De Arts-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Artsen-Specialisten

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

Speciaal nummer april 2018

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 21.02.2017 ... 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. Alin DEROM ... 6
3.1. Dit was 2017 ... 6
3.1.1. NIPT: klinische biologie of niet? ... 6
3.1.2. Klinische biologie en de andere (para) medische beroepen ... 8
3.1.2.01. Klinisch geneticus ... 8
3.1.2.02. Officina-apotheken ... 10
3.1.2.03. Andere gezondheidsberoepen ... 11
3.1.3. Varia ... 12
3.1.3.01. HUB's en LOINC's ... 12
3.1.3.02. IVD ... 13
3.1.3.03. Accreditering van artsen (en apothekers) klinisch biologen ... 13
3.2. Dit wordt 2018 ... 13
3.2.1. Budget ... 13
3.2.2. Naar geïntegreerde laboratoriumgeneeskunde? ... 14
3.2.3. PST en POCT ... 14
3.2.4. Gezondheidsapps ... 14
3.2.5. Tot slot ... 14
3.3. Financiële sectoranalyse (Dr. Alin DEROM) ... 15
4. Verslag van de penningmeester, vaststelling van de bijdrage 2018, kwijting van het bestuurscomité ... 21
5. Verkiezing van voorzitter en drie raadgevers ... 21
6. Bespreking van het verslag van de secretaris ... 21
7. Varia ... 22

BELGISCHE BEROEPSVERENIGING VAN **ARTSEN-SPECIALISTEN** IN MEDISCHE **BIOPATHOLOGIE**

DOOR DE WET ERKENDE BEROEPSVERENIGING

UNION PROFESSIONNELLE BELGE DES **MEDECINS SPECIALISTES** EN **BIOPATHOLOGIE** MEDICALE

UNION PROFESSIONELLE RECONNUE PAR LA LOI

Kroonlaan 20, 1050 Brussel – Avenue de la Couronne 20, 1050 Bruxelles
Tel. 02/649.21.47 - Fax 02/649.26.90 - info@vbs-gbs.org

Ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 27.02.2018

Aanwezig:
De dokters Drs. Marieke CRIEL, Alin DEROM, Jeremy GRAS, Michel LIEVENS, Henk LOUAGIE, Marc MOENS, Paul VERHEECKE en Pieter VERMEERSCH.

Aanwezig bij volmacht:
De dokters Mario BERTH, Philippe CUIGNIEZ, Françoise LACQUET, Rudi VAN ROOSBROECK en Alain VERSTRAETE.

1. Goedkeuring van het ontwerp van verslag van de statutaire algemene vergadering van 21.02.2017

Het ontwerp van verslag van de algemene vergadering van 21.02.2017, dat in het speciaal nummer van de Arts-Specialist van april 2017 verscheen, wordt unaniem goedgekeurd.

2. Toespraak van de voorzitter, Dr. Michel LIEVENS

Beste Collega's,

Vorig jaar besloot ik mijn toespraak op de algemene vergadering met de woorden: "Jonge biologen, engageer jullie in de beroepsverdediging, neem de fakkel over van de oudere generatie, die vroeg of laat zal afhaken." Is het dankzij deze oproep dat we sindsdien 10 nieuwe aanvragen hebben gekregen? De precieze reden achterhalen is niet zo belangrijk. Bovendien hebben twee van die nieuwe leden voorgesteld ons te vertegenwoordigen in de Commissie klinische biologie. Schitterend, al moet ik eraan toevoegen dat de Franstalige biologen minder dan hun Nederlandstalige collega's geneigd zijn om zich aan te sluiten. Lidmaatschap is nochtans maar een eerste stap in de richting van actievere verbintenissen. En aangezien het gezondheidsbeleid grotendeels een federale aangelegenheid blijft, voeren we een gemeenschappelijke strijd, of we nu uit het noorden of het zuiden van het land komen. We moeten dus onze krachten verenigen om de uitdagingen die voor ons liggen het hoofd te bieden en onze stem laten horen bij de federale overheid. En aan uitdagingen ontbreekt het niet; we vernoemen de ziekenhuisnetwerken, forfaitaire financiering van laagvariabele zorg, de herziening van de nomenclatuur, de reorganisatie van de taakverdeling tussen zorgverstrekkers, om ons te beperken tot de thema's die alle artsen-specialisten aangaan.

> *Zullen we een rol krijgen als medebeheerders, althans voor de medische aspecten binnen het netwerk?*

De vorming van ziekenhuisnetwerken moet met zo min mogelijk diplomatie gepaard gaan; het welslagen ervan hangt fundamenteel van de instemming van de artsen af. Helaas is dit niet altijd de eerste zorg van de ziekenhuisdirecties. Dus moeten de medische raden een oogje in het zeil houden, zult u zeggen? Ja, maar de medische raden zoals ze nu bestaan, zullen worden overkoepeld door de medische raden van de locoregionale netwerken. Wat zullen in deze nieuwe omgeving de prerogatieven van de stakeholders zijn? Zal er trouwens wel plaats zijn voor artsen in de bestuursraden van de

locoregionale netwerken? Zullen we een rol krijgen als medebeheerders, althans voor de medische aspecten binnen het netwerk? Al deze vragen worden momenteel op nationaal niveau besproken. Gelukkig nemen er gemotiveerde artsen aan deze debatten deel om onze therapeutische vrijheid te verdedigen onder de vorm van medeverantwoordelijkheid in het ziekenhuisbeheer.

De forfaitaire financiering voor laagvariabele zorg staat voor de deur. Ook hier hebben onze vertegenwoordigers hard moeten werken om ervoor te zorgen dat de verdeling van hun honoraria billijk wordt vastgelegd door het RIZIV (op basis van de verstrekkingen die zij in het verleden hebben verricht), in plaats van willekeurig door de ziekenhuisbeheerder of door een medisch raadgever, die onderhevig kan zijn aan beïnvloeding. De ereloonsupplementen voor deze geforfaitariseerde prestaties blijven echter een struikelblok, en onderwerp van heftige 'principsdiscussies'.

De herziening van de nomenclatuur is het thema van twee studies in opdracht van minister De Block. Voor één van die studies, onder leiding van de ULB-professoren Leclercq en Pirson, werd de medewerking gevraagd van het VBS, dat, omdat het in zo'n belangrijke materie liever acteur dan toeschouwer is, op de vraag is ingegaan en alle beroepsverenigingen hierover heeft aangezocht. Die hebben de afgelopen maanden op hun beurt gereageerd. Helaas is de klinische biologie om de een of andere reden die ons ontgaat uiteindelijk niet zoals andere specialismen uitgenodigd om deel te nemen. De resultaten van de studie zouden binnenkort bekend moeten zijn. We zijn benieuwd naar de bevindingen.

De herziening van het KB nr. 78 is nog maar eens een nieuwe werf…

De herziening van het KB nr. 78 is nog maar eens een nieuwe werf te midden van de vele hervormingsdoelstellingen van onze minister van Volksgezondheid. De onuitgesproken motivatie hierachter is ook van budgettaire aard, en hoewel onze minister arts is, komen de artsen als eersten in aanmerking om het gelag te betalen. Als zeer kleine minderheid zullen ze hun privileges moeten delen, zo niet afstaan ten voordele van de andere zorgverleners. Deze verschuiving van prestaties naar andere actoren dan artsen zal waarschijnlijk gepaard gaan met lagere terugbetalingen! Opgepast, hier schuilt een reëel gevaar voor de biologen, die van alle kanten worden belaagd, in de eerste plaats door hun technologen, die er prat op gaan dat ze vaak beter in staat zijn om laboratoriumtests uit te voeren, maar ook door masters in de biomedische wetenschappen, die zich gesterkt weten door hun kennis van moleculair-biologische technieken en genetica.

Nu we het hebben over genetica: in 2017 werd klinische genetica erkend als zelfstandig medisch specialisme. Het is niet eenvoudig om aan de criteria voor het verkrijgen van de titel te voldoen, aangezien één ervan alle specialisten erkend in een ander specialisme dan interne geneeskunde, kindergeneeskunde, gynaecologie-verloskunde of neurologie verplicht twee jaar opleiding in de interne geneeskunde te volgen, ongeacht hun opleidingsachtergrond. Wat moeten we er bovendien van denken dat de universitaire verstrekkers van de genetische centra het recht om in de erkenningscommissie van het nieuwe specialisme te zetelen uitsluitend willen toekennen aan hun medische staf? Dat blijkt in ieder geval uit de oprichting van deze commissie in de Vlaamse Gemeenschap. Al deze feiten moeten ons als biologen ertoe aanzetten om uiterst waakzaam te zijn en zo nodig met luide stem ons recht te bevestigen om genetische tests uit te voeren op grond van onze expertise in moleculair-biologische technieken en in het interpreteren van de genetische tests die we dagelijks in onze laboratoria uitvoeren. En aangezien eendracht macht maakt, hebben we de medewerking van onze collega's anatoom-pathologen gevraagd om onze knowhow en technische apparatuur op het gebied van genetische analyse te bundelen om zo een gezamenlijk front te vormen tegen de drang naar alleenheerschappij van de genetici. Deze strijd is verre van gewonnen.

Onze strijd in de genetica is verre van gewonnen

Al deze voorbeelden moeten u ervan overtuigen dat u, bovenop het lidmaatschap, misschien de moed kunt vinden om de groep van artsen te vervoegen die, naast hun praktijk, een deel van hun vrije tijd opofferen om het medisch beroep te verdedigen, in een bijzonder moeilijke economische context. Een voorbeeld…

Allerbeste Marc, kersvers ex-secretaris-generaal van het VBS,

De Beroepsvereniging Medische Biopathologie is er bijzonder trots op dat ze in haar rangen een prominente persoonlijkheid in de medische wereld heeft gehad van jouw formaat. Jij die je al jarenlang inzet voor de verdediging van ons vak als arts-specialist in het algemeen, en ons specialisme, de klinische biologie, in het bijzonder.

Al 28 jaar tors je de zware verantwoordelijkheid van secretaris-generaal van het Verbond van Belgische Specialisten op je schouders. Deze organisatie kan al heel lang bogen op het grootste aantal artsen in België. Daar is jouw inbreng zeker niet vreemd aan.

De acties die je hebt ondernomen in tal van officiële, professionele en politieke commissies worden door je collega's algemeen erkend als ingegeven door je zorg om een kader van onafhankelijke medische praktijkvoering voor hen veilig te stellen, als bron van persoonlijke ontplooiing en bereidwillige beschikbaarheid ten overstaan van hun patiënten. Het is niet verwonderlijk dat je naast deze belangrijke functie ook belangrijke verantwoordelijkheden hebt aanvaard binnen de BVAS, de syndicale tegenhanger van het VBS.

