCT blijft hoe dan ook een gigantische uitdaging binnen een gesloten budget. Het is een open vraag of de laboratoria überhaupt geïnteresseerd zijn in de begeleiding van POCT buiten het ziekenhuismilieu voor niet meer dan een aalmoes.
Een aantal mogelijke scenario's zijn: POCT gewoon als ambulante biologie financieren, doch dan is door het gegenereerde forfaitair honorarium de betaling voor bijvoorbeeld één glucosemeting wel zeer royaal. Een andere mogelijkheid is de B-waarde van de POCT test aan 100% te vergoeden, zonder forfaitair honorarium. In ieder geval is in het huidige klimaat niet te verwachten dat voor de POCT financiering een extra budget zal worden vrijgemaakt. Eventuele POCT testen buiten de

[5] Op 28.09.2016 organiseerde Minister De Block een grote startconferentie over de hervorming van het KB 78. Er waren 640 aanwezigen, o.m. Marc Moens. Haar (toenmalige) kabinetschef, Pedro Facon, heeft zich daar uitdrukkelijk uitgesproken tegen het ongebreideld creëren van nieuwe beroepstitels binnen de gezondheidszorg. In antwoord op een vraag van Prof. Chantal Mathieu (KU Leuven) die de afgestudeerden in de biomedische wetenschappen promootte en op het advies d.d. 24.09.2016 van de (Vlaamse) Koninklijke academie voor geneeskunde die de creatie van het beroep van hulparts aanbeveelt, gaf Pedro Facon een sneer naar de universiteiten en hogescholen die studierichtingen creëren zonder duidelijke tewerkstellingsperspectief en die dan trachten een titel als gezondheidszorgberoep te verkrijgen.

ziekenhuismuren zullen dus vanuit het de facto gesloten budget ambulante klinische biologie moeten worden gefinancierd, waardoor besparingen elders dienen te worden gezocht.

Daarnaast blijven de officina-apothekers zich positioneren op de markt van de selftesting. Tot op vandaag is het niet de bedoeling dat officina-apothekers testen klinische biologie uitvoeren. Omtrent de gerechtelijke procedure van de beroepsvereniging tegen de KLAV[6] omtrent PST in de context van het zorgtraject diabetes waar de KLAV glycemie- en HbA1c-testen zou hebben aangeboden in het kader van de preventie van diabetes is voorlopig geen verder nieuws. De gerechtelijke molen in België draait nu eenmaal steeds trager. Let wel, PST testen mogen door een apotheek worden verkocht, zwangerschapstesten zijn tenslotte al tientallen jaren te koop. Interpretatie en patiëntenbegeleiding blijven evenwel voorbehouden aan de arts. In het Laatste Nieuws van 03.02.2017 verscheen een artikel omtrent nieuwe testen verkrijgbaar via de apotheek. Ik citeer *'IJzertekort? Glutenintolerant? Allergisch? Voortaan kan je het gewoon thuis nagaan. Vanaf volgende week zijn maar liefst 25 zelftests te koop in onze apotheken*." "*De apotheek garandeert kwaliteit, op het internet weet je nooit wat je koopt*", klinkt het bij apothekersverenigingen' .

De beroepsvereniging neemt hiervan akte doch houdt de officina apothekers nauwlettend in het oog: verkoop van PST testen kan en mag niet leiden tot onwettige uitoefening van de geneeskunde. De hervorming van het KB nr. 78 met de definiëring van een eventuele nieuwe en meer uitgesproken rol van de apotheker dient dan ook nauwlettend te worden opgevolgd.

Het bestuurscomité besprak ook het verslag van de vergadering d.d. 30.05.2016 op het kabinet van de minister van Volksgezondheid in verband met de verspreiding van de hiv-zelftest via de officina-apotheken. Bedoeling is de risicogroepen nog laagdrempeliger te bereiken, om sneller een anti-hiv-behandeling op te starten en om overdracht te voorkomen. Het is niet de bedoeling om de test te veralgemenen. Er komt geen terugbetaling en de kostprijs bedraagt € 20 à 30.
De (enige) kwaliteitsgarantie is het CE-label en de levering via apotheken. Het is een test voor eenmalig eigen gebruik. Er is op geen enkel moment sprake geweest van uitvoering in de 'keuken' van de apotheek! De verdeling kan alleen via de apotheken. De testen zijn uit te voeren door de patiënt zelf (en door niemand anders). Het resultaat wordt op een binaire wijze meegedeeld: "reactief" of "niet-reactief". Indien de test reactief is en men neemt contact op met de apotheker zal deze doorverwijzen naar de huisarts of het ziekenhuis voor een bloedafname en confirmatietest. Aangezien de confirmatie dient te gebeuren door een 4^{e} generatietest is het antwoord "reactief" of "niet-reactief" beter dan positief of negatief. Aangezien het gaat over 'patiënt self testing' is de vigerende POCT-wetgeving niet van toepassing. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van deze test ligt bij het FAGG en niet bij de klinisch biologen.

3.1.6. Kafka bestendigt zijn eeuwig leven ook in 2016!

Jawel hoor, de gevierde (?) auteur leeft ook in 2016 (en 2017 vrees ik) vrolijk verder.

