

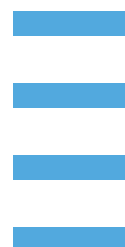


BELGIAN SOCIETY
OF RADIOLOGY



Official Newsletter of the BSR

July 2023



Chronicles of an unannounced decision

Expressed in euphemistic terms, the past few months have been rather turbulent. In autumn last year (2022), consultations with the Cabinet on nomenclature reforms had already started. With a rather stubborn and obstinate initiative, the Cabinet wanted to speed up these reforms and adjust the CT/MRI budgets without waiting for the splitting of technical and intellectual fees such as targeted in the new nomenclature. After the minister's condescending statements in the media concerning radiology at the end of November, we decided and communicated not to cooperate with this pre-reform. This premature reform cannot happen separately from the full nomenclature reform and introduction of decision support. We tried to avoid the risk being lured in a discussion that would eventually get us trapped in an unwanted situation. However, we wanted the narrative of the cabinet explained in more detail to probe after the underlying motivation. In addition, the mere existence of supplements for MRI and CT in an important fraction of all hospitals seemed to at the origin of an obsessional witch hunt with eager misrepresentation of the origins of these supplements in the lay press, again fed and larded with condescending remarks of the minister against our profession. Prof J. Kips (adviser to minister VDB) was invited to discuss all this in front of a full board, but from December onwards it became very quiet for a long time, as both parties were apparently waiting for an invitation. Talks were ultimately restarted in May 2023 with a core delegation from the board. The talks were laborious and it was impossible to reach a compromise on the two issues at hand. A shift within the nomenclature with a zero-bottom line was proposed: this was considered by us as a futile maneuver, that did not even remotely touch the pain points under scrutiny.

Simultaneously, we as radiologists were again negatively portrayed by the minister in the lay press. Countering press announcements were sent and received by the media but enjoyed only limited dissemination. An Interview of 10 min with the president of BELMIP was reduced to 20 seconds in a clearly orchestrated negative image of the medical imaging sector. The right to reply or give any nuance was clearly overshadowed by demagogic cries about overconsumption and overpayment.

Despite these negative statements in the press by the Minister we hoped on a breakthrough with further talks. All of a sudden, we were invited by the minister himself, on a Thursday afternoon. A core delegation of 4 board members hastily cleared their agenda in the hope of a constructive debate. Again, this proved to be very difficult, frustrating and unfruitful. Unfortunately, the monologue with the minister was discontinued.

You can read up on all our communications sent to the press and/or Cabinet in this edition of RadNow.

We try to remain constructive and hopeful but this is not evident in this realm of obvious misinformation and toxic political games.

Good reading!

Tom De Beule
President BSR

Save the Date Annual meeting BSR

18-11-2023



Brief 5/4/2023:

Interkabinetaire werkgroep

We vernemen dat in een vorige IKW vergadering verklaard werd dat BVAS en BVR (Belgische Vereniging voor Radiologie) akkoord waren met het voorstel van een volledig verbod op de ereloonsupplementen zware medische beeldvorming overdag (voorontwerp van wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg. Hoofdstuk 3, afdeling 3).

Dit is echter onjuist. Met de Belgische Vereniging voor Radiologie is er zelfs nooit overleg geweest hieromtrent.

De hervorming van de ereloonsupplementen maakt voor de BVR deel uit van een groter geheel van de hervormingen van de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur (opsplitsing operationele kosten en intellectueel honorarium). Daaromtrent verwijzen we in bijlage overigens graag naar een document dat de BVR op 6 april 2023 hierover verspreidde.

De Belgische Vereniging voor Radiologie (BVR) denkt al jaren constructief mee aan de correcte uitbouw van een performante radiologische zorg. Hiertoe participeert ze aan vele initiatieven, steeds in nauwe samenwerking met de overheid en alle stakeholders in de sector. Een van de belangrijkste werven die momenteel alle artsen van ons land aanbelangen, is de nomenclatuurreformering.

In Fase 1 van de nomenclatuurreformering heeft de BVR zich het voorbije jaar gebogen over de lijst van nomenclatuurcodes in art. 17 en art. 17bis, teneinde de vaak verouderde lijst van onderzoeken aan te passen aan de hedendaagse werkelijkheid. Obsoleete onderzoeken werden verwijderd, nieuwe onderzoeken werden toegevoegd en dubbelzinnige of onlogische nomenclatuurcodes werden aangepast.

Fase 2 van de nomenclatuurreformering zal dit jaar van start gaan en betreft het vastleggen van correcte tarieven. In Fase 2.1. zullen alle hervormde codes worden afgetoetst aan de criteria "duur", "complexiteit" en "risico" om aldus een correct intellectueel honorarium voor elk radiologisch onderzoek te kunnen vastleggen. In Fase 2.2 zullen de radiologische praktijkkosten bepaald worden aan de hand van een zogenaamde "normatieve kostenbenadering" (een inschatting van de kosten aan de hand van input van de BVR) en een "reële

kostenbenadering" (een onderzoeksproject dat toevertrouwd is aan de KUL). Beide types van kostenbenadering fungeren als elkaars controle, zodat met voldoende zekerheid een waarheidsgetrouwe benadering van de praktijkkosten kan voorgelegd worden.

Fasen 1 en 2 van deze oefening gelden trouwens niet exclusief voor de radiologie, maar voor alle specialismen volgens eerder overeengekomen tijdslijnen.