De Beroepsvereniging Medische Biopathologie is er bijzonder trots op dat ze in haar rangen een prominente persoonlijkheid in de medische wereld heeft gehad van jouw formaat

Foto: Koen Schrije

Je kent je dossiers perfect, goochelt met de wetgeving alsof het niets is en hebt een enorme historische kennis van de onderhandelingen met alle gesprekspartners in de medische wereld opgebouwd. Daarmee heb je het respect en de aandacht van iedereen afgedwongen. Het heeft je in staat gesteld om een aantal veldslagen voor ons beroep te winnen. Ben je niet onlangs door de leidinggevende instanties erkend als de meest invloedrijke man in de medische wereld? Omdat je een man van het compromis bent, die niet de confrontatie opzoekt, maar streeft naar een correct evenwicht binnen een constructief overleg. En het is om die reden dat kwade wil en blind corporatisme geen excuus vinden in je ogen en de enige dingen waren die je (heel sporadisch) woedend konden maken.

Jammer dat de tijd zo snel voorbijgaat...

Je besloot dus je voet langzaam maar onherroepelijk van het gaspedaal te halen.

Hartelijk dank daarom voor al de tijd in je leven die je aan de verdediging van ons beroep hebt willen wijden. Dank ook aan je vrouw en kinderen die minder dan anderen van hun echtgenoot en vader konden genieten. Dank ook aan de collega's op je dienst die je afwezigheden hebben geaccepteerd voor het goede medische doel.

Geniet van je welverdiende pensioen, dat je niet aansnijdt zonder je moedige opvolger in de veeleisende functie van secretaris-generaal nog enige tijd met raad en daad bij te staan!

Gelukkig blijf je nog ruim een jaar lang zware verantwoordelijkheden dragen bij de BVAS en blijf je tot nader order ondervoorzitter van onze beroepsvereniging.

Een fijn biologisch 2018 voor iedereen!

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

3.1. Dit was 2017

In totaal werd in 2017 5 keer vergaderd met het bestuurscomité (op 24.01.2017, 18.04.2017, 27.06.2017, 26.09.2017 en 05.12.2017). De algemene ledenvergadering vond plaats op 21.02.2017. Er was een supplementaire ontmoeting met de collega's patholoog-anatomen op 11.07.2017.

In 2017 werden een aantal commissies vernieuwd en de beroepsvereniging slaagde erin de gevraagde mandaten in te vullen. Zo werd de Nederlandstalige erkenningscommissie opnieuw samengesteld en werd ook de Commissie Klinische Biologie bij het WIV vernieuwd. Ondanks de pensionering van Dr. Marc MOENS op 01.12.2017 met het definitief neerleggen van zijn taken als klinisch bioloog in het Imeldaziekenhuis in Bonheiden hoopt de beroepsvereniging nog vele jaren op zijn kennis, expertise en netwerk een beroep te kunnen doen. Een monument als Dr. Marc MOENS kan niet genoeg gelauwerd worden en een man van zijn kaliber dient dan ook door meerdere personen te worden opgevolgd. De beroepsvereniging hoopt hieraan te kunnen tegemoetkomen door een verdere verjonging door te voeren, dewelke alvast is gelukt bij de vernieuwing van de erkenningscommissie en de Commissie Klinische Biologie. We kunnen niet genoeg benadrukken hoe hoog de nood is aan 'nieuw bloed' om ons beroep in diverse geledingen, commissies, werkgroepen… te verdedigen. Dr. Marc MOENS werd alvast bereid gevonden om zijn mandaat van ondervoorzitter ook de komende twee jaar verder te zetten.

Wat waren de kernwoorden van 2017? NIPT en de competitie tussen genetica en klinische biologie is wellicht het belangrijkste. Een welles-nietesspelletje zonder voorgaande vond plaats, niet gestoeld op overleg of wetenschappelijke consensus, maar wel op macht en geldingsdrang. Daarnaast is de plaats van en de verhouding tussen de klinisch biologen en andere gezondheidswerkers een belangrijke uitdaging. Moleculair biologen, wetenschappelijk medewerkers allerhande en de officina-apothekers proberen een al dan niet terechte plaats te veroveren in de laboratoriumdiagnostiek. Daarnaast is ook het internet een belangrijke bedreiging voor de klassieke klinische biologie en eigenlijk ook voor de medische genetica.

Ook de razendsnelle ontwikkeling van talrijke gezondheidsapps en de steeds toenemende vragen van de overheid vormen een bijkomende bedreiging en belasting voor ons beroep. Al deze uitdagingen worden hieronder besproken.

3.1.1. NIPT: klinische biologie of niet?

Na maandenlang gelobby en hardnekkige inspanningen, niet in het minst van de beroepsvereniging, werd er uiteindelijk een terugbetaling verkregen per 01.07.2017 voor de NIP (niet invasieve prenatale) test. Voorwaarde was een BELAC ISO accreditatie. Overgangsmaatregelen werden genomen voor de op dat moment nog niet geaccrediteerde laboratoria. Helaas is de terugbetaling met 260 euro aan de lage kant, terwijl steeds werd geijverd voor een terugbetaling van 290 euro. Ten slotte werd een onbegrijpelijke voorwaarde van een antwoordtijd van maximaal 4 werkdagen opgelegd. Een tiental ziekenhuizen, een paar private laboratoria en de Centra voor Menselijke Erfelijkheid (CME) konden dan ook de terugbetaling verkrijgen.

Helaas was het gelobby vooraf om de NIPT voor te behouden voor de CME's slechts een voorproefje van het gebakkelei na 01.07.2017

Helaas was het gelobby vooraf om de NIPT voor te behouden voor de CME's slechts een voorproefje van het gebakkelei na 01.07.2017. Terwijl de nomenclatuuromschrijving stipuleert dat enkel het opsporen van trisomie 21 nodig is, ontstond een gekissebis tussen de CME's en de niet-universitaire NIPT laboratoria over wat er nu precies moet opgespoord worden met de NIPT. Zelfs de populaire pers werd ingeschakeld. Naar aanleiding van haar Facebookbericht over haar gehandicapte zoon en de NIPT, stond er in het tweede

HUMO-nummer van juni 2017 een interview met VRT-journaliste Goedele DEVROY[1]. Door haar gezinssituatie reageerde ze blijkbaar emotioneel op de bekendmaking dat de NIPT terugbetaald wordt (*"Ik vroeg me al een hele tijd af of ook de genetische afwijking van mijn zoon ermee had kunnen worden opgespoord", "... Als deze test had bestaan toen ík zwanger was, was mijn zwaar gehandicapte zoon waarschijnlijk nooit geboren en had ik vandaag een heel ander, ongetwijfeld veel makkelijker leven geleid."*) en heeft ze vervolgens zelf contact opgenomen met het CME van de KUL om na te vragen of de translocatie van haar zoon opgespoord had kunnen worden. Zo'n voorzet konden ze in Leuven natuurlijk niet laten liggen…: *"Het antwoord was heel kort: 'Ja'."* Maar alleen universitaire centra screenen al het genetisch materiaal, de commerciële laboratoria niet. Die zoeken alleen naar het syndroom van Down en nog een paar andere, relatief vaak voorkomende genetische afwijkingen, namelijk trisomie 13 en trisomie 18. Dit voorbeeld als illustratie hoe al gauw een welles-nietesspelletje ontstond over de al dan niet superieure CME-test gebaseerd op 'whole genome sequencing' (WGS) versus de targeted aanpak van de anderen. Het is niet zeker dat de duplicatie op chromosoom 11 in haar zoon had kunnen gevonden worden met een universitaire NIPT. Daarenboven zijn de meeste accidentele WGS-bevindingen 'confined placental mosaicism' en dus een bron voor onnodige invasieve testen.

De aanname dat 'whole genome' technisch te verkiezen zou zijn boven de doelgerichte methodes is volstrekt ongegrond

De aanname dat 'whole genome' technisch te verkiezen zou zijn boven de doelgerichte methodes is volstrekt ongegrond. Zie hiervoor volgende recente grote meta-analyse (2015) en Cochrane review (2017) die beide besluiten dat er geen enkel verschil is in de performantie van de diverse NIPT-methodes, die wereldwijd naast elkaar worden gebruikt: http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/1/e010002.full.pdf

http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011767.pub2/abstract;jsessionid=19A3812DD6BADAE24404555CE71B271F.f02t03.

Met objectieve argumenten en het belang van de patiënten in het achterhoofd gingen de niet-universitaire ziekenhuizen in de tegenaanval tegen de wetenschappelijk en ethisch niet-correcte, agressieve strategie van CME-Leuven, dat doelbewust ingaat tegen evidence based medicine, tegen de internationale aanbevelingen en tegen het overheidsbeleid. De joint position paper van de Europese en Amerikaanse Societies for Human Genetics (ASHG en ESHG) (https://www.ashg.org/press/201503-NIPT_statement.html) met aanbevelingen is een zeer uitgebreide en sterk onderbouwde paper die alle mogelijke ethische aspecten rond NIPT behandelt. Advies 66 van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek omtrent NIPT (https://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-66-niet-invasieve-prenatale-diagnostiek-nipt) maakt geen onderscheid tussen de whole genome en de gerichte NIPT voor screening naar trisomie 21, 18 en 13 en het stelt zich er dus ook geen ethische vragen bij. Over de mogelijkheid van incidentele bevindingen geeft het advies 66 enkel aan dat, indien er zich incidentele bevindingen voordoen die zouden kunnen leiden tot preventieve of therapeutische interventies, deze moeten gemeld worden aan de patiënt.

Jammer genoeg plaatst CME Leuven zich met zijn niet te stoppen promo-campagne langs de Vlaamse ziekenhuizen en in de (populaire) media op het niveau van de commerciële bedrijven

De joint position paper daarentegen gaat veel dieper in op dit thema. Het standpunt van deze internationale groep van NIPT-experten (genetici en bio-ethici) is: "*To the extent that findings beyond the scope of the screening offer can reasonably be avoided by technical means, doing so is ethically preferable.*"

De argumenten van de Europese en Amerikaanse Societies for Human Genetics zijn in de internationale NIPT-gemeenschap zeer goed gekend: "*Women or couples may otherwise be confronted with outcomes requiring them to make decisions that they were not sufficiently prepared*

[1] http://www.humo.be/humo-archief/379133/vrt-journaliste-goedele-devroy-openhartig-over-haar-scheiding-haar-burn-out-en-haar-zwaar-gehandicapte-zoon

for. Incidental findings at the NIPT stage precede decision making about invasive testing, which may entail putting the pregnancy at risk for confirming findings that not only have a low PPV (because of their low frequency), but that, if confirmed, may still have highly uncertain implications for the health of the future child."