De Kafka-oppergaai werd ditmaal afgeschoten door de btw administratie in het kader van de esthetische chirurgie. Ondertussen is het eindelijk duidelijk: neen we dienen geen btw te heffen op onze honoraria bij esthetische ingrepen. Oef… . Een goede tweede waren de definiëring van de minimale activiteitsdrempels voor het behoud van het RIZIV sociaal statuut. Meer dan 20% van de klinisch biologen dreigen hun sociaal statuut te verliezen, omdat toevallig hun prestaties allemaal op naam van de laboratoriumdirecteur werden geattesteerd… .
Ten slotte dook heel recent terug de discussie op over wie betaalt voor de bloedafnames in de ziekenhuizen. Onze collega en ex-senator dr. Louis IDE stelde een parlementaire vraag hieromtrent (Senaat schriftelijke vragen 5-9219 en 5-2872), recent herhaald door Nathalie MUYLLE, federaal volksvertegenwoordiger en schepen in Roeselare voor CD&V. Het blijft duidelijk dat dit onderwerp op een totaal dubbelzinnige wetgeving berust. Enerzijds is er de nomenclatuur. Die stelt in artikel 24 §7 dat

[6] KLAV: Koninklijke Limburgse Apothekersvereniging

alles wat nodig is om tot een resultaat te komen inbegrepen is in het honorarium. De interpretatie is altijd geweest dat dus ook de tijd en het materiaal nodig voor de afname inbegrepen is in het honorarium voor de prestatie. *K.B. 9.12.1994" (in werking 1.3.1995): Artikel 24* § 7. *Elke verstrekking inzake klinische biologie omvat het geheel van de manipulaties waarmee de analyse kan worden verricht en de waarde van het resultaat ervan kan worden gegarandeerd."*
Anderzijds is er de wetgeving op de financiering van de ziekenhuizen. Het mega KB van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (BS 30.05.2002 gevolgd door een reeks KB 's met aanpassingen) vermeldt in een van zijn bijlagen (geactualiseerd) dat o.a. de bloedafname dient om de financieringsscore te bepalen.
De bloedafname wordt, zoals vele andere verrichtingen die doorgaans door verpleegkundigen bij gehospitaliseerde patiënten worden uitgevoerd, gefinancierd vanuit het budget van financiële middelen (BFM). De bloedafname is immers opgenomen in de registratie van de minimale verpleegkundige gegevens (MVG) wat indirect impliceert dat de act van de bloedafname is inbegrepen in het BFM aangezien de berekening van het BFM net berust op die MVG registratie.
In het overgrote deel van de ziekenhuizen wordt het materiaal voor bloedafname op de afdelingen ter beschikking gesteld door de klinisch biologen, doch de afnames zelf gebeuren meestal door de ziekenhuisverpleegkundigen, zonder extra factuur voor de klinisch biologen. Ambulante bloedafnames gebeuren meestal wel door personeel betaald door de laboratoria (met uitzondering van afnames in het dagziekenhuis en op de spoedgevallenafdeling).

3.1.7. 0.8 FTE arts-bioloog

Het verheugt de beroepsvereniging dat de minister niet heeft toegegeven omtrent de verplichting van de aanwezigheid van 0,8 VTE arts-bioloog per erkend laboratorium[7]: Ieder erkend laboratorium klinische biologie dient per 01.01.2017 te beschikken over minstens 0,8 VTE arts-specialist in de klinische biologie, zo niet zal de erkenning ingetrokken worden. Tijdens de vergadering van de Commissie Klinische Biologie bij het WIV van 19 mei 2016 werd meegedeeld dat er zich nog 18 van de 142 erkende laboratoria klinische biologie in die situatie bevinden. Ondertussen is dat aantal gezakt naar 4 laboratoria die niet aan de norm voldoen, alle vier gelegen in het Franstalige landsgedeelte, zo bleek op de vergadering van de Commissie Klinische Biologie van 1 februari 2017.

3.1.8. Nieuwe ontwikkelingen

Ondanks het geweeklaag blijft de klinische biologie een zeer interessante discipline, denk maar aan de razendsnelle ontwikkelingen in de moleculaire biologie met mogelijkheid tot gepersonaliseerde geneeskunde. Daarnaast zijn de maatschappelijke uitdagingen niet min: allerhande gezondheidsapps bestormen de markt en sommige worden reeds bestudeerd met budgettaire steun van de overheid. Type 1 diabetes patiënten monitoren sinds kort hun glycemie met behulp van een sticker op de schouder die op regelmatige basis de suikerspiegel bepaalt. De nood voor nuchtere glycemiebepalingen en dagcurves vervalt aldus wat enerzijds de laboanalyses zal doen afnemen, doch anderzijds de levenskwaliteit van de diabetespatiënten verhoogt. We kunnen daar dus niet tegen zijn. Door de NOAC 's dalen ook de PT bepalingen doch ook dat kunnen we alleen maar toejuichen.