Ondanks de constructieve houding van de Belgische radiologen in al deze dossiers, worden zij om de haverklap geconfronteerd met zeer negatieve uitspraken over en framing van de beroepsgroep, zowel in de politiek als in de media, zoals gisteren nog in De Tijd. Samenvattend komt het er telkens op neer dat de radiologen weggezet worden als overbetaalde ("betaalbare scans in elk ziekenhuis", "Minister legt tarieven radiologie aan banden"), roekeloze ("ons land voert tot 50% meer scans uit dan het Europese gemiddelde, vaak om lucratieve redenen" en "er worden veel te veel mensen onder een CT-scanner gelegd", "ook als dat niet nodig is") en gevaarlijke ronselaars van argeloze patiënten ("niet gezond voor de patiënt, wel integendeel, te veel straling schaadt de gezondheid"). Deze beweringen berusten nochtans niet op feiten, maar louter op grijsgedraaide percepties. Zo is het pertinent onjuist dat België een "outlier" is in



de Europese statistieken qua consumptie van CT en MRI, zeker in vergelijking met andere West-Europese landen, zoals onder meer Frankrijk en Duitsland (OESO-cijfers). In tegenstelling tot wat telkens gesuggereerd wordt kunnen radiologen helemaal geen “mensen onder een CT-scanner leggen”. Alle scans worden in wezen uitgevoerd op aanvraag van een voorschrijvende arts en niet zelden ondervinden radiologen zelfs problemen als ze weigeren een door een huisarts of specialist voorgeschreven onderzoek uit te voeren. Ongetwijfeld zitten daar “onnodige” onderzoeken bij (wij spreken liever over “niet-gejustifieerde” onderzoeken, dit wil zeggen: niet strokend met de Richtlijnen voor het goed gebruik van Medische Beeldvorming, beschikbaar op www.health.belgium.be),

maar deze werden in ons land nog op geen enkele wijze gekwantificeerd (bvb. met een systeem van beslissingsondersteuning, waarover hieronder meer). Het framen van de radiologen als promotoren van zo veel mogelijk “onnodige” onderzoeken is dan ook op niets gebaseerd en een regelrechte belediging voor de vele honderden radiologen die zich dagelijks inzetten voor een optimale radiologische zorg. Tot slot mag ook de aanzienlijke technische vooruitgang in dosisreductie niet vergeten worden. Een CT-scanner is anno 2023 absoluut

niet het “stralenkanon” dat men er altijd van schijnt te willen maken.

De radiologen hebben de voorbije jaren talloze inspanningen gedaan om allerlei hardnekkige percepties te keren. Zo trekt de BVR al sinds 2015 aan de kar voor de implementatie van beslissingsondersteuning (“clinical decision support”). Dit is een elektronisch systeem dat de voorschrijvende huisarts of specialist helpt om voor elk gezondheidsprobleem of symptoom het juiste radiologisch onderzoek te kiezen dat overeenstemt met de Richtlijnen. Dit dossier is bij uitstek prioritair voor de BVR, omdat het de enige “evidence-based” methode is om justificatie in het aanvraagpatroon verankerd te krijgen en aldus het aantal “onnodige” onderzoeken, waar de politiek het zo graag over heeft, op wetenschappelijk verantwoorde manier bij de bron (namelijk tijdens het voorschrijven) aan te pakken. Dit project, dat in samenwerking met onder meer de FOD en het RIZIV loopt, heeft weliswaar aanzienlijke vertragingen opgelopen (Covid-19 was daar niet vreemd aan), maar is recent opnieuw op kruissnelheid gekomen. Verder promoot de BVR, in samenwerking met BELMIP (Belgian Medical Imaging Platform) al jaren het goed gebruik van medische beeldvorming. De recente campagne “Geen scan zonder plan” (www.geenscanzonderplan.be) is daar maar een van de vele voorbeelden van.



De radiologen ijveren ook voor het ontwikkelen van een “nationale PACS”, dit is een nationaal beeldarchief waarmee radiologische beelden overal kunnen worden bekeken, ongeacht waar ze werden gemaakt. Op die manier kunnen “onnodige” herhaalonderzoeken (wegens onbeschikbaarheid van de initiële beelden) vermeden worden. In afwachting van deze implementaties, en in navolging van gemaakte afspraken in Protocolakkoord II, bracht de BVR recent ook een advies uit om centra die zich mogelijkerwijs toch aan “overconsumptie” zouden bezondigen ter verantwoording te roepen, gebaseerd op het identificeren van statistische “outliers” in vergelijking met alle andere radiologiediensten van het land.

Medische beeldvorming is de hoeksteen van de moderne geneeskunde. De overlevingskansen na diagnose van veel voorkomende kankers zijn in België de afgelopen 10 jaar toegenomen dankzij accuratere radiologische diagnoses. De oncologische zorg wordt trouwens meer en meer gebaseerd op steeds snellere opvolging door middel van scans (CT, MRI, PET/CT), en de terugbetaling van nieuwe chemo- of immunotherapieën werd er zelfs afhankelijk van gemaakt. De doorgedreven technologische evoluties van zowel CT, MRI als PET/CT zorgen voor een steeds betere

beeldkwaliteit, waardoor de doeltreffendheid en accuraatheid ervan alleen maar verder toenemen en derhalve ook de indicaties, zowel in de oncologie, de cardiovasculaire pathologie, trauma- en spoedgevallengeneeskunde, enz. Deze technologische evoluties komen echter niet zonder kostenplaatje, wat helaas vaak vergeten wordt.

De BVR onderschrijft dat “onnodige” onderzoeken aan de vraagzijde weggefilterd moeten worden, maar blijft tegelijk hameren op het vrijwaren van een voldoende groot aanbod, met vlotte toegankelijkheid en correcte financiering. Wanneer dit op de helling komt te staan, bijvoorbeeld door het viseren van de CT en MRI, zien de radiologen zich verplicht om breed te waarschuwen voor de verregaande gevolgen daarvan, waaronder beperking van de toegankelijkheid van onze nochtans uitstekende radiologische zorg.



