

REF.
2022/012
VAN
ASGB/RR/TG
DATUM
22/02/2022

Aan de heer Johan Kips
Aan de heer Jan Bertels

ASGB Nota Klinische Biologie

Deze nota bevat feedback op het document 'HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISORGANISATIE EN -FINANCIERING' van Minister Frank Vandenbroucke op datum van 28 januari 2022, meer in het bijzonder over de aspecten die betrekking hebben op de Klinische Biologie.

Wij onderschrijven de doelstellingen voor een verantwoord gebruik van de middelen en een correct voorschrijfgedrag evenals de opsplitsing van de honoraria in een intellectueel en een kostengedeelte.

Wij kunnen ons nog enigszins vinden in de stelling dat de kostenstructuur voor de eigenlijke uitvoering van de individuele analyse klinische biologie vergelijkbaar kan zijn voor de ambulante en de gehospitaliseerde sector als men enkel rekening houdt met de variabele, lees specifieke reagens-, personeels-, investerings- en inningskost (= het gedeelte werkingskosten van het honorarium van de klinisch bioloog), van een analyse/prestatie in kwestie.

Echter, in een ziekenhuiscontext, waar enerzijds de kans op sterk pathologische resultaten groter is (hetgeen extra analyses, manipulaties en meer specialistische beoordeling vraagt) en waar anderzijds de 24U/24, 7d/7 dienstverlening en snelle verwerking (spoedafdeling, onco-dagzaal, hemodialyse,...) noodzakelijk zijn, hebben we te maken met omstandigheden die ertoe leiden dat de totale kost van eenzelfde analyse uitgevoerd door een privé-labo voor een gezonde patiënt helemaal niet kan vergeleken worden met de totale kost voor dezelfde analyse door een ziekenhuislaboratorium, zowel in een gehospitaliseerde als ambulante setting. Binnen een ziekenhuiscontext is er ook een duidelijke verantwoordelijkheid vanwege de klinische biologen voor ziekenhuishygiëne (cfr. COVID-crisis!), antibioticabeleid, HOST en bloedbank beheer en maken zij deel uit van onder andere het farmaceutisch en transfusiecomité.

Het intellectueel deel van het honorarium van de klinisch bioloog is dan ook verschillend voor diezelfde analyse/prestatie in beide contexten. Dit maakt dat een opsplitsing in een professioneel en kostengedeelte per analyse/prestatie in de praktijk onmogelijk is.

ASGB vzw

Prins Boudewijnlaan 1, 2550 Kontich

☎ 03 238 49 48
☎ 03 216 30 64

KBC 407-8129911-39

info@asgb.be www.asgb.be



Alhoewel de opsplitsing tussen een intellectueel en een kostengedeelte ons inziens wel mogelijk is op dienstniveau, dient men dit verschillend te benaderen voor de ambulante sector dan voor de ziekenhuiscontext (ambulant en gehospitaliseerd).

Bijkomend moet er ook nog rekening gehouden worden met het feit dat de volgende aspecten ook moeten gedekt worden door het intellectueel honorarium van de klinisch bioloog: de uitwerking, risicoanalyse en validatie van de procedures van de pre-, post- en analytische fase, de technische en medische validatie, de uitvoering en opvolging van de interne kwaliteitsbewaking, de deelnamekosten, uitvoering en opvolging van externe kwaliteitscontroles, kwaliteit verbeterende initiatieven en deelname aan externe toetsing van gekozen (bv. BELAC, JACIE, ...) of opgelegde (bv. Sciensano, FAGG, ...) kwaliteitsnormen, advies en clinical consultancy, multidisciplinair diagnostisch/therapeutisch overleg, adoptie van artificiële intelligentie, het aansturen van het leidinggevend, ondersteunend en uitvoerend personeel, labomanagement en leiderschap, ... etc.

Ondanks alle bovenstaande bedenkingen, zijn we het dus eens dat het mogelijk moet zijn om, voor de ambulante prestaties uitgevoerd door een extramuraal laboratorium enerzijds en voor de prestaties, ambulant en gehospitaliseerd samen, door een ziekenhuislaboratorium anderzijds, twee onderscheiden fracties te identificeren nl. de werkingskost fractie (reagentia en investeringen) en de 'intellectuele' fractie waarover de klinisch bioloog beschikt om alle bovenstaande bijkomende aspecten uit te voeren op een manier die een reflectie is van zijn medische autonomie.