[7] KB 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)

3.2. Dit wordt 2017

3.2.1. Wat met het budget?

Hoopgevend is het nieuwe budget 2017 niet. Het verlies van de index leidt sowieso wederom tot rentabiliteitsverlies bij de laboratoria. Het Planbureau verwacht een overschrijding van de spilindex in mei 2017 waardoor ons personeel vanaf 01.07.2017 wellicht een opslag van 2% kan verwachten. Deze wordt dus niet gecompenseerd door een vergelijkbare aanpassing van de honoraria.

Ondertussen werd de begroting 2017 vastgesteld[8]. De gezondheidszorg deelt op buitensporige wijze in de besparingsdrift van de regering: 903 miljoen euro besparingen op een geraamd nodig budget gezondheidszorgen van 24.693 miljoen euro of een besparing met 3,66 %.

Van die 903 miljoen euro besparingen vallen er 209,109 miljoen direct ten laste van de artsen op een geraamd nodig budget van 8.348,6 miljoen euro of een besparing met 2,51 %.

Het grootste gedeelte van die besparing is het gevolg van het inhouden van 2/3den van de index die normaliter 2,51 % had moeten bedragen. Er wordt 1,68 % ingehouden en slechts 0,83 % toegekend

De regering heeft voor de klinische biologie al volgende besparingen beslist:

- 24,218 miljoen euro : inlevering van 2/3den van de index
- 5,1 miljoen euro: beslissingen van de Task Force (Toxo, CMV, F II en F V, Her 2)
- 13,301 miljoen euro: terugvordering van de geraamde overschrijding van de uitgaven klinische biologie in 2016

of samen 42,619 miljoen euro.

Op een geraamd nodig budget klinische biologie voor 2017 van 1.354,736 miljoen euro betekent dit een inlevering van 3,15 %.

De minister deelde de artsensyndicaten mee dat ze vrijelijk over de verdeling van het laatste derde van de index mogen beschikken. Alleen de BVAS eiste een lineaire verdeling van dit resterende deel van 73,092 miljoen euro. Voor de klinische biologie gaat het om een discussie over het al dan niet bijkomend verlies van 12,109 miljoen euro. Uiteindelijk werd beslist om dit bedrag voor te behouden voor de financiering van de NIPT.

De artsen-specialisten die hun inkomen uit medisch technische prestaties bekomen zullen in de periode 2011 - 2017 9,3 % van hun index ingeleverd hebben. In diezelfde periode kende hun personeel slechts één indexsprong van 2 %.

Omdat ook de ziekenhuizen getroffen worden door een forse besparing (92 miljoen euro voor +/- 100 ziekenhuizen), zullen zij de afhoudingen op de artsenhonoraria wellicht ook opdrijven.
De reële groeinorm van het gezondheidszorgbudget bedraagt aldus net geen 0,5 % terwijl het Planbureau een toename van de behoeften in de gezondheidszorg op 2,2 % per jaar raamt.

Conclusie: 2017 wordt dus (opnieuw) een moeilijk budgettair jaar. Door de systematische onderbudgettering weten we bovendien met zekerheid dat de budgetten 2017 en volgende opnieuw zullen overschreden worden en dat de besparingstrein zal voort denderen.

[8] Alle cijfergegevens zijn afkomstig van de RIZIV nota CGV 2016/328 d.d. 21.10.2016

De verderzetting van het akkoordensysteem artsen – ziekenfondsen staat op het spel.

De verandering van de financiering van de ziekenhuizen kwam en komt uitgebreid in de media. De teneur is te streven naar meer 'all-in', dus forfaitaire vergoedingen voor bepaalde, zo niet alle pathologieën en hun behandelingen. Het KCE gaf op vraag van ex-minister ONKELINX een belangrijke voorzet met zijn meer dan 400 pagina's tellende KCE rapport 229[9].

Echte aanbevelingen over welke richting de nieuwe financiering zal uitgaan werden nog steeds niet gegeven en worden pas de komende jaren verwacht. Over de forfaitarisering van de honoraria zal wellicht nog heel veel inkt vloeien en ook de klinisch biologen zullen zich actief in dit debat moeten mengen. Anderzijds zullen door de opgelegde verplichte netwerken wellicht effciëntiewinsten kunnen worden gerealiseerd in de ziekenhuislaboratoria. Uiteraard zal dit wellicht gepaard gaan met een vermindering van de werkgelegenheid. We kunnen aldus verwachten dat het voor de nieuwe afstuderende MLT en de nieuw erkende klinisch biologen niet evident zal zijn om aan de bak te komen.

3.2.2. Evoluties binnen het budget: analyse

Als we de prestaties klinische biologie uit artikel 3, 18 en 24 bekijken (dus exclusief artikel 24bis en 33bis) met hun bijhorende forfaitaire honoraria, komen we tot de volgende vaststellingen voor de geëxtrapoleerde cijfers van 2016 (gebaseerd op de cijfers van het RIZIV situatie 2016Q3). Er wordt vergeleken met de definitieve cijfers van 2015.

Er werden in het ambulant budget 32,98 miljard B's gepresteerd (4,85% meer dan in 2015). In het budget opgenomen patiënten 12,17 miljard B's (2,63% meer dan in 2015). Die prestaties kostten het RIZIV resp. € 253,24 en 93,12 miljoen (dus zonder het aandeel forfaitaire honoraria), resp. 1,18% en 2,38% minder dan in 2015. Men schrijft dus nog steeds meer voor.