Dit betekent dat de gerichte methodes voor screening naar trisomie 21, 18 en 13 de voorkeur genieten, omdat met deze methodes het technisch mogelijk is incidentele bevindingen te vermijden.

Deze position paper waarschuwt ook voor een voorbarige uitbreiding van de 'screening offer' en verwijst hiervoor naar 'commercial companies' die zich hieraan wagen zonder de nodige validatiestudies met bepaling van sensitiviteit, specificiteit, positief predictieve waarde, negatief predictieve waarde enz.: *"Concerns have been raised that this expansion of the screening offer is based on proof of principle rather than validation studies, and that with the rarity of most of these microdeletion syndromes, the PPV is expected to be low. Multiple false positives as a result of screening for microdeletions will undermine the main achievement of NIPT in the context of prenatal screening: the significant reduction of the invasive testing rate."*

Jammer genoeg plaatst CME Leuven zich met zijn niet te stoppen promocampagne langs de Vlaamse ziekenhuizen en in de (populaire) media op het niveau van de commerciële bedrijven, terwijl er in de wetenschappelijke verenigingen geen enkele discussie is over het feit dat de 'screening offer' zich nog steeds moet beperken tot trisomie 21, 18 en 13.

Als klap op de vuurpijl kwam CME Leuven recent met een nieuwe brochure 'NIPT-PLUZ' op de proppen. We citeren even uit de brochure: "*Bij de NIPT-PLUZ-analyse, uitgevoerd binnen de erkende genetische centra in België, waaronder ook UZ Leuven, worden alle chromosomen nagekeken. Daarom worden soms (bij ongeveer 0,5% van de analyses) ook andere afwijkingen gevonden, bijvoorbeeld een trisomie van een ander chromosoom dan 13, 18 of 21, of een afwijking die belangrijk kan zijn voor de gezondheid van de moeder en/of de baby. Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek raadt aan om ook die afwijkingen mee te delen aan de zwangere vrouw (advies nr. 66)*". Op zich is dit een correcte formulering, maar men vergeet het informed consent, het recht om niet te weten en de vals positieve resultaten door placentair mosaïcisme…

Ondertussen bereiken ons ook berichten dat CME Leuven ziekenhuizen en gynaecologen onder druk zet om hun NIPT PLUZ analyse naast de eigen (targeted) test aan te bieden. Als de gynaecologen er niet wensen op in te gaan, wordt er soms gedreigd geen klinisch geneticus meer als consulent aan te bieden aan de weigerachtige ziekenhuizen. Wordt ongetwijfeld vervolgd…

Het blijft een bizar fenomeen dat over een test waar met de huidige terugbetaling (260 euro) amper winst mee kan worden gemaakt een dergelijke strijd woedt. Wellicht kadert dit in het claimen van de 'whole genome sequencing' (WGS) technologie als zijnde het exclusieve terrein van de CME's, en aldus niet toegankelijk voor de klinisch biologen. Persoonlijk denken we dat de targeted approach te verkiezen is boven de NIPT, maar dat voor tal van andere toepassingen de WGS de huidige beperkte genpanels wellicht gaat vervangen. WGS zal dus binnenkort ook geclaimd worden door patholoog-anatomen en klinisch biologen.

Het KCE-rapport 300A omtrent WGS (zie verder) stelt de terugbetaling enkel voor in artikel 33 (genetica) van de nomenclatuur. De klinisch biologen zullen dus opnieuw alert moeten zijn.

3.1.2. Klinische biologie en de andere (para) medische beroepen

3.1.2.01. Klinisch geneticus

Met het ministerieel besluit van 23.05.2017 werd het nieuwe medische specialisme 'klinisch geneticus' gecreëerd[2]. De aanvaardingsvoorwaarden zijn zeer zwaar. Het specialisme, met een specifieke opleiding

[2] Ministerieel besluit van 23.05.2017 tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van arts-specialisten, stagemeesters en stagediensten klinische genetica (BS 31.05.2017).

van vier jaar, is direct toegankelijk als men vooraf al een niveau 2-erkenning[3] heeft in één van de vier volgende 'klinische specialismen': neurologie, inwendige geneeskunde, pediatrie of gynaecologie[4]. Indien men niet over één van deze vier titels beschikt, moet men vooraf een opleiding van twee jaar volgen in één van deze vier disciplines. In de specifieke opleiding om specialist in de klinische genetica te worden, moet de kandidaat een opleiding laboratoriumgeneeskunde doorlopen van minimum één tot maximum twee jaar. Omgekeerd kunnen klinisch biologen, nochtans hét expertisespecialisme rond laboratoriumgeneeskunde, géén klinisch geneticus worden, tenzij ze niet alleen eerst die twee jaar klinische opleiding volgen (cf. supra), maar bovendien dan nog eens één à twee jaar laboratoriumopleiding krijgen in een Centrum voor Menselijke Erfelijkheid[5]. De beroepsvereniging diende hieromtrent een klacht in bij de Raad van State samen met het overkoepelende VBS.

Artikel 2, 3° *iuncto* artikel 3 en artikel 4, lid 1 van het MB kunnen aangevochten worden wegens schending van het grondwettelijk gelijkheidsbeginsel, samen met bijvoorbeeld een cardioloog, een reumatoloog, een pneumoloog, een gastro-enteroloog, die toch opnieuw twee jaar algemene interne geneeskunde zouden moeten volgen, omdat hun beroepstitel niet kan beschouwd worden als die van een internist zoals gedefinieerd in het MB. Minstens kan verdedigd worden dat er sprake is van een onredelijke uitsluiting in en/of een onzorgvuldige redactie van het artikel 2, 3° van het MB. Artikel 4, lid 2 van het MB kan eveneens aangevochten worden wegens schending van het onredelijkheidsbeginsel en dit namens het VBS en een kandidaat-specialist die niet beschikt over een titel in één van de vier klinische specialismen bedoeld in artikel 2, 3° en die zijn tweejarige stage zou willen volbrengen in een dienst gynaecologie die niet gespecialiseerd is in geassisteerde reproductieve geneeskunde.

Men schat dat er ongeveer 1 klinisch geneticus per 50.000 inwoners nodig is

Tot op heden is er nog geen uitspraak, maar het kabinet van minister De Block heeft zich ondertussen bereid verklaard om aan onze gerechtvaardigde eisen tegemoet te komen. Binnenkort zal een ontwerp van wijzigingsbesluit ter goedkeuring aan de Hoge Raad voor Artsen-Specialisten en Huisartsen worden voorgelegd.

Er werd een ongewoon korte overgangsperiode voorzien: een arts die algemeen bekend staat als bijzonder bekwaam in de klinische genetica gedurende de laatste vijf jaren, kon zich tot uiterlijk 30.06.2017 melden om zich kan als arts-specialist in de klinische genetica te laten erkennen door de bevoegde overheid[6].

De erkenningscommissie voor dit nieuwe specialisme is ondertussen opgericht bij de Vlaamse Gemeenschap, maar noch niet bij de Fédération Wallonie Bruxelles. De door het VBS voorgedragen Vlaamse kandidaten werden evenwel niet in aanmerking genomen.

Men schat dat er ongeveer 1 klinisch geneticus per 50.000 inwoners nodig is, wat betekent dat er in België ± 225 zouden moeten worden erkend. Op 30.06.2017 waren er volgens de normen van artikel 33 van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van het RIZIV exact 50 klinisch genetici erkend, waarvan één enkele gynaecologe. Dit illustreert ook de onmogelijkheid om alle genetische counseling (inclusief NIPT) via de CME's te laten lopen.

[3] KB 25.11.1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde (BS 14.03.1992).
[4] MB 23.05.2017 Artikel 2, 3: klinisch specialisme: hetzij de inwendige geneeskunde, hetzij de neurologie, hetzij de pediatrie, hetzij de gynaecologie-obstetrica. (Bij deze reduceren de stellers van dit MB alle andere specialismen tot niet-klinisch!).
[5] Artikel 5, ibidem: "Minstens twaalf maanden en hoogstens vierentwintig maanden van deze vierjarige opleiding bestaan uit een opleiding in een laboratorium verbonden met het in het eerste lid bedoelde centrum voor menselijke erfelijkheid waarin genetische en moleculaire testen worden verricht binnen het kader van de terugbetalingsregelen zoals voorzien door de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994".
[6] MB 23.05.2017 art. 15.

3.1.2.02. Officina-apotheken

De officina-apotheker wil zich blijkbaar ontpoppen tot 'zorgverstrekker voor al uw problemen'. In het meerjarenkader voor de patiënt met de officina-apothekers zien de beroepsvereniging van apothekers, APB en Ophaco, voornamelijk een rol van de apotheker in het mee opvolgen van patiënten met chronische aandoeningen (bv. therapietrouw). Ook zaken zoals de opvolging van de griepvaccinatie bij 'risico-'patiënten moet kunnen. In die optiek lijkt het logisch dat de apotheker de nuttige informatie hierover kan raadplegen. Indien de overheid zou beslissen om via PST (patient self testing) bijvoorbeeld de opsporing van darmkanker via de apotheker tot bij de 'patiënt' te brengen, dan lijkt het logisch dat de apotheker ook de kits daarvoor kan verkopen (gekoppeld aan het INSZ-nummer[7] van de patiënt om enkel de doelgroep te bedienen).

Het zou zelfs aangewezen zijn dat de doelgroep dan gratis de kit krijgt en dat de apotheker rechtstreeks vanuit de Verzekeringsinstellingen zou betaald worden. Op die manier wordt er niet te veel verkocht en kan men in de campagne zeggen: "U moet niets aan uw apotheker betalen". De verkoop van die preventiekits zou ook in Vitalink[8] zichtbaar moeten zijn. Resultaten zichtbaar maken, laat staan de interpretatie ervan, zijn evenwel meer dan een brug te ver. De beroepsvereniging meent dat dit de taak van de huisarts zou ondergraven.