La lettre du 5/4/2023:

Groupe de travail inter-cabinets.

Nous apprenons que lors d'une précédente réunion de l'IKW, il a été déclaré que l' ABSYM et la SBR (Société belge de radiologie) étaient d'accord avec la proposition d'interdiction totale des suppléments d'honoraires pour l'imagerie médicale de jour lourde (avant-projet de loi portant des dispositions diverses en matière de soins de santé, chapitre 3, section 3).

Or, cette affirmation est erronée. En effet, il n'y a jamais eu de concertation avec la Société belge de radiologie sur ce sujet.

Pour la SBR, la réforme des suppléments d'honoraires fait partie d'un ensemble plus vaste de réformes du financement hospitalier et de la nomenclature (scission des frais de fonctionnement et des honoraires intellectuels). A cet égard, nous vous renvoyons également en pièce jointe à un document diffusé par le BVR le 6 avril 2023 à ce sujet.

Depuis de nombreuses années, la Société belge de radiologie (SBR) réfléchit de manière constructive au bon développement de soins radiologiques performants. Dans cette perspective, elle participe à de nombreuses initiatives, toujours en étroite collaboration avec les pouvoirs publics et tous les acteurs du secteur. L'un des chantiers les plus importants qui concerne actuellement tous les médecins de notre pays est la réforme de la nomenclature.

En phase 1 de la réforme de la nomenclature, la SBR s'est consacrée l'année dernière à l'examen de la liste des codes de nomenclature figurant à l'art. 17 et à l'art. 17bis afin d'adapter la liste des examens, souvent dépassée, à la réalité contemporaine. Les examens obsolètes ont été supprimés, de nouveaux examens ont été ajoutés et les codes de nomenclature ambigus ou incohérents ont été adaptés.

La phase 2 de la réforme de la nomenclature débutera cette année et consistera à fixer des tarifs corrects. En phase 2.1, tous les codes révisés seront évalués en fonction des critères de « durée », de

« complexité » et de « risque » afin de définir des honoraires intellectuels corrects pour chaque examen radiologique. En phase 2.2, les coûts liés à la pratique radiologique seront déterminés sur la base d'une

« approche normative des coûts » (estimation des coûts en fonction des données de la SBR) et d'une

« approche des coûts réels » (projet de recherche confié à la KUL). Ces deux approches des coûts se vérifient l'une l'autre, de sorte qu'une approche réaliste des coûts liés à la pratique peut être présentée avec un degré de certitude suffisant.

Les phases 1 et 2 de cet exercice ne s'appliquent d'ailleurs pas exclusivement à la radiologie, mais à toutes les spécialités selon un calendrier convenu au préalable.

Malgré l'attitude constructive des radiologues belges dans tous ces dossiers, ils ont été confrontés à plusieurs reprises à des déclarations très négatives sur notre profession tant dans le monde politique que dans les médias, comme hier, de nouveau, dans « De Tijd ». En quelques mots, à chaque fois, il a reproché aux radiologues d'être trop payés (« Des scanners abordables dans tous les hôpitaux », « Le ministre limite les tarifs de radiologie »), d'être insouciants (« notre pays effectue jusqu'à 50 % de scanners de plus que la moyenne européenne, souvent pour des raisons lucratives » et « beaucoup trop de personnes passent au scanner », « même lorsque ce n'est pas nécessaire ») et d'être de dangereux recruteurs de patients sans défense



(« ce n'est pas sain pour le patient, bien au contraire, trop de radiations nuisent à la santé »). Cependant, ces affirmations ne reposent pas sur des faits mais seulement sur des perceptions approximatives. Par exemple, il est pertinemment faux de dire que la Belgique est un « outlier » dans les statistiques européennes concernant la consommation de CT et d'IRM, surtout si on la compare à d'autres pays d'Europe occidentale comme la France et l'Allemagne, entre autres (chiffres de l'OCDE). Contrairement aux idées reçues, les radiologues ne peuvent absolument pas « envoyer les gens au scanner ». Tous les scanners sont essentiellement réalisés à la demande d'un médecin prescripteur, et il n'est pas rare que les radiologues encourrent des problèmes s'ils refusent d'effectuer un examen prescrit par un généraliste ou un spécialiste. Il ne fait aucun doute qu'il y ait là des examens « inutiles » (nous préférons parler d'examens « non justifiés », c'est-à-dire non

conformes aux Recommandations pour l'usage correct de l'imagerie médicale, disponibles sur www.health.belgium.be), mais il n'y a pas encore eu la moindre quantification dans notre pays (par exemple avec un système d'aide à la décision, dont nous parlerons plus loin). Présenter les radiologues comme des promoteurs d'un maximum d'examens « inutiles » est donc sans fondement et constitue une véritable insulte pour les centaines de radiologues qui veillent chaque jour à assurer des soins radiologiques optimaux. Enfin, il ne faut pas oublier les

progrès techniques considérables en matière de réduction des doses. En 2023, un CT scan n'est certainement pas le « canon à rayons » que l'on semble toujours imaginer.