Doch hoe komt het dan dat de uitgaven per akte gedaald zijn? In 2016 zijn een aantal besparingen versneld uitgevoerd. Zo was er bv de vermindering van het budget klinische biologie met 20 miljoen euro op jaarbasis. Dit ging verwezenlijkt worden door daling van de enveloppe van het ambulant budget met 40 miljoen euro en stijging van het budget gehospitaliseerden met 20 miljoen euro. Daar dit ging gebeuren met resp. een daling van de forfaitaire honoraria per voorschrift en een stijging van de forfaitaire honoraria per opname, was een koninklijk besluit nodig voor de forfaitaire honoraria per voorschrift (deze hebben namelijk geen sleutelletter). Koninklijke besluiten vragen nu eenmaal tijd (6-9 maand) om gepubliceerd te geraken, en de besparing moest zo snel mogelijk voelbaar zijn in het budget. Vandaar dat er geopteerd werd om de waarde van de sleutelletter B voor de prestaties van artikel 3, 18 & 24 te doen dalen met 11,20% (van 0.032613 naar 0.028960 euro per B). Dit ging in voege op 1 april 2016. Op diezelfde datum stegen de forfaitaire honoraria per opname met 7.73% door de waarden van de respectieve sleutelletters F met 7.73% te doen stijgen vanaf 1 april 2016 (verstrekkingen 591135-591146, 591091-591102, 591113-591124, 591076-591080 & 591603). Ook de waarde van de sleutelletter Q (bij prestatie 591603) werd opgetrokken. Op een later ogenblik zouden de waarden van de sleutelletter B voor prestaties van artikel 3, 18 & 24 terug opgewaardeerd worden. Er werd echter geopteerd om een deel van de 40 miljoen besparing nog steeds via de sleutelletter B te verwezenlijken. De resterende 30 miljoen zou dan via het forfaitair honorarium per voorschrift verwezenlijkt worden. Die laatste stap is op 1 januari 2017 in voege gegaan.

Doch:

1) de ministerraad had een (extra) besparing gevraagd; origineel € 13,301 miljoen, doch gecorrigeerd met € 9,528 miljoen, dat is netto € 3,773 miljoen.

[9] Conceptual Framework for the Reform of the Belgian payment system of hospital care. 26.09.2014

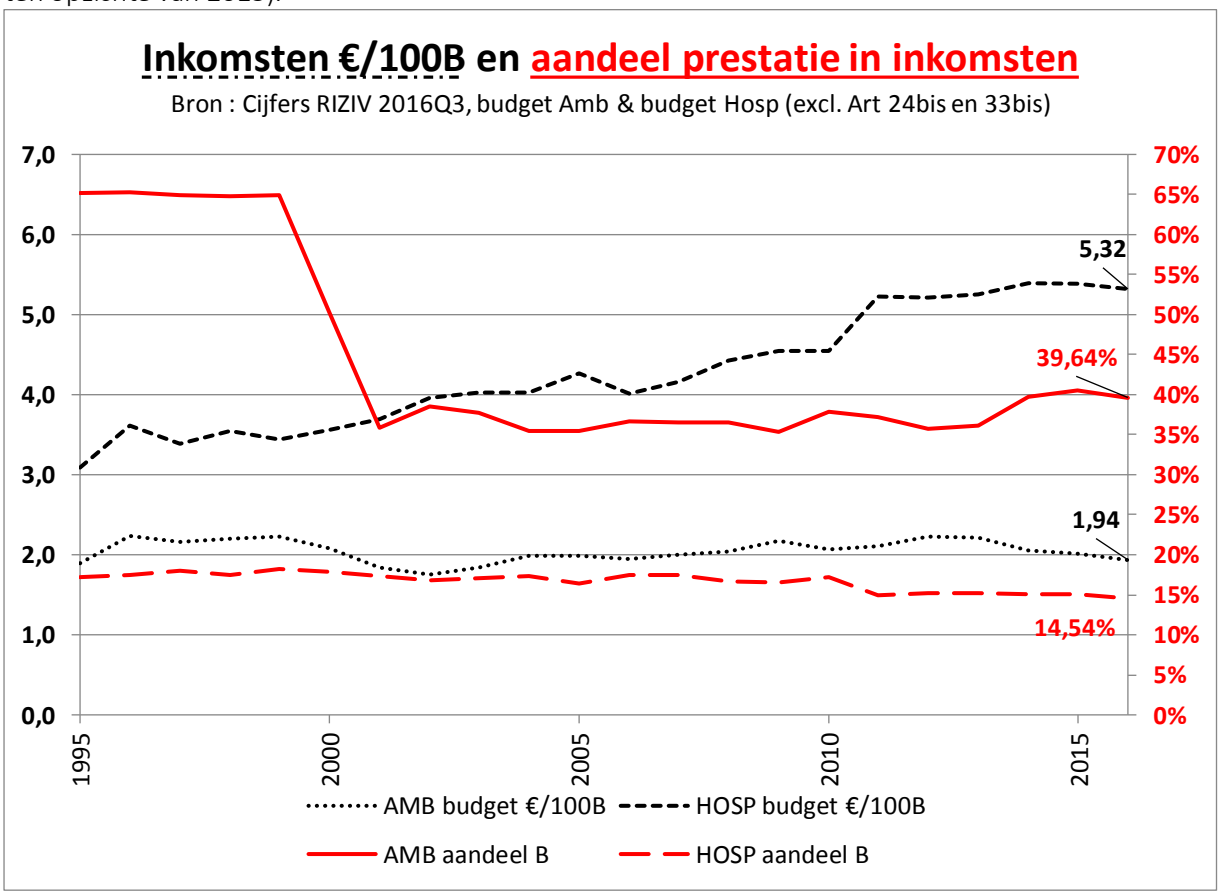
2) De besparing op CMV en Toxoplasmose, die wacht op een koninklijk besluit, zorgt ervoor dat er tijdelijk een extra van € 2,672 miljoen bespaard moet worden op jaarbasis.