De Belgische Beroepsvereniging van Artsen-Specialisten in Medische Biopathologie heeft met belangstelling kennis genomen van het advies over de verkoop van zelftests in apotheken voor het thuis opsporen of opvolgen van bepaalde gezondheidsproblemen dat door de Nationale Raad van de Orde der Artsen op 8 april 2017 werd verstrekt. De beroepsvereniging betreurt ten zeerste dat de Orde der Artsen het niet nuttig heeft geacht om, voorafgaand aan het opstellen van dit advies, het specialisme te raadplegen dat het meest betrokken is bij deze problematiek, nl. de klinisch artsen-biologen. In haar besluit stelt de Orde der Artsen dat alleen met de patiëntenorganisaties en met de Orde van Apothekers overleg zal worden gepleegd. Het advies van de Orde is zeer positief omtrent het aanbieden van deze selftests in de apotheek en zij beschouwt dit als essentieel in de 'self empowerment' van de patiënt. De beroepsvereniging blijft bij haar standpunt dat de taak van de officina-apotheker zich beperkt tot het afleveren van deze testen en dat er geen advies, noch interpretatie mag worden verstrekt, aangezien dit onwettige uitoefening van de geneeskunde betreft. Een brief naar de Orde der Artsen werd verstuurd en verspreid via VBS-GBS newsletter nummer 632.

In de rechtszaak van de beroepsvereniging tegen de KLAV (Koninklijke Limburgse Apothekers Vereniging) werd Dr. MOENS ondertussen verhoord door de gerechtelijke politie op 28.03.2017. Ook een aantal lokale officina-apothekers werden door de politie verhoord. Er wordt dus alvast een gerechtelijk onderzoek aan gewijd. De klacht werd reeds op 06.01.2016 ingediend, de juridische molen draait dus weer zeer traag…

Van een lid ontvingen we de mededeling dat in Sint-Truiden opnieuw een project start om via de lokale apotheken HbA1c-bepalingen aan te bieden. Na overleg besliste de beroepsvereniging unaniem om ook hiertegen (opnieuw) juridische actie ondernemen.

Sommige apothekers spelen voor oftalmoloog en verkopen brillen met "de gepaste dioptrie"…

Ondertussen worden in apotheken ook huidtesten en rookstopprogramma's aangeboden. Sommige apothekers spelen voor oftalmoloog en verkopen brillen met 'de gepaste dioptrie'…

In de Artsenkrant van 22 januari 2018, in de rubriek van huisarts Michel DE MUNCK, 'Dertig dagen zonder klagen' doet de auteur zijn beklag omtrent het morrelen door de apotheker aan een therapeutisch schema… http://www.artsenkrant.com/info/deel-8/article-normal-31165.html.

[7] Uniek identificatienummer van de sociale zekerheid in België.

[8] Vitalink is een systeem waarmee zorgverleners digitale gegevens over hun patiënten eenvoudig en veilig met elkaar kunnen delen. Vandaag deelt Vitalink gegevens over vaccinaties, medicatie, bevolkingsonderzoeken en een samenvatting van het patiëntendossier van de huisarts. De patiënt geeft daarvoor eerst toestemming, bepaalt zelf wie de gegevens kan zien en kan op elk moment de gegevens bekijken.

Kortom, de verhouding tussen apothekers en artsen staat op scherp. Ook de officina-apothekers lijden onder de internetverkoop van niet-voorschriftgebonden producten, zien daardoor hun winstmarges onder druk komen en zoeken wanhopig naar nieuwe inkomstenbronnen en een nieuwe plaats in de hiërarchie van de gezondheidszorgberoepen. Het verkopen (en interpreteren) van PST-testen (of is het toch POCT?) is er daar maar één van. In de Londense metro zag ondergetekende reclame voor thuistesten via internetverkoop: https://www.medichecks.com/. In Anderlecht biedt het gemeentebestuur gratis HIV-testen aan (https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/11/08/gratis-hiv-testen-voor-inwoners-van-anderlecht/). Internetverkoop en de officina-apotheken strijden om de PST-testen en beconcurreren aldus de laboratoria klinische biologie. Ondertussen beschikken ook talrijke huisartspraktijken over POCT-toestellen voor bijvoorbeeld CRP-bepaling na capillaire vingerprik. Voorlopig zijn deze nog niet terugbetaald, maar we horen dat er plannen zijn in die richting. Hopelijk volgt het budget dan en dient dit niet te worden betaald vanuit het eigen gesloten budget voor de klinische biologie. Ook dit dossier zal de beroepsvereniging met argusogen opvolgen.

3.1.2.03. Andere gezondheidsberoepen

Op 28.09.2016 kondigde Pedro FACON, toenmalig kabinetschef van minister DE BLOCK en huidig directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid, in de Passage 44 te Brussel, voor een nokvol auditorium een grondige herziening van het KB nr. 78 aan. De aanwezigen herinneren zich ongetwijfeld het madeliefje van de multidisciplinariteit, met de patiënt als bloemknop in het midden, en de zorgberoepen er als vele bloemblaadjes omheen. De artsen waren één van die vele bloemblaadjes.

Een herziening van het KB nr. 78 moet de erkenning van o.m. genetic counselors mogelijk maken en ook een oplossing bieden voor de moleculair biologen en wetenschappelijk medewerkers in de laboratoria voor klinische biologie

Er werd een kaderwet in het vooruitzicht gesteld betreffende de uitoefening van de zorgberoepen en een wet inzake de kwaliteit van de praktijkvoering. De besprekingen met de verschillende betrokken groepen, de stakeholders, over het 'voorontwerp van wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg' zijn momenteel aan de gang. De 10,8 % artsen zullen het moeten opnemen tegen 89,2% van de zorgberoepen die (bijna) allemaal dromen van een autonome beroepsuitoefening. Het quasi monopolie van de voorschrijvende alleswetende arts wil onze minister aldus graag op de schop. Het begint er op te lijken dat de herziening van KB nr. 78 niet meer voor deze legislatuur zal zijn.

Het reeds geciteerde KCE rapport 300A https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_300A_Totale_Genoomsequencing_Synthese.pdf) breekt een lans voor de erkenning van zogenaamde 'Genetic counselors' (paramedici dewelke de consultaties van de klinisch genetici voorbereiden), laboratorium genetici en bio-informatici. Een herziening van het KB nr. 78 moet dit mogelijk maken en ook een oplossing bieden voor de moleculair biologen en wetenschappelijk medewerkers in de laboratoria voor klinische biologie. De functie 'genetic counselor' werd ook opgenomen in het ontwerp van de huidige hervorming van KB nr. 78, maar lijkt niet langer op de agenda te staan. Er bestaat momenteel geen formele opleiding in genetische counseling in België, met uitzondering van een cursus die werd opgestart door de Universiteit Gent in 2016 (10 deelnemers). De meeste counselors worden in het buitenland of op het terrein opgeleid.

Zoals ook in andere dossiers worden deze evoluties strikt opgevolgd door de Belgische Vereniging voor Laboratoriumtechnologen (BVLT), die vreest dat nieuwe erkenningen zullen leiden tot het verdringen van de medisch laboratorium technologen (MLT) uit de laboratoria.

Terwijl er nog slechts een handvol licentiaten in de wetenschappen gemachtigd zijn om verstrekkingen klinische biologie te mogen verrichten, zou er opnieuw gelobbyd worden om masters toegang te verschaffen tot een opleiding klinische biologie, met name door de masters in de Biomedische Wetenschappen. Het is uiteraard onaanvaardbaar dat een mistoestand die door lobbywerk uit de jaren

60 van de vorige eeuw kon gelegaliseerd worden, maar die door 'natuurlijke selectie' quasi verdwenen is, opnieuw zou opduiken.

Ten slotte is de actualisatie van de erkenningscriteria voor klinisch biologen op de lange baan geschoven en wordt de werkgroep omtrent een eventuele gelijkschakeling tussen artsen- en apothekers-biologen voorlopig 'on hold' gezet. De reden is te vinden in het feit dat de Hoge Raad voor Artsen-Specialisten en Huisartsen, dankzij heel wat inspanningen en vergaderingen, al vele erkenningsdossiers heeft geactualiseerd, maar dat die dossiers niet worden omgezet in ministeriële besluiten, omdat ze niet door de flessenhals van de Beleidscel op het kabinet van minister DE BLOCK raken.

3.1.3. Varia

3.1.3.01. HUB's en LOINC's[9]

Met ontzetting nam de beroepsvereniging kennis van de eis van het kabinet van minister DE BLOCK om de publicatie van laboresultaten op de HUB's te koppelen aan de terugbetaling.

Op 11.12.2015 was er bij eHealth, in aanwezigheid van Dr. Alin DEROM, reeds een vergadering over een universeel laboformaat. Vele vergaderingen later was er, eind 2016, een eerste versie klaar met een eHealthviewer en een berichtenstructuur. Op 20.10.2017 verscheen versie V1.2 van het laboformaat. Op dat ogenblijk was 84% van de resultaten rapporteerbaar via dit formaat. Dit behelst evenwel slechts 123 van de 1.447 beschikbare codes, of 8,5%, omdat de vele laagfrequente testen natuurlijk niet sterk in het geheel doorwegen.

In het rapport van de werkgroep klinische biologie van de Technisch Geneeskundige Raad van 20.06.2017 staat onder meer: "*…dat er moet gewacht worden op de resultaten van tests die nu worden uitgevoerd door experts zoals o.a. Tom Fiers, Georges De Moor, Jos De Vlies en Alin Derom. Indien de resultaten van deze tests positief uitvallen, kan men de laboratoria binnen dit en ten laatste 2 jaar wel de verplichting opleggen om via gestructureerde LOINC codes te publiceren. Deze periode van twee jaar zal ook de kans laten aan de softwareproducenten om zich aan te passen aan deze eisen…*".

We vinden het logisch dat men wacht tot er tenminste iets bestaat dat functioneert voordat men verplicht de publicatie van laboresultaten op de HUB's te koppelen aan de terugbetaling

We denken als beroepsvereniging dat het niet meer dan logisch is dat men wacht tot er tenminste iets bestaat dat functioneert voordat men verplichtingen oplegt, zeker als men de laboratoria vanaf een bepaalde datum zou verplichten om, op straffe van de niet-terugbetaling door het RIZIV, resultaten in het nieuwe formaat op te sturen.

De beroepsvereniging is aldus zeker niet tegen de verplichte publicatie van laboresultaten via de HUB, maar eerst moet een 'proof of concept' bewijzen dat het concept klaar is om te worden uitgerold. Dit werd zo afgesproken in de werkgroep klinische biologie van de Technisch Geneeskundige Raad d.d. 28.11.2017 en dit werd ook zo bepleit in de vergaderingen van de medicomut[10]. Desondanks roepen we ieder lab op om werk te maken van de aanpassing van de labsoftwarepakketten aan de gestandaardiseerde codes, de zogenaamde LOINC's.

[9] Logical Observation Identifiers Names and Codes standaard.