Ces dernières années, les radiologues ont déployé de nombreux efforts pour démentir toutes sortes de préjugés tenaces. Par exemple, depuis 2015, la SBR se fait le chantre de l'implémentation de l'aide à la décision (« clinical decision support »). Il s'agit d'un système électronique qui aide le médecin généraliste ou le spécialiste prescripteur à sélectionner l'examen radiologique approprié pour chaque problème de santé ou symptôme, conformément aux Recommandations. Ce dossier est une priorité absolue pour la SBR, car il s'agit de la seule méthode « evidence-based » permettant d'intégrer la justification dans le modèle de prescription et ainsi de limiter à la source, d'une manière scientifiquement responsable (c'est-à-dire lors de la prescription), le nombre d'examens « inutiles » que le monde politique évoque si volontiers. Si ce projet, mené en collaboration avec le SPF et l'INAMI entre autres, a connu des retards importants (COVID-19 oblige), il a récemment retrouvé un certain dynamisme. En outre, la SBR, en collaboration avec BELMIP (Belgian Medical Imaging Platform), encourage depuis des années l'utilisation correcte de l'imagerie médicale. La



campagne récente « No scan without a plan » (www.geenscanzonderplan.be) n'est qu'un exemple parmi tant d'autres. Les radiologues encouragent aussi le développement d'un « PACS national », c'est-à-dire un système national d'archivage d'images qui permet de visualiser les images radiologiques partout, quel que soit le lieu où elles ont été prises initialement. Cela permet d'éviter des examens répétés « inutilement » (à cause de l'indisponibilité des images initiales). En attendant ces implémentations, et à la suite des conventions conclues dans le cadre du Protocole d'accord II, la SBR a aussi émis un avis récemment, afin de responsabiliser les centres qui se livreraient encore à une « surconsommation », sur la base d'« outliers » statistiques par rapport à tous les autres services de radiologie du pays.

L'imagerie médicale est la pierre angulaire de la médecine moderne. Les taux de survie après le diagnostic de cancers courants ont augmenté en Belgique au cours des 10 dernières années grâce à des diagnostics radiologiques plus précis. Par ailleurs, les soins oncologiques nécessitent désormais davantage de suivis toujours plus rapides par scanner (CT, IRM, PET/CT) et le remboursement des nouvelles chimiothérapies ou immunothérapies en est même devenu tributaire. Les évolutions technologiques

continues des CT, IRM et PET/CT offrent une qualité d'image toujours meilleure, ce qui ne peut qu'augmenter leur efficacité et leur précision et donc aussi leurs indications en oncologie, pathologie cardiovasculaire, traumatologie, médecine d'urgence etc. Toutefois, ces évolutions technologiques ont un coût, ce qui est malheureusement souvent oublié.

La SBR admet que les examens « inutiles » doivent être filtrés et éliminés du côté de la demande, mais elle persiste également à vouloir garantir une offre de soins suffisamment importante, facilement accessible et correctement financée. Si ce principe est mis en péril par exemple quand les CT et IRM sont dans le viseur, les radiologues se verront obligés de lancer une alerte générale contre les conséquences profondes qui en découleront comme la limitation de l'accès de nos soins radiologiques pourtant excellents.



Perstekst 15/06/2023: Ereloonsupplementen

Deze morgen berichtte het Intermutualistisch Agentschap dat bij 21% van de CT-scans en 44% van de MRI-scans in ons a ereloonsupplementen aangerekend worden, goed voor respectievelijk 8 en 16 miljoen euro. De Belgische Vereniging voor Radiologie wenst deze praktijk in het juiste perspectief te plaatsen en het negatieve beeld dat erdoor van de radioloog geschetst wordt te counteren.

Het aanrekenen van een ereloonsupplement bovenop het officiële tarief vastgesteld door de verplichte ziekteverzekering is een **gangbare praktijk die in vele landen en door vele artsen toegepast** wordt. Ook radiologen kunnen supplementen aanrekenen, al is dit in ons land **geen wijdverbreid en al zeker geen spectaculair fenomeen**; studies hebben aangetoond dat de ereloonsupplementen van radiologen uitgedrukt als percentage van de officiële tarieven zich eerder achteraan in het peloton van dat van Belgische specialisten bevindt.

Toch wordt graag gesuggereerd dat ereloonsupplementen dienen om de geldbuidel van de radiologen te vullen. Nochtans zijn er talrijke **goede redenen om in de radiologie ereloonsupplementen aan te rekenen. Zo zijn de officiële tarieven van de verplichte ziekteverzekering niet zelden te laag om de kosten van radiologische onderzoeken te dekken** (denk onder meer aan dure apparatuur en onderhoudscontracten, verloning van medisch, verplegend, technisch en administratief personeel, IT-infrastructuur en investeringen in stralenbescherming). De terugbetaling van een CT van de kransslagaders werd enkele jaren geleden bijvoorbeeld met één pennentrek met 30% verlaagd, zonder nochtans dalende kosten voor de uitvoering van dit onderzoek. Ereloonsupplementen faciliteren ook **investering in vernieuwende technieken** die de diagnostische mogelijkheden verhogen en/of de toegediende stalingsdosis verlagen.

Deze innovaties zijn helaas vaak (zeer) duur, maar worden niet of slechts laattijdig door de ziekteverzekering gedekt. Ook om tegemoet te kunnen komen aan de wens van de patiënt om zo snel mogelijk gescand te kunnen worden, creëren veel radiologische diensten **extra onderzoeksplaatsen 's avonds of tijdens het weekend**. Het is veelbetekenend dat dit vooral in Vlaanderen het geval is, met name voor MRI, wat voor een groot deel verklaart waarom er daar ook meer ereloonsupplementen aangerekend worden: de officiële tarieven houden immers geen rekening met de hogere operationele kost van de laatavond- of weekendscans. Daarnaast treden variaties in **operationele kost** ook op **door verschillen in "case-mix" van patiënten**. Sommige ziekenhuizen scannen meer patiënten met complexe pathologie dan andere, waardoor langere scantijden en meer nood aan duurdere apparatuur en software. Ook investeert het ene ziekenhuis meer in innovatie dan het andere. Dit alles kan de verschillen in aanrekening van ereloonsupplementen verklaren.