Een piste die hiervoor kan gebruikt worden lijkt ons:

- Voor de ambulante prestaties uitgevoerd door een extramuraal laboratorium kan men gebruik maken van de openbaar gepubliceerde jaarrekeningen van deze laboratoria om enerzijds de werkingskosten en anderzijds de winstmarges te bepalen. Mogelijks moet er met een kleine foutenmarge rekening gehouden worden voor de winstgevende activiteiten die niet zouden gebaseerd zijn op de uitvoering van door de ziekteverzekering of patiënt betaalde prestaties.
- Voor de prestaties, ambulant en gehospitaliseerd samen, door een ziekenhuislaboratorium kan men deze oefening inderdaad baseren op de analytische boekhouding van enkele peilziekenhuizen. Ook hier zal een foutenmarge worden geïnduceerd omdat alle financiële regelingen van de ziekenhuizen verschillend zijn en alle 'afdrachten' of 'solidariteitsmechanismen' of 'indirecte kosten' gebaseerd op procenten, op de omzet of het resultaat, de facto onmogelijk onderling te vergelijken zullen zijn.

Graag worden wij actief betrokken bij deze oefening.

Aangezien wij het eens zijn met het principe dat de gelden van de gezondheidszorg doelmatig moeten worden aangewend en dat excessieve winsten niet gewenst zijn, zouden wij kunnen akkoord gaan met het beperkt verminderen van de B-waarde in die mate dat het beheer van de hierdoor vrijgemaakte middelen in een lokaal, per ziekenhuis, verankerd co-governance model wordt verankerd. Een deel van de



honoraria blijft best per prestatie, via B-waarde, gefinancierd om opvolging en statistische verwerking mogelijk te maken.

Wat betreft de aanwending van de 'intellectuele' fractie van de honoraria, zijn wij van oordeel dat dit enkel de betrokken klinisch biolo(o)g(en) toekomt en dat zij exclusief over de aanwending hiervan beslissen.

Wat betreft de aanwending van de 'werkingskost' fractie van de honoraria, zijn wij van oordeel dat dit in co-governance moet gebeuren tussen de klinisch biologen, zo mogelijk vertegenwoordigd door de laboratoriumdirecteur, en de inrichtende macht. Met co-governance wordt in dit geval concreet bedoeld dat geen van beide partijen zonder het akkoord van de andere partij eenzijdig een beslissing kan nemen. Dit zowel in privé laboratoria als ziekenhuislaboratoria.

Naast bovenstaande zou dit nieuwe kader er als volgt kunnen uitzien:

- De bestaande financiële regeling van het ziekenhuis is niet meer van toepassing op de honoraria klinische biologie
- De honoraria klinische biologie worden in twee fracties aan de klinisch biologen toegekend, een intellectuele fractie en een werkingskost fractie.
- Van de werkingskost fractie kan een bepaald percentage worden afgestaan aan het ziekenhuis voor de centrale inning van alle inkomsten van het klinisch laboratorium en dat percentage moet hetzelfde zijn als voor de alle andere diensten van het ziekenhuis. Indien er verschillende percentages zijn in functie van de typologie van de dienst dan wordt voor de dienst klinische biologie het laagste in gebruik zijnde percentage gebruikt.
- Indien er in de financiële regeling van het ziekenhuis solidariteit is uitgewerkt tussen artsen, voor verloning of investeringen, dan kan een percentage van de globale honoraria of van de werkingskost fractie of van het resultaat worden afgehouden, op basis van dezelfde afspraak vermeld in de financiële regeling van het ziekenhuis in zo verre dat dit van toepassing is op alle artsen op een gelijke manier.
- Indien het gesloten budget klinische biologie zou worden verminderd door de daling van de waarde van de B dan zal dit budget worden toegekend aan de ziekenhuizen op basis van de grootte aan honoraria klinische biologie die gepresteerd worden door de klinisch biologen in het ziekenhuis. De aanwending van deze middelen moet gebeuren in co-governance tussen de medische raad en het beheer van het ziekenhuis. Zolang er geen gelijkwaardige procedure van co-governance van toepassing is voor de andere diensten van het ziekenhuis, zal ook het diensthoofd klinische biologie deel uitmaken van deze co-governance.

De grote verschillen in financiële regelingen van de onderscheiden netwerkpartner ziekenhuizen vormen nu, in het bijzonder voor klinische laboratoria die hun activiteiten makkelijk kunnen herlokalisieren, een barrière tot samenwerking en fusie. Dit nieuwe kader moet deze hindernis wegnemen. Hierdoor kunnen consolidatie en integratie vergroot worden, met positieve gevolgen voor de doelmatigheid. Er mag ook niet voorbijgegaan worden aan het feit dat nog vele (kleine) ziekenhuislaboratoria in financiële problemen gaan komen door de daling van de B-waarde en consolidatie door fusie de enige weg zal zijn naar herstelde rentabiliteit. In dit verband stellen we vast dat



de geesten hieromtrent al verder gevorderd zijn bij de klinische biologen dan bij de beheerders die vaak nog de samenwerking tussen laboratoria blokkeren in plaats van te faciliteren. Wij durven ook te suggereren dat een verhoging van de ziekenhuis gebaseerde honoraria klinische biologie mogelijk moeten zijn om tegemoet te komen aan de moeilijker pathologie en de bijkomende taken van de ziekenhuislaboratoria.