[10] Door onze herhaalde tussenkomsten vanop de BVAS-bank wordt de soep inderdaad niet zo heet gegeten als ze wordt opgediend. Het akkoord artsen-ziekenfondsen van 19.12.2017 voor de periode 2018-2019 stelt in zijn punt 4.2.9: "De NCAZ dringt erop aan dat de standaarden met betrekking tot de mededeling van de resultaten op het vlak van klinische biologie (LOINC°) door de medische laboratoria worden toegepast in de loop van het akkoord en rekening houdend met de evaluatie van de lopende pilootprojecten". Er wordt evenwel geen melding gemaakt dat dit een voorwaarde voor de terugbetaling zou worden.

3.1.3.02. IVD

De bevoegdheid inzake IVD zal verschuiven van het WIV naar het FAGG. Deze verandering houdt volgens de beroepsvereniging een risico in op een toename van de administratieve belasting. Het FAGG is bezig met een veldbezoek aan verschillende laboratoria met als doelstelling te kijken wat er wordt gebruikt en welke informatie ze gaan geven aan gebruikers. Het FAGG zou zich vooral richten op de moleculaire diagnostiek, maar zijn regels zullen op iedereen van toepassing zijn, dus ook met name op de speciale chemie (metabole ziekten, vitamines, toxicologie e.d.) flowcytometrie, manuele testen in de hematologie (speciale stolling, sikkelceltest, enz.) en op een groot deel van de microbiologie.

3.1.3.03. Accreditering van artsen (en apothekers) klinisch biologen

Al in 2015 kwam een herziening van het accrediteringssysteem aan de orde op de medicomut. Men wil het nu herbekijken via het akkoord artsen-ziekenfondsen. Het is de bedoeling om de voorziene accrediteringsvergoeding minder afhankelijk te maken van de geleverde prestaties en meer forfaitair. De vergoeding zou gelinkt worden aan bepaalde kwaliteitsindicatoren. Het totale bedrag van de accrediteringshonoraria, 311 miljoen euro in 2016, zou behouden blijven, maar zou worden herverdeeld. De klinisch biologen zullen daar bekaaid van afkomen.

Het is de bedoeling om de voorziene accrediteringsvergoeding minder afhankelijk te maken van de geleverde prestaties en meer forfaitair

Klinisch biologen krijgen als geaccrediteerde arts of apotheker een hoger forfaitair honorarium per voorschrift dan een niet-geaccrediteerde collega. Het gemiddelde voor een patholoog-anatoom bedraagt € 1.971 en voor een apotheker-klinisch bioloog € 31.048. Globaal genomen is het gemiddelde bedrag voor een huisarts € 12.387 en voor een specialist € 9.632 (cijfers 2016). De reden dat men het specifiek heeft over hoge toppen scherende apothekers-biologen is vermoedelijk om de gemoederen te verhitten. De klinische biologie is steeds bestempeld als een dure specialisatie. Iedereen vergeet echter dat het niet de klinisch biologen zijn die voorschrijven… Het is niet toevallig dat de apothekers-biologen de hoogste accrediteringshonoraria van alle klinisch biologen scoren. Dit is wellicht te wijten aan het feit dat in de extramurale laboratoria het dikwijls de apothekers zijn die de forfaitaire honoraria per ambulant voorschrift attesteren.

3.2. Dit wordt 2018

3.2.1. Budget

Het budget 2018 is al bij al aanvaardbaar. De enveloppes voor klinische biologie en medische beeldvorming worden, rekening houdend met de toegepaste correcties, respectievelijk vastgesteld op 1.359.755.000 euro en op 1.288.920.000 euro, wat 4,1 % en 3,2 % hoger is dan de jongste technische ramingen van het RIZIV voor het jaar 2017. De honoraria voor medische beeldvorming en klinische biologie worden met ingang van 1 januari 2018 met 1,25% geïndexeerd.

In de loop van 2018 zal een herziening van de terugbetalingsvoorwaarden voor het bepalen van het gehalte 25-hydroxy vitamine D worden doorgevoerd. Het ontwerp-KB heeft alle stappen binnen het RIZIV doorlopen en wacht, na goedkeuring door de Beleidscel van minister DE BLOCK en de handtekening van de koning, op publicatie in het Belgisch Staatsblad. Deze herziening zal een reallocatie mogelijk maken om innovatieve, performante biomarkers in te zetten in de oncologie. De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen kondigt tevens een correctie aan met betrekking tot de terugbetalingsvoorwaarden van doseringen van vitamine B12 en foliumzuur. Het RIZIV wil een besparing van 2 miljoen euro realiseren op een huidige omzet van op 7,9 miljoen euro.

De enveloppe voor klinische biologie wordt vastgesteld op 1.359.755.000 euro

Daarnaast neemt de NCAZ kennis van het lopende KCE-project 'Evidence based beslissingsondersteuning voor het voorschrijven van laboratoriumtests in de huisartspraktijk'. Hierbij

wordt een trial uitgevoerd bij 300 huisartsen en worden 12.000 patiënten geïncludeerd, waarbij wordt nagegaan welk effect deze tool heeft op het voorschrijfgedrag. Het rapport wordt verwacht tegen 31 oktober 2019. Op basis van de bevindingen zal eventueel een beslissing worden genomen tot een meer veralgemeende toepassing. De NCAZ drukt de wens uit dat in samenwerking met de onderzoeksequipe zo snel mogelijk concrete pilootprojecten worden opgestart.

Een mechanisme van financiële responsabilisering van de voorschrijvers wordt ingevoerd in de klinische biologie en de medische beeldvorming. Hiertoe zal in de enveloppe klinische biologie en medische beeldvorming voor ambulante verstrekkingen voortaan een onderscheid worden gemaakt tussen de oorsprong van de voorschrijvers (huisarts of specialist).

In geval van overschrijding van de enveloppe zullen de voorschrijvers die een te hoge frequentie of een te hoog volume van voorschriften verrichten onder monitoring worden geplaatst. De ziekenfondsen en de LOK's worden hiervan op de hoogte gebracht. Voor zover geen wijziging in het voorschrijfgedrag plaatsvindt, zullen financiële maatregelen worden genomen. De NCAZ zal uiterlijk per 30 juni 2018 deze principes concretiseren, waarbij zowel de rol van de voorschrijver als de rol van de verstrekker in aanmerking zal worden genomen.

3.2.2. Naar geïntegreerde laboratoriumgeneeskunde?

Verder zal ook in 2018 het debat gevoerd worden omtrent de afgrenzing tussen de laboratoria genetica, pathologische anatomie en klinische biologie. Een meer geïntegreerde samenwerking lijkt onafwendbaar in tijden van 'liquid biopsies' en 'whole genoming sequencing'. In dit debat blijft het NIPT-verhaal helaas een gemiste kans, hoewel ondergetekende wel uitstekend samenwerkt met het CME van UGent in dit verband. Alle genetische centra dienen aldus niet over dezelfde kam te worden geschoren. We kijken ook met belangstelling uit naar de publicatie van artikel 33ter. De specifieke merkers die in artikel 33ter kunnen aangerekend worden, staan opgesomd in bijlage A van hoofdstuk VIII van de geneesmiddelen, die het voordeel heeft dat hij maandelijks door de minister van Sociale Zaken kan gewijzigd worden. Deze bijlage vermeldt per indicatie (waarvoor het medicijn terugbetaald kan worden) de specifieke moleculair biologische merker die verplicht en voorafgaandelijk uitgevoerd moet worden en de overeenkomstige nomenclatuurcode (i.e. niveau van complexiteit) van deze verstrekking.

We kijken ook met belangstelling uit naar de publicatie van artikel 33ter

3.2.3. PST en POCT

Ook dit wordt een dossier om ook in 2018 met de grootste aandacht op te volgen. Eventuele nomenclatuur voor POCT-testen kunnen met zekerheid leiden tot budgetontsporing. De nodige 'checks en balances' moeten alleszins worden ingebouwd.

Het POCT-dossier werd door de Commissie Klinische Biologie volledig uitgewerkt en bezorgd aan de Beleidscel van minister DE BLOCK. Gezien het vele werk dat de Beleidscel heeft en gezien de vrees dat voor de realisatie ervan extra budget nodig zal zijn, kreeg het geen prioriteit. "*Na het zomerreces 2018*" klonk het antwoord van het kabinet eind 2017.

3.2.4. Gezondheidsapps

Op dit moment bestaat er nog geen juridisch kader voor mobiele toepassingen in de zorg. Een piramide van 3 verschillende niveaus wordt voorgesteld en zal worden uitgewerkt door overleg tussen de verschillende administraties (RIZIV, FOD, FAGG, eHealth) en de sectorfederaties (Agoria en beMedTech). Via het project 'Digital Health Valley' hopen de ministers Maggie DE BLOCK en Alexander DE CROO de digitalisering in de gezondheidszorg te versnellen. Het valt te verwachten dat ook de klinische biologie hierin zal worden betrokken, vb. door de continue glucosemeeting bij diabetici.

3.2.5. Tot slot

De statuten van de beroepsvereniging werden 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

omslachtige aanvaardingsprocedure te vereenvoudigen. We zijn dan ook verheugd dat ook in 2017 een aantal jonge artsen tot de beroepsvereniging zijn toegetreden. Dit geeft hoop voor de toekomst.

3.3. Financiële sectoranalyse (Dr. Alin DEROM)

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 2017 (gebaseerd op de cijfers van het RIZIV, situatie 2017Q3). Er wordt vergeleken met de definitieve cijfers van 2016.

Er werden in het ambulant budget 33,46 miljard B's gepresteerd (1,36% meer dan in 2016 waar er voor 33,01 miljard B's gepresteerd is), in het budget opgenomen patiënten 12,37 miljard B's (3,37% meer dan in 2016 waar er voor 11,97 miljard B's gepresteerd is). Die prestaties kostten het RIZIV resp. € 254,54 en 94,11 miljoen (dus zonder het aandeel forfaitaire honoraria), resp. 1,80% en 3,82% meer dan in 2016 waar het resp. € 250,03 en 90,64 miljoen was. Men schrijft dus nog steeds meer voor.

Er werden in het ambulant budget 33,46 miljard B's gepresteerd (1,36% meer dan in 2016, waar er voor 33,01 miljard B's gepresteerd is), in het budget opgenomen patiënten 12,37 miljard B's (3,37% meer dan in 2016 waar er voor 11,97 miljard B's gepresteerd is)

Als we de cijfers van 2017Q3 bekijken, inclusief de respectievelijke forfaitaire honoraria (maar nog steeds zonder de bis-artikels) dan kostte dit aan het RIZIV respectievelijk € 617,63 en 663,84 miljoen, of 2,64 % minder (ambulant) en 3,14% meer (opgenomen) dan in 2016, waar het respectievelijk € 634,37 en 643,63 miljoen bedroeg.