3) In afwachting van het koninklijk besluit die de (automatische) indexering van de forfaitaire honoraria (met 0.83%) moet teniet doen, wordt er € 3,906 miljoen bespaard op jaarbasis.

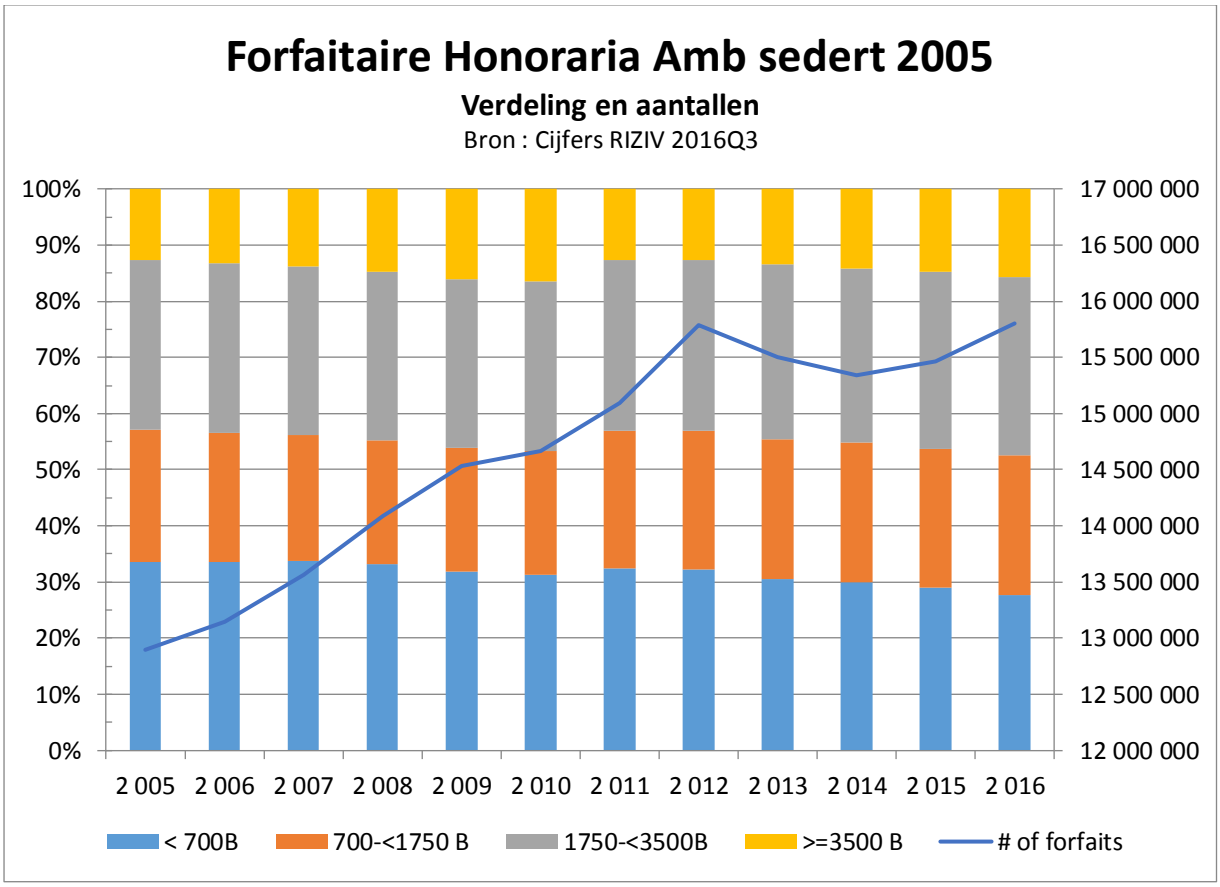
4) Er blijft € 10 miljoen (van de € 40 miljoen) bespaard via de waarde van de sleutelletter B in artikel 3, 18 &24.

Dit zorgt er allemaal voor dat de waarde van de sleutelletter B voor artikel 3, 18 & 24 op 1 april 2016 met 11.20% gedaald is, doch op 1 januari 2017 met slechts 6.59% stijgt.