Wij wensen dat een dergelijk kader ook wordt opgelegd aan de privé-laboratoria waar de klinisch biologen, zetelend in een raad van klinisch biologen en indien mogelijk vertegenwoordigd door de labodirecteur, de co-governance over de toegekende honoraria voor de werkingskosten kunnen opnemen. Dit moet de doelmatige aanwending van de middelen van de gezondheidszorg bevorderen ten nadele van de zuivere winst van de aandeelhouders.

Voorbeelden van zaken waar momenteel in de ziekenhuizen dankzij het aanwenden van honoraria klinische biologie in wordt geïnvesteerd zijn niet of onder-gefinancierde analyses, niet of onder-gefinancierde activiteiten die door klinisch biologen of de dienst klinische biologie worden opgenomen, solidariteit met andere collega's of diensten, gezamenlijke investeringen discipline overschrijdend en finaal de continuïteit van het ziekenhuis die momenteel vallen binnen het wettelijk kader of erbuiten.

Wat betreft de inzet van klinische biologen in het beheer van de bloedbank, de ziekenhuishygiëne, HOST project, antibioticabeleid, transfusie- en farmaceutisch comité, ... etc, durven wij opwerpen dat dit beter rechtstreeks door het deel van de intellectuele honoraria zou worden gefinancierd dan zoals het momenteel het geval is, nl. via het ziekenhuis en het Budget Financiële Middelen. Honoraria voor deelname aan de MOC zouden ook voor apothekers klinisch biologen toegankelijk moeten zijn.

Wij zijn principieel ook voorstander van een verdere pathologie gebaseerde forfaitarisering van de klinische biologie via een DRG(i) forfait klinische biologie per opname, waarvan de berekening vergelijkbaar is met de huidige berekening van het DRGi gebaseerde ligdagforfait klinische biologie. Ons inziens moet de verplichting om 24u/24 7d/7 analyses te kunnen uitvoeren op acute sites met een dienst spoedgevallen, afgedwongen of op zijn minst financieel gestimuleerd worden, door op een of andere manier ook een honorarium (technisch gedeelte) hiervoor uit te werken. Ook voor de ambulante prestaties hopen wij naar een DRG gebaseerde financiering klinische biologie te kunnen overgaan. Hierbij moet voor de voorschriften die uitgaan van artsen specialisten ons inziens rekening gehouden worden met transmurale trajecten waarvan de coördinatie van de ambulante prestaties klinische biologie wordt gelegd bij de klinisch biologen van het ziekenhuislaboratorium van het ziekenhuis waar het transmuraal traject zijn oorsprong vindt. Eenzelfde vergelijkbare oefening kan worden uitgewerkt voor de ambulante klinische biologie voorgeschreven door huisartsen. Graag worden wij ook betrokken bij deze oefeningen.



Ook wij zijn voorstander van een meer rationeel gebruik van de klinische biologie en zijn het eens met de voorgestelde maatregelen om de voorschrijvers te responsabiliseren. We kunnen ons vinden in het voorstel om vanaf 2023 een gestandaardiseerd normbedrag in functie van het patiënteel van de voorschrijver te berekenen. Deze berekening kan gebaseerd zijn op het GMD waarbij patiënten zonder GMD globaal worden verdeeld over alle artsen. Bij overschrijding hiervan, na een monitoring- en feedbackperiode, kan een financiële sanctie opgelegd worden aan de voorschrijver. De modaliteiten hiervan worden best voorbereid in een werkgroep van de NCAZ. Parallel hiermee moet ook een tool voor decision support ter beschikking worden gesteld van de voorschrijvers. Deze tool moet ook een elektronische kostenteller bevatten zodat bij het opmaken van het voorschrift duidelijk is wat zal worden terugbetaald en wat ten laste van de patiënt zal worden geïnd. De klinisch biologen moeten hierbij nauw betrokken worden aangezien dit hun expertise, bevoegdheid en verantwoordelijkheid betreft.

Hoogachtend,
Namens ASGB/Kartel

Dr. Thomas Gevaert, voorzitter Kartel
Dr. Michel Creemers, covoorzitter ASGB
Dr. Pieter De Schouwer, bestuurslid ASGB
Dr. Robert Rutsaert, bestuurslid ASGB