Hoewel ereloonsupplementen dus nuttig en nodig zijn, weet elke radioloog dat ze **niet aan eender welke patiënt of in eender welke omstandigheid** kunnen aangerekend worden. De medische deontologische code stelt overigens terecht dat matigheid moet aan de dag gelegd worden, ook al mogen artsen hun tarieven voor ambulante patiënten bij wet vrij bepalen. De radiologen zijn het er net zoals alle andere specialisten wel degelijk mee eens dat **patiënten met verhoogde tegemoetkoming geen ereloonsupplementen** aangerekend krijgen. Bovendien onderschrijven ze het Medicomut-Akkoord van 8 februari 2022, dat

stelt dat **CT- en MRI-scans ook ambulant in elk ziekenhuis zullen kunnen aangeboden worden tegen de officiële tarieven**. De praktische uitwerking daarvan in trouwens volop aan de gang in overleg met het kabinet van minister Vandenbroucke

De Belgische Vereniging voor Radiologie wil de suggesties dat radiologen “steeds duurder worden” en dat ze “de financiële toegankelijkheid tot radiologische zorg voor de patiënt beperken” dan ook ten stelligste ontkrachten.

Texte de presse 15/06/2023: Les suppléments d'honoraires.

Ce matin, l'Agence InterMutualiste a rapporté que 21% des CT scans et 44% des examens d'IRM dans notre pays impliquent la facturation de suppléments d'honoraires, ce qui représente respectivement 8 et 16 millions d'euros. La Société belge de radiologie souhaite relativiser cette pratique et casser l'image négative que celle-ci donne des radiologues.

La facturation de suppléments d'honoraires en plus du tarif officiel fixé par l'assurance maladie obligatoire est **une pratique courante appliquée dans de nombreux pays et par de nombreux médecins**. Les radiologues peuvent aussi facturer des suppléments, **bien que ce phénomène ne soit pas très répandu et encore moins spectaculaire dans notre pays** ; des études ont montré que les suppléments d'honoraires des radiologues exprimés en pourcentage des tarifs officiels sont plutôt en queue de peloton par rapport à ceux des spécialistes belges.

Pourtant, certains laissent entendre que les suppléments d'honoraires servent à remplir les poches des radiologues. Cependant, il existe de nombreuses **raisons valables de facturer des suppléments d'honoraires en radiologie**. Par exemple, **il n'est pas rare que les tarifs officiels de l'assurance maladie obligatoire soient trop bas pour couvrir le coût des examens radiologiques** (pensons notamment aux équipements coûteux et aux contrats de maintenance, à la rémunération du personnel médical, infirmier, technique et administratif, à l'infrastructure informatique et aux investissements dans la radioprotection). Par exemple, il y a quelques années, le remboursement d'un CT scan des artères coronaires a été brusquement réduit de 30 %, sans pour autant que les coûts de cet examen ne diminuent. Les suppléments d'honoraires contribuent aussi aux **investissements dans des techniques innovantes** qui améliorent

les possibilités de diagnostic et/ou permettent de diminuer la dose de rayons administrés. Malheureusement, ces innovations sont souvent (très) coûteuses mais ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie ou alors seulement tardivement. En outre, pour répondre au souhait des patients d'être examinés le plus rapidement possible, de nombreux services de radiologie ouvrent **des plages d'examen supplémentaires le soir ou le week-end**. Ce constat est particulièrement vrai en Flandre, surtout pour les IRM, ce qui explique aussi largement pourquoi des suppléments d'honoraires plus élevés sont facturés dans cette région : en effet, les tarifs officiels ne tiennent pas compte des coûts opérationnels plus élevés pour les scanners réalisés tard le soir ou pendant le week-end. De plus, **il existe aussi des variations de coûts opérationnels en raison des différences de « case-mix » des patients**. Certains hôpitaux effectuent davantage de scanners sur des patients présentant une pathologie complexe, ce qui allonge la durée des scanners et augmente le besoin d'équipements



et de logiciels plus coûteux. De même, certains hôpitaux investissent davantage dans l'innovation. Tout cela peut expliquer les différences dans la facturation des suppléments d'honoraires.

Ainsi, si les compléments d'honoraires sont utiles et nécessaires, tout radiologue sait qu'ils ne peuvent pas être facturés **à n'importe quel patient et dans n'importe quelles circonstances**. Le code de déontologie médicale rappelle d'ailleurs à juste titre qu'il faut faire preuve de modération, même si la loi laisse aux médecins la liberté de fixer leurs honoraires pour les patients ambulatoires. Tout comme les autres spécialistes, les radiologues reconnaissent que les **bénéficiaires d'une**

intervention majorée ne doivent pas payer de suppléments d'honoraires. En outre, les radiologues soutiennent la convention Medicomut du 8 février 2022, qui prévoit que **les CT scans et les examens IRM peuvent également être proposés en ambulatoire, dans tous les hôpitaux, aux tarifs officiels**. L'application pratique de cette disposition fait actuellement l'objet d'une concertation avec le cabinet de la ministre Vandenbroucke.

La Société belge de radiologie tient donc à démentir fermement les allégations selon lesquelles les radiologues « sont de plus en plus chers » et qu'ils « limitent l'accès des patients aux soins radiologiques pour des raisons financières ».

Perstekst 27/06/2023:

Minister Vandenbroucke verwerpt poging tot compromis van de BVR.