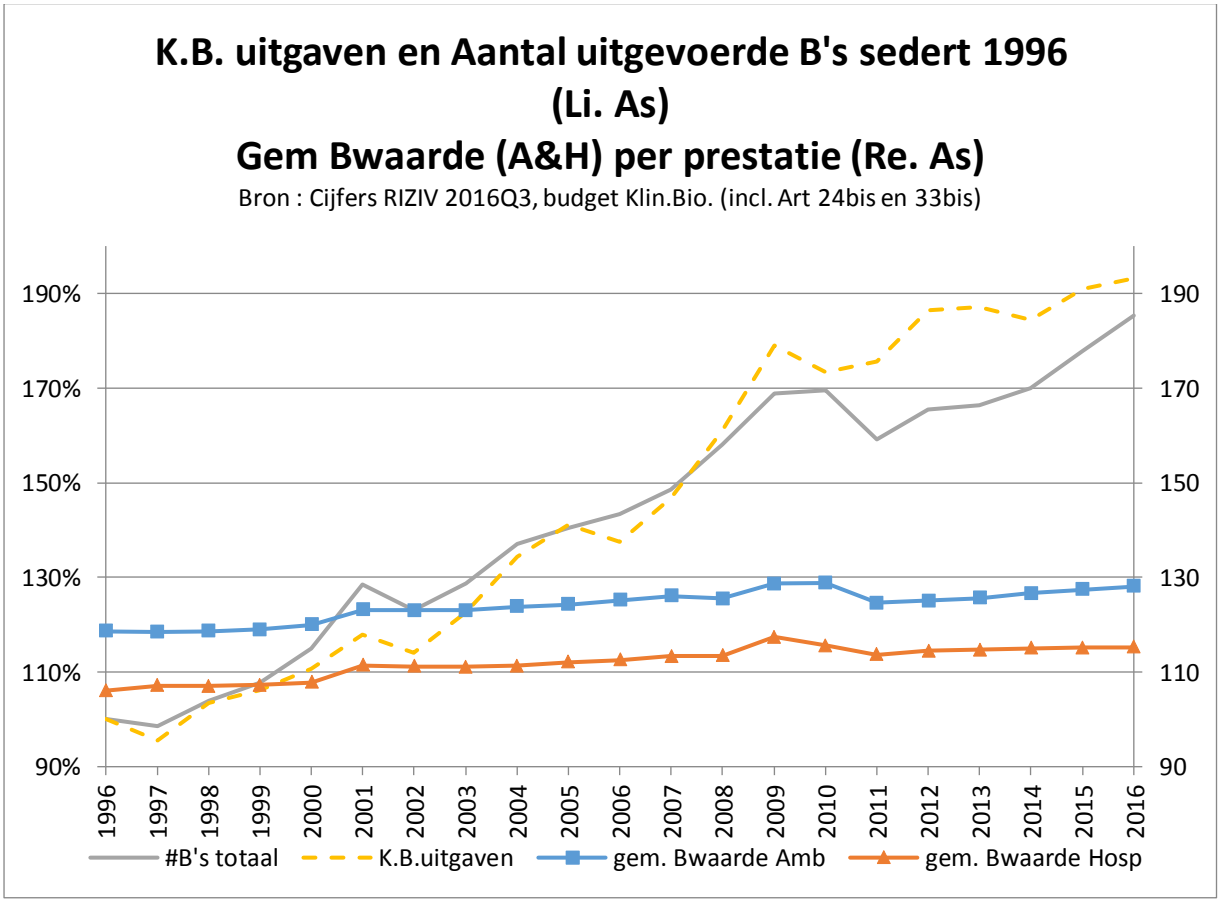
Als we de cijfers van 2016 Q3 bekijken, inclusief de respectieve forfaitaire honoraria (doch nog steeds zonder de bis-artikels) dan kostten de ambulante en de ziekenhuisbiologie aan het RIZIV resp. € 638,88 en € 647,13 miljoen, resp. 1,05% en 1,30% meer dan in 2015. Als we deze cijfers anders bekijken dan is de kost aan het RIZIV voor 100 gepresteerde B gelijk aan € 1,94 in het ambulant budget (3,62% minder dan in 2015), en € 5,32 in het budget opgenomen patiënten (1,29% minder dan in 2015). Globaal is dit € 2,85 (2,94% minder dan in 2015). Het aandeel van uitgaven gerelateerd aan de prestaties in het ambulant budget bedraagt 39,64%, in het budget opgenomen patiënten 14,54%. Globaal bedraagt het aandeel van terugbetaling door RIZIV dat gerelateerd is aan de prestatie 27,01% (een daling van 2,65% ten opzichte van 2015).



De trendbreuk van 2013 (minder ambulante forfaitaire honoraria) is ondertussen volledig verdwenen. We zitten terug op het niveau van 2012.