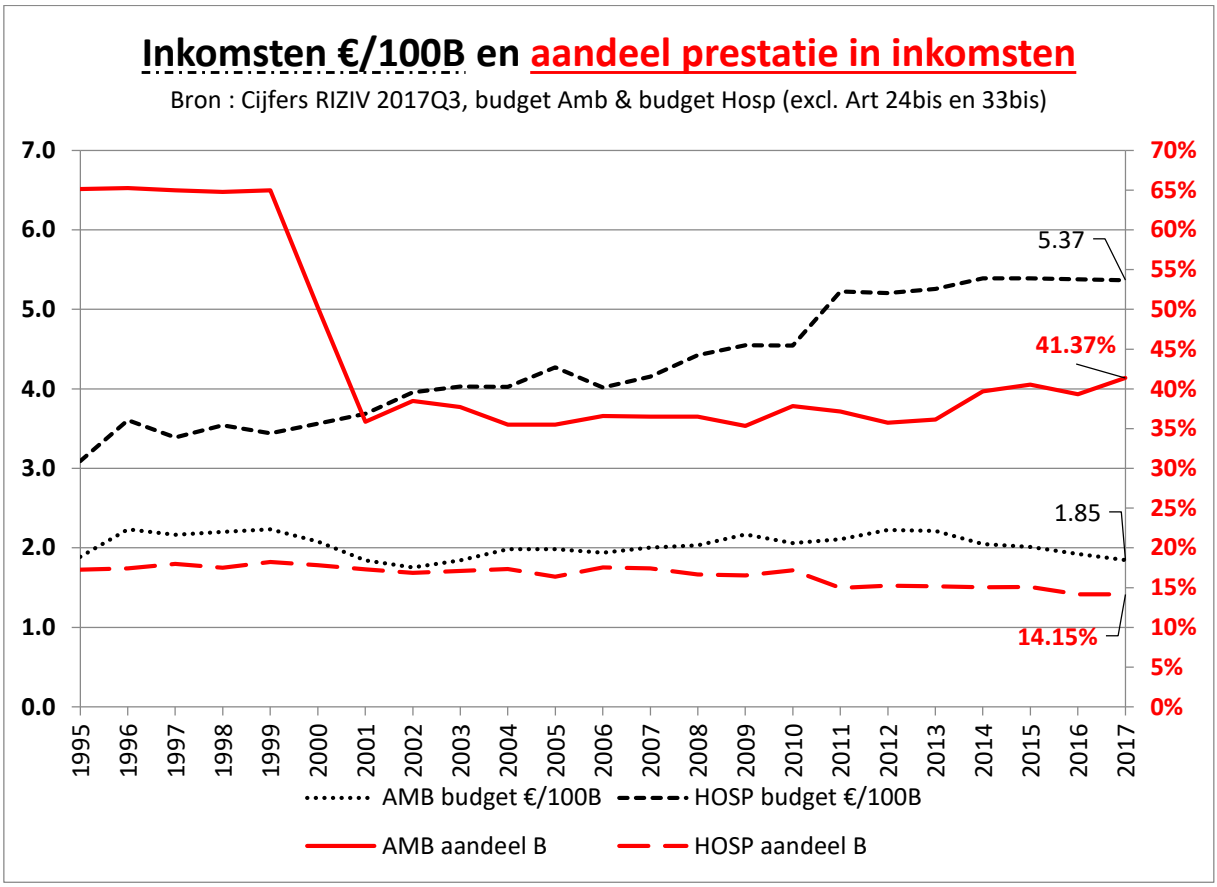
Hoe komt het dat men in beide sectoren meer voorschrijft, maar dat de uitgaven in het ambulante budget dalen en in het budget opgenomen patiënten stijgen? Dat heeft waarschijnlijk te maken met de besparing die in 2016 is opgestart. Er was in het ambulante budget een besparing op jaarbasis voorzien van € 20 miljoen met daarbovenop een verschuiving van € 20 miljoen van het ambulante naar het budget opgenomen patiënten. Deze maatregel is pas in april 2016 doorgegaan en in 2017 voelt men dit een volledig jaar. Bovendien, om deze maatregel snel te laten ingaan en niet te hoeven wachten op de publicatie van een koninklijk besluit, is men in april 2016 begonnen met het doen dalen van de waarde van de sleutelletter B voor alle prestaties van art 3, 18 en 24. Het is slechts vanaf 01.01.2017 dat de besparing van € 40 miljoen (via een KB) via de forfaitaire honoraria per voorschrift ingegaan is. Dit verklaart waarschijnlijk waarom een maatregel van 2016 nog zichtbare verschuivingen geeft in 2017. Voor zij die het vergeten zijn: de waarde van sleutelletter B was op 01.01.2016 nog € 0,032613, vanaf 01.04.2016 € 0,028960 (enkel voor artikel 3, 18 en 24). Vanaf 01.01.2017 (incl. de indexering) is de waarde opgetrokken naar € 0,030868 (er wordt hier even geen rekening gehouden met de selectieve daling van de sleutelletter voor de CMV & Toxoplasmose in de periode 01.01.2017 ➔ 31.05.2017 en Factor V Leiden en Factor II in de periode 01.01.2017 ➔ 31.07.2017).

Globaal bedraagt het aandeel van terugbetaling door RIZIV dat gerelateerd is aan de prestatie 27,26% (een stijging van 2,29% ten opzichte van 2016)

Als we deze cijfers anders bekijken, dan is de kost aan het RIZIV voor 100 gepresteerde B gelijk aan € 1,85 in het ambulant budget (3,94% minder dan in 2016, toen het nog € 1,92 bedroeg), en € 5,37 in het budget opgenomen patiënten (0,78% minder dan in 2016, toen het € 5,38 bedroeg). Globaal is dit € 2,75 (1,83% minder dan in 2016, toen het € 2,80 bedroeg). Het aandeel van uitgaven gerelateerd aan de prestaties in het ambulant budget bedraagt 41,37%, in het budget opgenomen patiënten blijft dit 14,15%. Globaal bedraagt het aandeel van terugbetaling door het RIZIV dat gerelateerd is aan de prestatie 27,26% (een stijging van 2,29% ten opzichte van 2016).

De aandachtige lezer zal zich afvragen waarom men in het budget opgenomen patiënten toch minder terugbetaald krijgt per B, terwijl er in 2016 toch een netto injectie van € 20 miljoen was via de forfaitaire honoraria per opname (+ 7,73%). De verklaring is eenvoudig: men heeft in 2017 3,37% meer B's

gepresteerd. Vergeet niet dat dit deel van het budget voor 85% forfaitair gehonoreerd wordt. Er komt dus voor 3,37% extra B's, maar 3,37% x 15% = 0,51% honorering erbij.

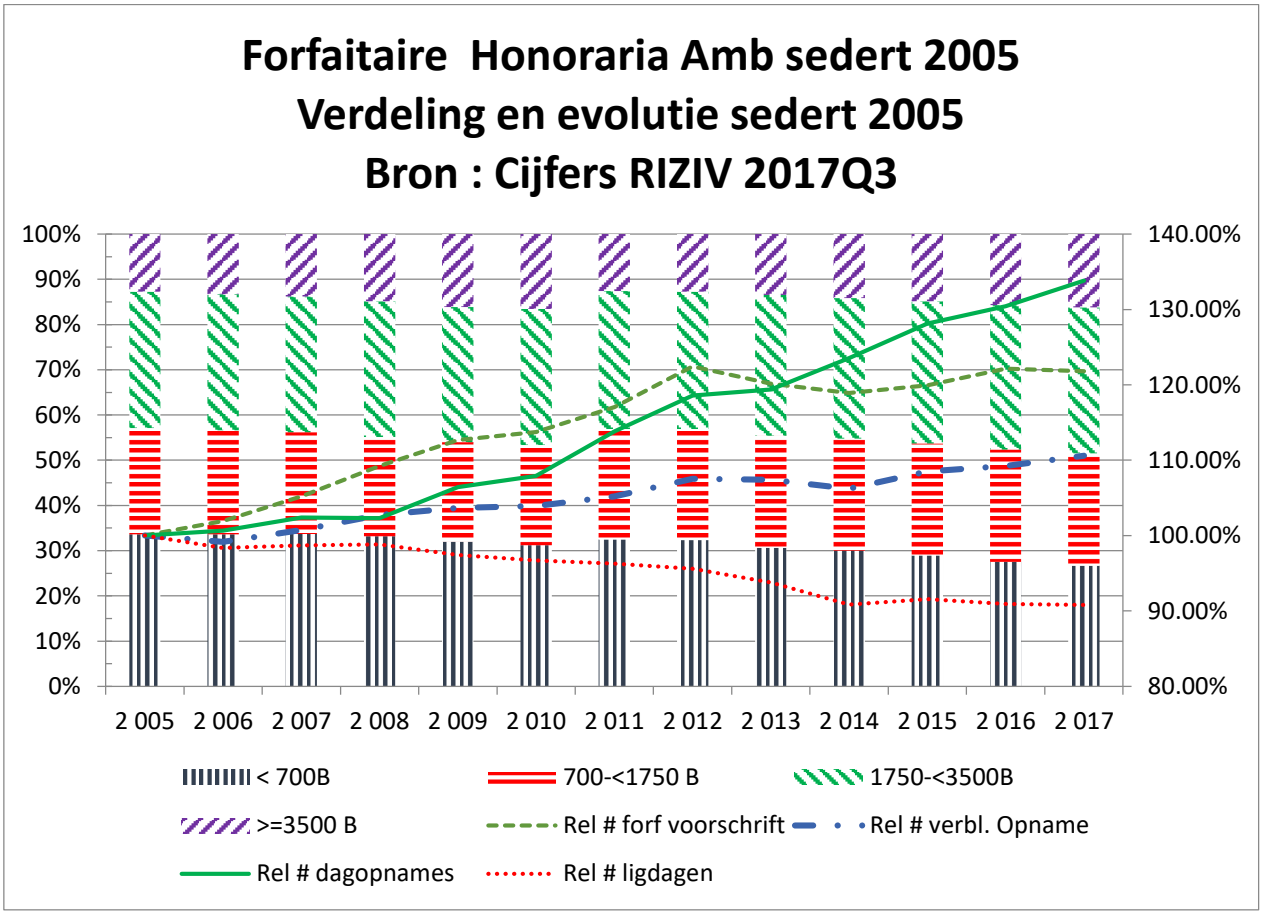


Hieronder de brongegevens van bovenstaande grafiek:

Jaar	AMB budget €/100B	HOSP budget €/100B	AMB aandeel B	HOSP aandeel B	TOT aandeel B
1995	€ 1,89	€ 3,09	65,13%	17,26%	40,59%
1996	€ 2,23	€ 3,61	65,27%	17,44%	40,37%
1997	€ 2,17	€ 3,39	64,96%	17,99%	41,21%
1998	€ 2,20	€ 3,54	64,77%	17,49%	41,05%
1999	€ 2,23	€ 3,44	64,96%	18,22%	42,30%
2000	€ 2,08	€ 3,56	50,29%	17,84%	34,05%
2001	€ 1,84	€ 3,69	35,84%	17,29%	26,00%
2002	€ 1,75	€ 3,95	38,48%	16,86%	26,50%
2003	€ 1,84	€ 4,03	37,70%	17,08%	26,62%
2004	€ 1,98	€ 4,02	35,51%	17,34%	26,20%
2005	€ 1,99	€ 4,27	35,49%	16,38%	25,59%
2006	€ 1,94	€ 4,02	36,60%	17,53%	27,03%
2007	€ 2,00	€ 4,16	36,49%	17,44%	27,02%
2008	€ 2,03	€ 4,42	36,51%	16,65%	26,60%
2009	€ 2,17	€ 4,55	35,34%	16,52%	26,29%
2010	€ 2,06	€ 4,54	37,84%	17,19%	27,91%
2011	€ 2,11	€ 5,22	37,15%	14,95%	25,92%
2012	€ 2,23	€ 5,21	35,74%	15,23%	25,83%
2013	€ 2,21	€ 5,26	36,16%	15,18%	26,05%
2014	€ 2,05	€ 5,39	39,70%	15,04%	27,41%
2015	€ 2,01	€ 5,39	40,53%	15,09%	27,75%
2016	€ 1,92	€ 5,38	39,34%	14,15%	26,65%
2017	€ 1,85	€ 5,37	41,37%	14,15%	27,26%

Onderstaande, vernieuwde en meer uitgebreide grafiek toont buiten het cumulatief aandeel van de 4 forfaitaire honoraria per voorschrift ook de evolutie (ten opzichte van 2005) van het aantal forfaitaire honoraria per voorschrift, forfaitaire honoraria per opname van verblijvende patiënt, forfaitaire honoraria per opname in een dagziekenhuis en forfaitaire honoraria per aantal ligdagen.

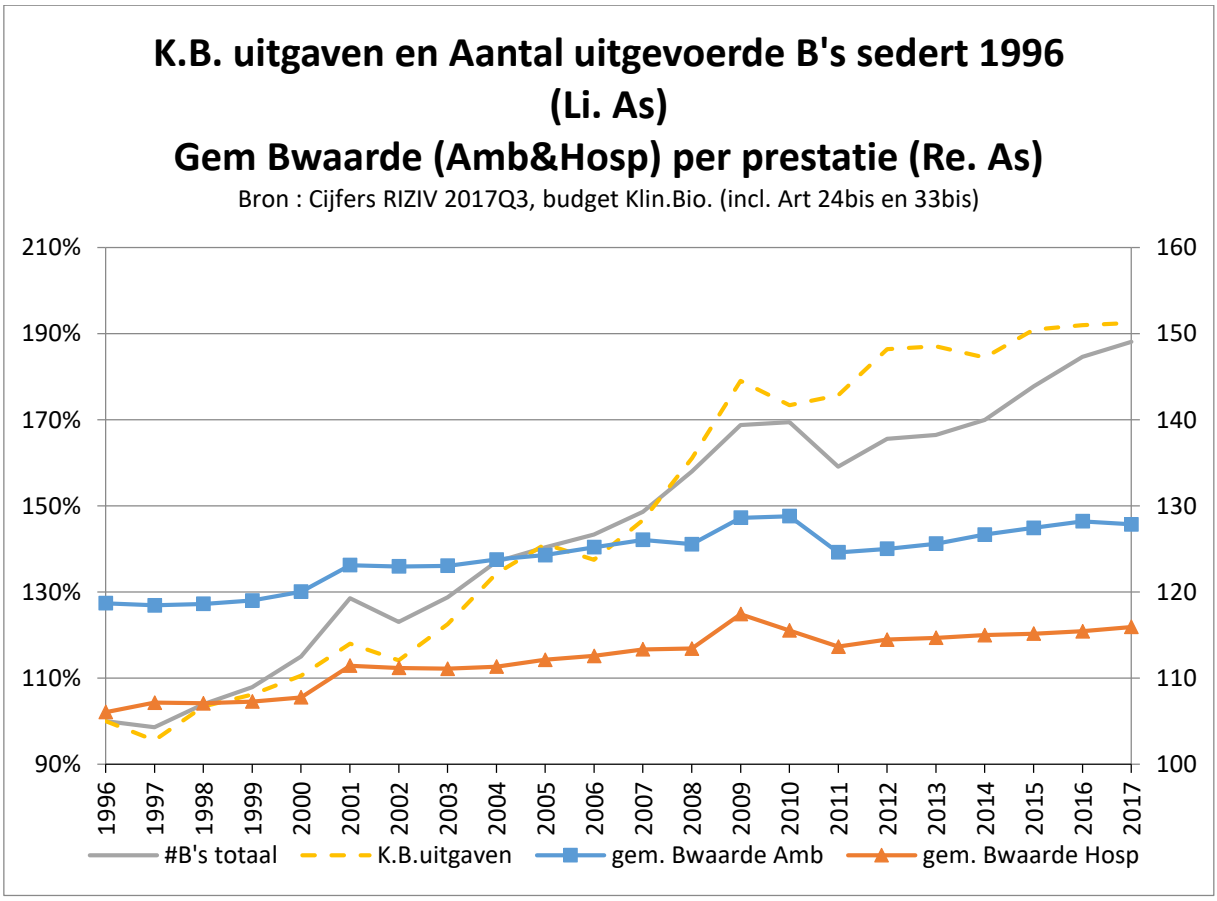
Voor de forfaitaire honoraria per voorschrift is er een uiterst lichte stijging sinds 2016. Men ziet ook nu de continue trend van minder kleine (<700B) aanvragen (-3%) ten voordele van het aandeel aanvragen met het grootste forfaitaire honorarium, dat met 3,15% stijgt ten opzichte van 2016. We zien ook de bijna continue stijging van het aantal opnames van zowel de verblijvenden als voor de daghospitalisatie. Deze laatste stijgt veel sneller en is sedert 2005 met bijna 34% gestegen. Ondanks het aantal opnames van verblijvenden, dat stijgt, zien we een gelijkwaardige daling van het aantal ligdagen. Dus zelfs met een stijging van bijna 11% opnames voor verblijvenden is het aantal ligdagen sinds 2005 met iets meer dan 9% gedaald. Het gemiddeld verblijf van een patiënt is sinds 2005 reeds met 21,83% gedaald.



Hieronder de brongegevens van bovenstaande tabel:

Jaar	Rel # forf voorschrift	< 700B	700-<1750 B	1750-<3500B	>=3500 B	Rel # verbl. Opname	Rel # dagopnames	Rel # ligdagen
2005	100,00%	33,63%	23,47%	30,18%	12,72%	100,00%	100,00%	100,00%
2006	101,92%	33,63%	22,96%	30,13%	13,28%	99,15%	100,65%	98,35%
2007	105,19%	33,67%	22,52%	30,00%	13,80%	100,75%	102,40%	98,69%
2008	109,23%	33,19%	21,96%	29,98%	14,87%	102,74%	102,32%	98,85%
2009	112,69%	31,95%	22,01%	29,92%	16,11%	103,65%	106,45%	97,41%
2010	113,75%	31,20%	22,18%	30,04%	16,58%	103,93%	107,94%	96,72%
2011	117,04%	32,45%	24,48%	30,47%	12,60%	105,20%	113,84%	96,26%
2012	122,44%	32,33%	24,56%	30,37%	12,74%	107,54%	118,59%	95,59%
2013	120,17%	30,62%	24,80%	31,12%	13,45%	107,41%	119,41%	93,79%
2014	118,91%	30,03%	24,74%	31,07%	14,16%	106,22%	123,57%	90,84%
2015	119,93%	28,97%	24,76%	31,41%	14,85%	108,52%	128,14%	91,55%
2016	122,14%	27,49%	24,85%	31,93%	15,73%	109,23%	130,45%	90,95%
2017	121,82%	26,67%	24,84%	32,27%	16,22%	110,60%	133,84%	90,79%

De onderstaande tabel toont de historische trend van een gelijkmatige jaarlijkse lichte stijging van de gemiddelde B-waarde. We zien deze keer een kleine daling in de grafiek van de ambulante verstrekkingen. Ook blijft het duidelijk zichtbaar dat het aantal prestaties meer stijgt dan de honorering ervan.



Hieronder de brongegevens van bovenstaande tabel:

Jaar	aantal B's Totaal	K.B. Uitgaven	Gemiddelde Bwaarde Amb	Gemiddelde Bwaarde Hosp
1996	100,00%	100,00%	118,69	106,06
1997	98,57%	95,54%	118,46	107,14
1998	103,98%	103,42%	118,62	107,07
1999	107,86%	106,21%	119,01	107,29
2000	115,01%	110,60%	120,04	107,77
2001	128,55%	117,97%	123,13	111,45
2002	123,09%	114,15%	122,97	111,19
2003	128,78%	122,57%	123,05	111,09
2004	137,03%	134,31%	123,78	111,33
2005	140,39%	141,14%	124,28	112,12
2006	143,35%	137,48%	125,19	112,57
2007	148,60%	146,67%	126,06	113,35
2008	158,04%	161,05%	125,55	113,43
2009	168,82%	179,07%	128,63	117,43
2010	169,46%	173,42%	128,81	115,54
2011	159,11%	175,70%	124,61	113,66
2012	165,56%	186,44%	125,01	114,47
2013	166,48%	187,09%	125,60	114,68
2014	169,97%	184,46%	126,66	115,00
2015	177,78%	190,94%	127,45	115,16
2016	184,63%	191,98%	128,21	115,44
2017	188,13%	192,50%	127,86	115,95

In alle voorgaande cijfers wordt geen rekening gehouden met de artikels 24bis, 33bis en het remgeld.