In het kader van het dossier over ereloonsupplementen, vond er op donderdag 22 juni een overleg plaats tussen de Belgische Vereniging voor Radiologie (BVR) en de bevoegde Minister. Ondanks verregaande tegemoetkomingen van de BVR, wees de Minister elk compromisvoorstel van de hand. Naderhand vernam de BVR bovendien dat de Minister dit medische dossier een dag eerder al gekoppeld had aan een niet-medisch dossier, namelijk het lot van Minister Lahbib. De BVR kan daarom alleen maar diep ontgoocheld concluderen dat er bij de Minister nooit enige compromisbereid is geweest. In het belang van het veiligstellen van een innovatieve, hoogtechnologische en vooral toegankelijke radiologie voor elke patiënt in België blijft de BVR met ambitie en zin voor compromis bereid tot een écht gesprek, maar niet tot dovemansgesprekken waarvan het resultaat op voorhand vaststaat en vervolgens eenzijdig doorgedrukt wordt.

In overeenstemming met het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen, de initiële beleidsnota van de Minister en eerdere perscommunicaties en gesprekken met zowel de Minister als zijn Kabinet, is de **Belgische Vereniging voor Radiologie** meermaals tegemoet gekomen aan alle verzuchtingen van de Minister:

1. aan patiënten met beperkte financiële draagkracht kunnen geen ereloonsupplementen aangerekend worden,
2. de tarieven en eventuele supplementen moeten duidelijk geafficheerd worden zodat de patiënt op voorhand weet waar hij/zij aan toe is,
3. in elk ziekenhuis moeten CT- en MRI-onderzoeken kunnen aangeboden worden aan conventietarief.

Alleen voor de technische uitwerking van dit laatste punt vroeg de BVR enige soepelheid: daar waar de Minister een totaalverbod op supplementen wenst op te leggen op weekdays tussen 7 uur 's morgens en 18 uur 's avonds, opteert de BVR voor een overeen te komen aantal **tijdsvakken** per week waarop geen ereloonsupplementen kunnen aangerekend worden. Deze regeling zou zowel

tegemoetkomen aan de uitdrukkelijke wens van de Minister, maar tegelijk de mogelijkheid openhouden om ereloonsupplementen aan te rekenen in welbepaalde omstandigheden. De officiële tarieven houden namelijk op geen enkele wijze rekening met de vrijblijvende keuze van ziekenhuizen om hun portfolio te vergroten door te **investeren in technische opties of speciale expertises buiten het normale zorgaanbod, om extra MRI-consultaties te kunnen aanbieden buiten de reguliere consultatie-uren** (bvb. 's avonds laat of in het weekend) of om bepaalde **langdurige en complexe onderzoeken** te kunnen aanbieden, welke gepaard gaan met een (veel) **hogere operationele kost**.

Helaas heeft het overleg tussen de Minister en de BVR op donderdag 22 juni niets opgeleverd. De argumentatie en het compromisvoorstel van de BVR werden volledig afgewezen en in de plaats werd een **"roadmap"** voorgesteld om budgetneutrale herschikkingen te treffen binnen het globaal budget van de Medische Beeldvorming en om de radiologische terugbetalingstarieven versneld te herzien, in afwachting van de algehele nomenclatuurhervorming. Beide initiatieven zijn echter antwoorden op vragen

die de BVR niet gesteld heeft, die geen enkele tegemoetkoming inhouden in het dossier van de ereloonsupplementen en waar de BVR ook **helemaal geen akkoord** voor gegeven heeft.

Het verbod op radiologische ereloonsupplementen op weekdays tussen 7 uur 's morgens en 18 uur 's avonds werd vervolgens eenzijdig opgelegd. Uit recente berichten in de media blijkt overigens dat deze beslissing al een dag eerder voorgelegd werd aan het Kernkabinet, hetgeen zelfs aanleiding zou gegeven hebben tot een handgemeen.

De Belgische Vereniging voor Radiologie betreurt de houding van de Minister ten zeerste en wenst enkel nog deel te nemen aan respectvolle gesprekken met open vizier en wederzijdse compromisbereidheid.



Le communiqué de presse 27/06/2023: Le ministre Vandenberghe rejette la tentative de compromis de la SBR

Dans le cadre du dossier sur les suppléments d'honoraires, une concertation entre la Société belge de Radiologie (SBR) et le ministre compétent a eu lieu le jeudi 22 juin. Malgré des concessions importantes de la part de la SBR, le ministre a rejeté toute proposition de compromis. Par la suite, la SBR a appris que la veille, le ministre avait lié ce dossier à un dossier non-médical, notamment le sort de la ministre Lahbib. La SBR ne peut donc que conclure avec une profonde déception qu'il n'y a jamais eu de volonté de compromis de la part du ministre. Afin de garantir une radiologie innovante, de haute technologie et surtout accessible à tous les patients en Belgique, la SBR reste volontaire et ouverte au compromis : la SBR est disposée à s'engager dans une vraie discussion, mais pas dans un dialogue de sourds où le résultat est prédéterminé et ensuite unilatéralement imposé.