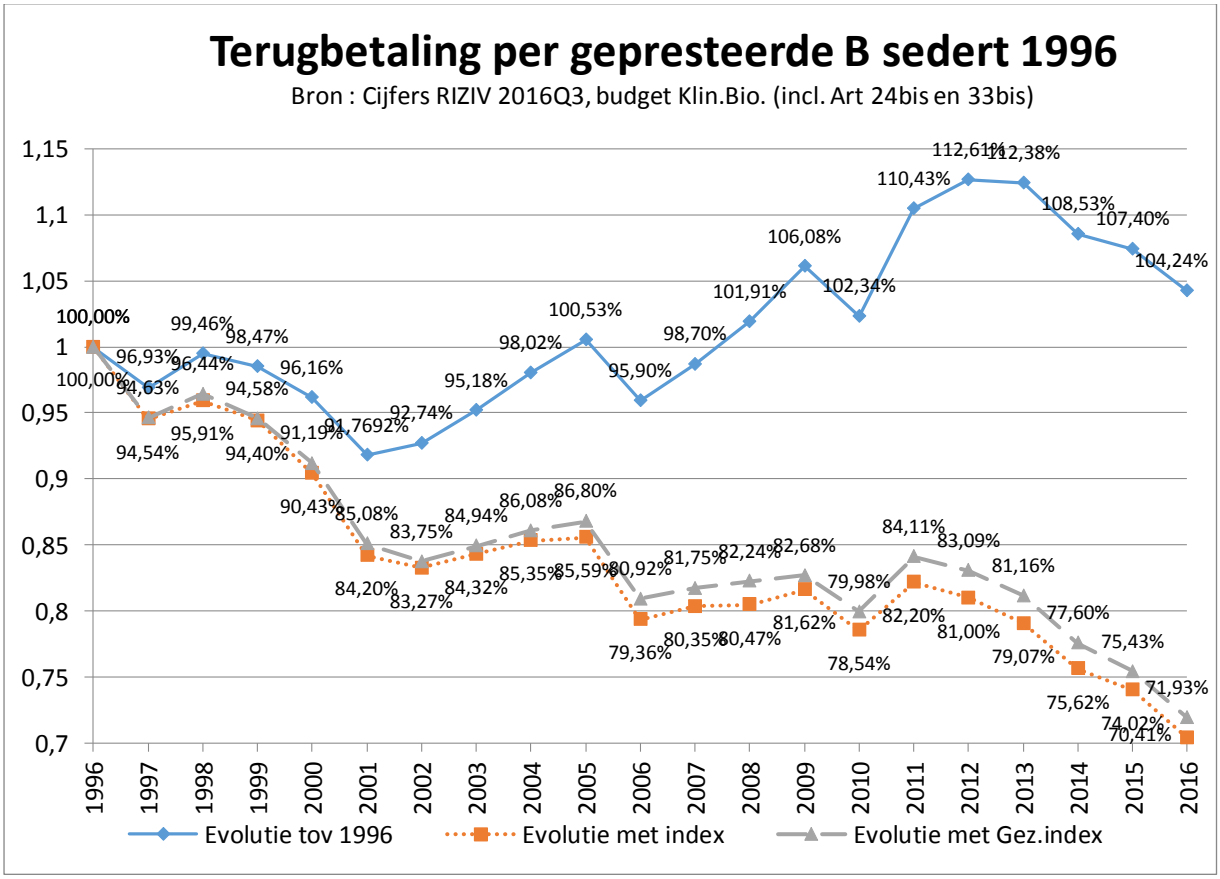
De historische trend van een gelijkmatige jaarlijkse lichte stijging van de gemiddelde B waarde blijft stabiel (met de logische uitzondering van de periode vlak na de taskforce herwaardering eind 2010).



In alle voorgaande cijfers wordt geen rekening gehouden met de artikels 24bis, 33bis en het remgeld. Alhoewel de (geëxtrapoleerde) cijfers van de uitgaven van 2016 geen grote verschuivingen hebben veroorzaakt ziet men toch de invloed van de besparingsronde. Meer prestaties die uitgevoerd zijn, doch met een lagere terugbetaling. De artsen schrijven nog steeds duurdere testen voor en maken grotere aanvragen.

De enveloppe voor 2016 bedroeg 1.279.875 duizend euro. Amper 0,05%, of 636 duizend euro meer dan het budget 2015. Van die enveloppe is er volgens deze voorlopige cijfers 12.845 duizend euro teveel uitgegeven (1,00%). Voor het ambulante budget was er 626.544 duizend euro voorzien en zouden de uitgaven 643.190 duizend euro bedragen, dat is 16.646 duizend euro extra of een overschrijding van het budget met 2,66%. In het budget gehospitaliseerden daarentegen was er een enveloppe van 653.331 duizend euro en is er 649.531 duizend euro uitgegeven, dit is een onderschrijding van 3.800 duizend euro of 0.58%.

We blijven bovendien opmerken dat de gemiddelde terugbetaling per B in 2016 verder gedaald is en dat we ten opzichte van 1996 een koopkrachtverlies lijden van 29,59%.



De prestaties uit artikel 18 blijven fors dalen (in 2016 20.07% minder dan in 2015). Ze vertegenwoordigen nog maar 0,16% van alle prestaties.

Even inzoomen op artikel 24bis toont dat dit artikel in 2016 voor 9,40% meer uitgaven gezorgd heeft en artikel 33bis heeft gezorgd voor 1,59 % meer uitgaven.