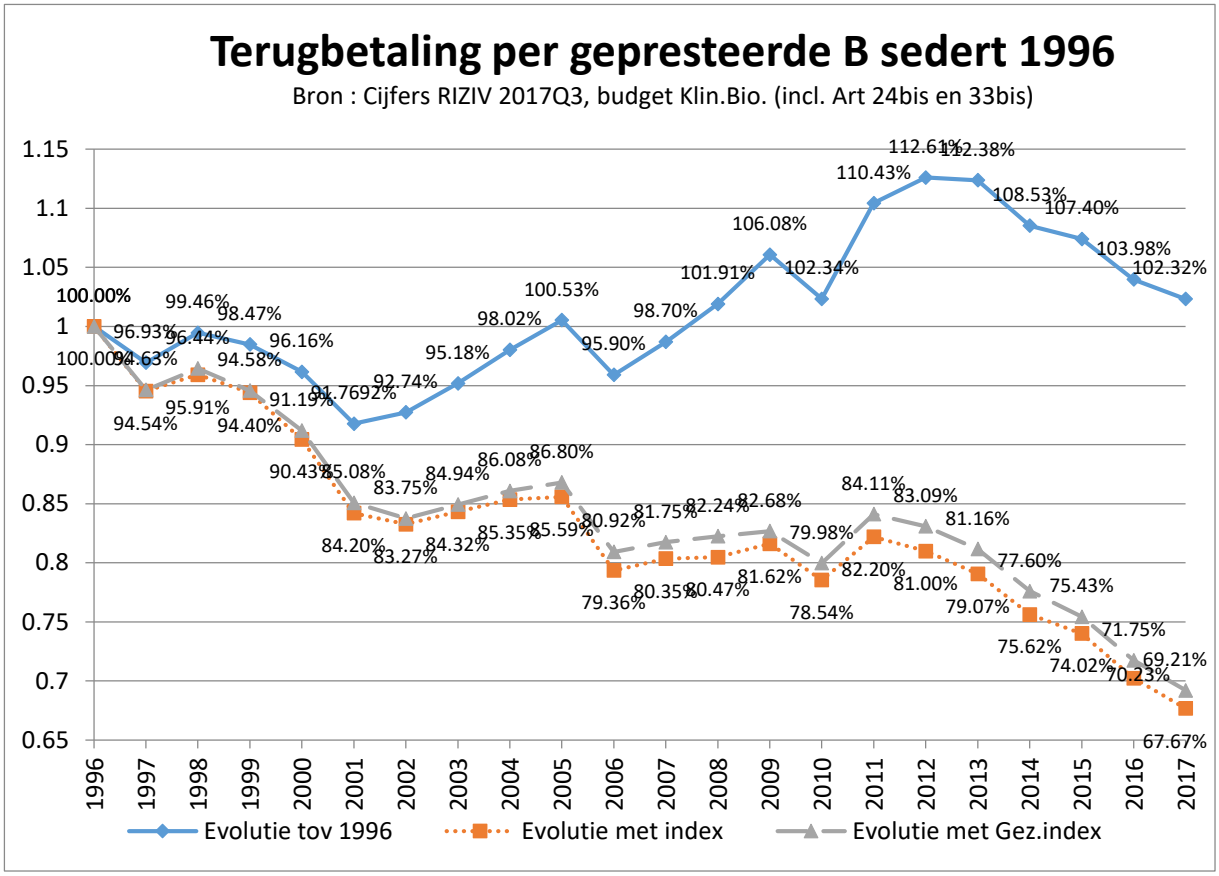
Globaal kunnen we blijven vaststellen dat we nog steeds meer prestaties uitvoeren, maar met een lagere terugbetaling. De artsen schrijven nog steeds duurdere testen voor en doen grotere aanvragen. Een voelbare responsabilisering van de voorschrijvers wordt echt een noodzaak. Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019 heeft hier een passage voor voorzien in punt 4.4.3. Helaas is de voorgestelde 50%-50% financiële responsabilisering van verstrekkers en voorschrijvers onder druk van bepaalde onderhandelaars niet in het definitieve akkoord kunnen blijven staan. Een gemiste kans van echte responsabilisering van de voorschrijver.

De enveloppe voor 2017 bedroeg 1.313.929.000 euro. Van die enveloppe is er volgens deze voorlopige cijfers 11.282.000 euro die niet uitgegeven zal worden. Voor het ambulante budget was er 644.593.000 euro voorzien en zouden de uitgaven 633.416.000 euro bedragen, dat is een overschot van 11.176.000 euro extra of een onderschrijding van het budget met 1,73%. In het budget opgenomen patiënten was er een enveloppe van 669.336.000 euro en is er 669.230.000 euro uitgegeven, dit is een onderschrijding van 106.000 euro of 0,02%.

In het akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019 is er in punt 4.4.2 gestipuleerd dat er een beperking zal ingevoerd worden van terugbetaling van vitamine B12 en foliumzuur. Men hoopt hiermee € 2.518.000 te besparen op jaarbasis. Laten we hopen dat de onderschrijding van het budget en de hogerop vermelde besparingen integraal terug in de sector geïnvesteerd worden, zodat de voorstellen van nieuwe parameters die al jaren in de koelkast zitten eindelijk realiteit kunnen worden en een meerwaarde betekenen voor de patiënt. Voor de volledigheid moet vermeld worden dat er in het akkoord 2018-2019 ook een besparing voorzien wordt in de terugbetaling van vitamine D, maar daarvan is reeds beslist dat die gebruikt zal worden om “innovatieve performante biomarkers in te zetten in de oncologie”, concreet zal dat waarschijnlijk artikel 33bis en 33ter worden die buiten de gesloten enveloppe zitten.

We blijven bovendien opmerken dat de gemiddelde terugbetaling per B in 2017 verder gedaald is en dat we ten opzichte van 1996 een koopkrachtverlies lijden van 32,33%.

Het vooruitzicht voor 2018 is dat de enveloppe klinische biologie vastgesteld is op € 1.359.755.000 (4,1% meer dan de technische raming voor 2017, die bekend was op het ogenblik van het maken van het akkoord).



De prestaties uit artikel 18 blijven fors dalen (in 2017 13,83% minder dan in 2016). Ze vertegenwoordigen nog slechts 0,16% van alle prestaties en 0,53% van de honoraria.

Even inzoomen op artikel 24bis en artikel 33bis toont dat het eerste artikel in 2017 voor 9,29% meer uitgaven heeft gezorgd en het tweede voor 19,37% meer uitgaven. De invoering van nieuwe testen in artikel 33bis, met de NIPT op kop, heeft daar veel mee te maken. In deze geëxtrapoleerde cijfers is de berekende uitgave van de NIPT slechts € 3,10 miljoen, terwijl we allen weten dat het in 2017 ongeveer € 13 miljoen zou moeten bedragen. Het feit dat een aantal laboratoria pas in september 2017 of later hun Belac-audit gekregen hebben en pas dan hebben kunnen tariferen, verklaart deze felle onderschatting van de NIPT-uitgaven in 2017 in de gebruikte cijfers.

Net zoals vorig jaar moet men er rekening mee houden dat, door de creatieve omgang met de waarde van de sleutelletters, het niet steeds eenvoudig is om deze geëxtrapoleerde cijfers 100% correct te berekenen.

4. Verslag van de penningmeester, vaststelling van de bijdrage 2018, kwijting van het bestuurscomité

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

Op 31.01.2018 telt onze beroepsvereniging 117 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 assistenten in opleiding, 125 euro voor de artsen die minder dan 5 jaar erkend zijn, en 75 euro voor gepensioneerden.

De vergadering stemt in met dit voorstel, keurt tevens de rekeningen van 2017 goed en verleent het bestuurscomité er unaniem kwijting van.

5. Verkiezing van voorzitter en drie raadgevers

Dr. Alin DEROM wordt tot nieuwe voorzitter verkozen. De Drs. Marieke CRIEL, Pieter VERMEERSCH en Jean-Marc MINON worden tot raadgever verkozen.

6. Bespreking van het verslag van de secretaris

- Binnenkort zal een aantal CME's (en ook private laboratoria en buitenlandse bedrijven) starten met het tegen betaling aanbieden van een uitgebreide preconceptiescreening. Dit valt, voorlopig althans, buiten de terugbetaling. De genetische doos van Pandora is aldus geopend en dringende ethische richtlijnen zijn noodzakelijk. Krijgt iemand met een genetische voorbeschiktheid voor epilepsie straks geen rijbewijs meer? Ondertussen zijn toch ook twee klinische genetici erkend die niet in een CME werkzaam zijn.
- Het concept 'huisapotheker' is een groot succes: enkele honderdduizenden patiënten hebben zich reeds bij hun apotheker laten registreren waardoor die 30 euro per ingeschreven patiënt krijgt. Het voorziene budget is aldus al flink overschreden.
- Wat betreft de bedreiging door de 'POCT' testen wordt de subsidiëring van het ERNIE-project omtrent POCT CRP in de huisartspraktijk bij kinderen met infectieuze presentatie alvast niet verlengd wegens onvoldoende meerwaarde.

De genetische doos van Pandora is aldus geopend en dringende ethische richtlijnen zijn noodzakelijk. Krijgt iemand met een genetische voorbeschiktheid voor epilepsie straks geen rijbewijs meer?

- De beroepsvereniging herhaalt dat we alert moeten blijven dat de masters en gedoctoreerden in de biomedische wetenschappen geen toegang krijgen tot het beroep van klinisch bioloog. Het is uiteraard onaanvaardbaar dat een mistoestand die door lobbywerk uit de jaren zestig van de vorige eeuw kon gelegaliseerd worden voor een aantal 'licentiaten in de scheikunde' maar die door 'natuurlijke selectie' quasi verdwenen is, opnieuw zou opduiken.
- De uitgaven 2017 zien er bij extrapolatie van de 10 reeds gekende maanden inderdaad geruststellend uit. We moeten wel nog een inhaalbeweging verwachten voor de vanaf 01.07.2017 gepresteerde, doch later in het jaar geattesteerde, en nog deels in 2018 geattesteerde NIPT's. Maar zelfs dan verwachten we geen budgettaire 'knipperlichten'.
- Sinds 01.01.2017 worden op de factuur ook de niet-terugbetaalde analyses vermeld. Op te merken valt dat dit soms aanleiding geeft tot privacyproblemen.

7. Varia

- Dr. Michel LIEVENS, afscheidnemend voorzitter, wordt het erelidmaatschap van de beroepsvereniging aangeboden. Hij aanvaardt deze voordracht. Het bestuurscomité wenst hem oprecht te danken voor zijn jarenlange inzet in de beroepsvereniging en beroepsverdediging.

De volgende vergadering van het bestuurscomité vindt plaats op dinsdag 8 mei 2018 om 20u15 in het Best Western hotel, Groot-Bijgaarden, E40 richting Oostende.

Dr. H. LOUAGIE, Secretaris	Dr. M. MOENS, Ondervoorzitter	Dr. A. DEROM, Voorzitter