En phase avec l'accord national medicomut, la note de politique initiale du ministre, les communiqués de presse précédents et les discussions avec le ministre et son cabinet, **la SBR a répondu à plusieurs reprises à toutes les inquiétudes du ministre :**

- 1. Les patients dont la capacité financière est limitée ne peuvent pas se voir facturer de suppléments d'honoraires,**
- 2. Les tarifs et les suppléments éventuels doivent être clairement affichés** afin que les patients sachent d'avance à quoi s'en tenir,
- 3. Chaque hôpital devrait pouvoir proposer des examens par CT et IRM aux tarifs de la convention.**

Ce n'est que pour le développement technique de ce dernier point que la SBR a demandé une certaine flexibilité : alors que le ministre souhaite imposer une interdiction totale des suppléments les jours de semaine entre 7 heures et 18 heures, la SBR préconise un nombre de **créneaux horaires** à convenir par semaine **qui excluent la facturation de suppléments d'honoraires**. Cet arrangement répondrait à la demande expresse du ministre, tout en laissant ouverte la possibilité de facturer des suppléments d'honoraires dans

des circonstances bien définies. En effet, les tarifs officiels ne tiennent aucunement compte de la liberté dont disposent les hôpitaux pour accroître leur portfolio **en investissant dans des options techniques ou des expertises spéciales qui sortent de l'offre de soins normale**, pour pouvoir offrir **des consultations IRM supplémentaires en dehors des heures de consultation habituelles** (par exemple, tard le soir ou le week-end) ou pour pouvoir proposer certains **examens complexes et de longue durée**, qui impliquent des **frais de fonctionnement (beaucoup) plus élevés**.

Malheureusement, la concertation entre le ministre et la SBR du jeudi 22 juin n'a pas abouti. Le raisonnement et la proposition de compromis de la SBR ont été complètement repoussés et, à la place, une « **roadmap** » a été présentée pour effectuer des **ajustements budgétaires neutres au sein du budget global de l'imagerie médicale** et pour accélérer la révision des tarifs de remboursement de la radiologie, dans l'attente de la réforme globale de la nomenclature. Cependant, ces deux initiatives sont des réponses à des demandes qui n'émanent pas de la SBR et qui ne prévoient aucune concession dans le dossier des suppléments d'honoraires et avec lesquelles la SBR n'est pas du tout d'accord.

L'interdiction des suppléments d'honoraires radiologiques les jours de semaine entre 7 heures et 18 heures a ensuite été imposée unilatéralement. Les médias ont d'ailleurs récemment rapporté que cette décision avait été soumise au Kern la veille, ce qui aurait même provoqué un pugilat.

La Société belge de Radiologie déplore profondément l'attitude du ministre et ne souhaite que participer à des discussions respectueuses menées dans un esprit ouvert et disposé au compromis entre toutes les parties.



Summary of previous board meetings:

28/02/2023 om 20u

Dr. P. Vanhoenacker bedankt eerst en vooral de leden van het bestuur die zich niet herkiesbaar gesteld hebben zijnde Drs. Ch. Delcour, D. Henroteaux, R. Oyen, R. Salgado en Ch. Van de Velde voor hun jarenlange inzet.

1 Werking/Organisatie

Het beperkt aantal ontvangen kandidaturen 9 Nederlandstalige en 7 Franstalige kandidaturen voor de Raad van Bestuur heeft ertoe geleid dat geen effectieve verkiezingen moesten worden georganiseerd. Het aantal ontvangen kandidaturen komt overeen met het aantal in te vullen mandaten. Dr. F. Alexis heeft met het oog op de verkiezing van de Raad van Bestuur contact opgenomen met alle Franstalige diensthoofden radiologie. Hij betreurt dan ook dat de inspanningen om een aantal Franstalige radiologen te overtuigen kun kandidatuur te stellen niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd. Niettegenstaande de BVR-newsletters en RadNow zijn de Franstalige collega's zich niet steeds bewust van alle manoeuvres van Minister Fr. Vandenbroucke om de radiologen in een slecht daglicht te stellen. In de Franstalige pers wordt daar amper iets van gepubliceerd. De voorbije jaren lag het zwaartepunt van de activiteiten van de BVR hoofdzakelijk op de schouders van voorzitter.

Drs. G. Villeirs en O. Ghekiere verzekerden de contacten met de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. Dr. F. Alexis pleit ervoor dat ook de andere leden van de Raad van Bestuur zich meer inzetten voor de BVR en een actieve rol opnemen binnen het bestuur om alzo het voortbestaan van de vereniging veilig te stellen. De rol van de secties binnen de BVR moet opnieuw in herinnering worden gebracht. De

samenstelling van de secties is over de jaren heen fel gewijzigd. Het kan nuttig zijn om werking van het RIZIV en zijn organen opnieuw toe te lichten. De secties moeten aangespoord worden om op regelmatige basis vergaderingen te organiseren. Zij moeten de nodige informatie/cijfergegevens ter beschikking stellen om de dossiers met kennis van zaken te kunnen verdedigen binnen het RIZIV. Idealiter moet iedere sectie een opsomming maken van de problemen die zich aandienen in hun specifieke domein. Het is bovendien nuttig dat iedere sectie een lijst ter beschikking heeft van de radiologen die met kennis van zaken kunnen meewerken aan de verdediging van dossiers binnen het RIZIV.

a. Samenstelling bureau : voorzitter, secretaris, penningmeester, Pr-verantwoordelijke

Na discussie blijkt het nog niet mogelijk om alle functies toe te wijzen. Dr. P. Aerts blijft kandidaat voor de functie van Pr-verantwoordelijke. De andere functies zullen toegewezen worden tijdens de volgende vergadering van de Raad van Bestuur.

b. Samenstelling wetenschappelijke raad

Dr. P. Vanhoenacker is kandidaat voor de functie van voorzitter van de wetenschappelijke raad. Komen in aanmerking om te zetelen in de wetenschappelijke raad : Drs. E. Coche, P. Simoni en G. Villeirs. De mandaten zullen toegewezen worden tijdens de volgende vergadering van de Raad van Bestuur.

c. YRS

De YRS functioneert heel goed en heeft een groot aandeel in de organisatie van het jaarlijks congres. Er wordt gezorgd voor een continuïteit in het bestuur. De leden van de YRS vormen de rekruteringsbasis voor de Raad van Bestuur van de toekomst.