Doordat het RIZIV in 2016 creatief omging met aanpassen van sleutelletters is er meer speling op de juistheid van de berekende cijfergegevens.

3.2.3. Aantrekkelijkheid beroepsvereniging

De statuten van de beroepsvereniging werden uiteindelijk herzien op de buitengewone algemene vergadering van 24.02.2015. De bedoeling was o.a. om het toetreden van nieuwe leden te vergemakkelijken door de loodzware aanvaardingsprocedure te vereenvoudigen. Het is absoluut noodzakelijk om voldoende jonge nieuwe leden aan te trekken, niet alleen om de representativiteit van de beroepsvereniging te behouden maar ook zijn slagvaardigheid. Er is absoluut nood aan jonge collegae om in de talrijke raden, commissies, werkgroepen… mee te zetelen, want anders riskeren we buiten spel te worden gezet. We zijn dan ook verheugd dat ondertussen een aantal jonge artsen tot de beroepsvereniging zijn toegetreden.

4. Financieel verslag door de penningmeester, Prof. A. Verstraete

Na heel wat administratieve rompslomp vanwege de bank is Prof. A. Verstraete, die op de algemene vergadering van 2016 als nieuwe penningmeester werd aangesteld, gemachtigd om de rekeningen te beheren. Uit zijn verslag blijkt dat de rekeningen een positief saldo vertonen. Na de bijdrage aan het VBS wordt de grootste uitgave gevormd door advocatenkosten (4 700 euro).
Op 31.01.2017 telt onze beroepsvereniging 108 betalende leden.

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

De vergadering stemt in met dit voorstel, keurt tevens de rekeningen van 2016 goed en verleent het bestuurscomité er unaniem kwijting van.

5. Bespreking van het verslag van de secretaris

Eerst wordt stilgestaan bij de voordracht van Dr. LIEVENS, waarin hij onder andere refereert naar het 'teveel' aan ziekenhuisbedden in België. Iedere aanwezige wordt nochtans ook deze winter geconfronteerd met overvolle ziekenhuizen en uitgestelde electieve ingrepen. Daarnaast komen initiatieven om ziekenhuiszorg te verschuiven naar extramuraal niet of nauwelijks van de grond. Een voorbeeld is het 'OPAT' (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy) initiatief waarbij extra muros parenteraal antibiotica zou worden toegediend bij bijvoorbeeld osteomyelitispatiënten. Ook het vervroegd ontslaan van kersverse moeders na de bevalling is allesbehalve een succes en leidt tot meer heropnames van de pasgeborenen. Het voormelde illustreert dat een vermindering van het aantal bedden alleen mogelijk is als ook de eerste lijn anders wordt gestructureerd en meer middelen krijgt.

Bij een aantal door de secretaris aangehaalde punten wordt eveneens stilgestaan. Zo wordt nogmaals de kafkaiaanse beperking van het sociaal statuut aangehaald en het dubbele petje van de mutualiteiten, die enerzijds dienen over het budget te waken, doch anderzijds bijvoorbeeld zelf apotheken uitbaten. Er wordt ook aandacht besteed aan het feit dat als besparingen louter via de sleutelletter B verlopen, de laboratoria die uitsluitend in onderaanneming werken extra zwaar worden getroffen. Niettegenstaande er een aantal nieuwe leden zijn bijgekomen, lijkt het aantrekken van nieuwe leden ook in 2017 een topprioriteit. Het uiteindelijk bereiken van de verplichte aanwezigheid van 0.8 FTE arts-klinisch bioloog in alle erkende laboratoria bevestigt onze rol in de beroepsverdediging en biedt een uitgelezen kans om dat aan jonge potentiële leden te bewijzen, die tenslotte van deze maatregel de vruchten plukken.

Een voorstel wordt gedaan om opnieuw eens met de patholoog-anatomen aan tafel te gaan zitten. Dit versterkt onze positie tegenover zowel de apothekers als de genetici. Dr. Michel LIEVENS lanceert een initiatief hieromtrent. Een lid ontving een schrijven waarbij officina-apothekers informeerden naar een opleiding 'interpretatie van klinische tests'… Beroepsverdediging blijft dus noodzakelijk!

Ten slotte wordt stilgestaan bij de nieuwe praktijkrichtlijn medische laboratoria, uitgewerkt door een subcomité van de Commissie Klinische Biologie. Deze nadert stilaan zijn voltooiing en blinkt uit in regeldrift. Mogen we dit 'apothekerisering van de klinische biologie' noemen? De beroepsvereniging zal via Dr. Marc MOENS en Dr. Alain DEROM actie ondernemen om dit document nog bij te stellen.

6. Varia

De erkenningscommissie van de Franstalige Medisch Laboratorium Technologen dient te worden uitgebreid met twee (Franstalige) leden van de beroepsvereniging, op vraag van minister Rudy DEMOTTE van de Federatie Wallonië-Brussel. Deze erkenningscommissie komt een zestal keer per jaar samen en de zitpenning bedraagt 10 euro. Kandidaturen moeten worden ingediend tegen 1 maart.

Dr. H. LOUAGIE, Secretaris	Dr. M. MOENS, Ondervoorzitter	Dr. M. LIEVENS, Voorzitter