2. Wetenschappelijk werk

Eu just studie. Dr. A. Van Hoyweghen en T. Van Tielen worden uitdrukkelijk bedankt voor de geleverde inspanningen in het kader van dit dossier. Samen hebben zijn alle casussen beoordeeld. Het lidmaatschap 2023 voor beiden is gratis.

Topic jaarcongres

Het jaarcongres zal plaatsvinden in het KBC-gebouw, Havenlaan 2 te 1080 Brussel. Er wordt voorgesteld dat de wetenschappelijk raad in samenspraak met de YRS de topics voor de 5 komende jaren vastlegt.

3. Beroepsverdediging.

De openbrief aan Minister Fr. Vandenbroucke m.b.t. de invoering technisch forfait voor zware medische beeldvorming werd gepubliceerd in het decembernummer van RadNow. Het kabinet heeft niet gereageerd op deze openbrief. Prof.

Dr. J. Kips werd uitgenodigd om het voorstel van Minister Fr. Vandenbroucke nader toe te lichten. Daar werd tot op heden niet op ingegaan.

Ablatie nomenclatuur : met de steun van de mutualiteiten werd een budget van 2 miljoen euro gevraagd. In de komende weken moet nog vastgelegd worden welke tumoren in aanmerking komen voor terugbetaling.

Brief D. Claeys aanstelling lid van de VBS-werkgroep co-governance. De eerste vergadering van de VBS-werkgroep co-governance heeft plaatsgevonden op 21.02.2023. De leden van de Raad van Bestuur die wensen deel te nemen aan deze werkgroep dienen zich kenbaar te maken bij Mevr. F. Vandamme (fanny@vbs-gbs.org)

Kandidaten erkenningscommissie.

De Nederlandstalige kamers van de erkenningscommissies moeten hernieuwd worden. De huidige leden zullen aangeschreven worden om te vragen of ze hun mandaat wensen verder te zetten.

Uitbreiding MRI. Nieuw protocolakkoord.

De FRZV en BELMIP hebben van Minister Fr. Vandenbroucke de vraag gekregen om tegen 31 maart 2023 een advies te verstrekken m.b.t. een 3de protocolakkoord. De onderhandelingen voor het 2de protocolakkoord hebben ongeveer 2 jaar inbeslaggenomen. Nu wenst de minister een advies op minder dan 6 weken tijd.

Er zijn 139 toestellen erkend waarvan 137 toestellen actief gebruikt worden. Is er voldoende MR-capaciteit beschikbaar of moet deze capaciteit uitgebreid worden? In de interministeriële conferentie omtrent dit dossier heeft Vlaanderen de volledige deprogrammering voorgesteld. Brussel en Wallonië hebben 38 extra toestellen gevraagd. Er is evenwel geen budget beschikbaar om deze extratoestellen te financieren.



Drs G. Villeirs en O. Ghekiere hebben een voorlopige nota opgesteld waarbij de problematiek wordt geschetst. In een eerste instantie werden de beschikbare cijfergegevens geanalyseerd. Een vergelijking werd gemaakt met de situatie in de omringende landen .

Het is belangrijk om te shift van CT naar MRI in het kader van protocol II in kaart te brengen. Het probleem is dat in vergelijking met de buurlanden de ratio CT-MR in België niet goed scoort. De invloed van de verplichte toepassing van de PSSr is moeilijk in te schatten en zal in concreto pas voor het eerst in 2026 duidelijk worden.

Het is eveneens nodig om de wachtlijst voor MR-onderzoek concreter te becijferen. Om wachtlijsten te beperken/voorkomen voeren sommige ziekenhuizen minder complexe MR-onderzoeken 's avonds en 's nachts uit of tijdens het weekend. Sommige patiënten maken graag gebruik van deze niet traditionele openingsuren. Meer complexe of delicate onderzoeken en onderzoeken waarbij contraststoffen gebruikt worden, worden uitgevoerd tijdens de dag. Het is niet evident dat de kwaliteit van de MR-onderzoeken die 's avonds of 's nachts worden uitgevoerd steeds gegarandeerd is. Deze onderzoeken worden immers meestal uitgevoerd zonder dat een radioloog aanwezig is. De diensten radiologie organiseren zich zo dat steeds tijd beschikbaar is voor dringende onderzoeken. Indien een capaciteit tekort ook voor dringende onderzoeken bestaat moet ingegrepen worden. Voor andere onderzoeken vormt een wachttijd van 6 tot 8 weken helemaal geen probleem. Men moet af van de mentaliteit dat alle onderzoeken dringend zijn. Hoe wordt een lange wachttijd gedefinieerd? Een mogelijke piste om avond en nachtwerk te vermijden ligt in een degressieve financiering van het aantal onderzoeken per toestel. De hamvraag blijft echter vanaf wel aantal wordt een degressieve

financiering toegepast? Deze degressieve financiering per toestel kan omzeild worden door extratoestellen te installeren.

Uit de discussie blijkt duidelijk dat actueel de nodige informatie ontbreekt om een antwoord te formuleren op de adviesaanvraag van Minister Fr. Vandenbroucke. Bijkomende cijfergegevens zullen opgevraagd worden. De ontwerpnota van Drs G. Villeirs en O. Ghekiere zal verder uitgewerkt worden. De promotie van een kwaliteitsvolle uitoefening van de geneeskunde moet de leidraad zijn die aan de basis ligt van dit advies.

Summary of previous board meetings:

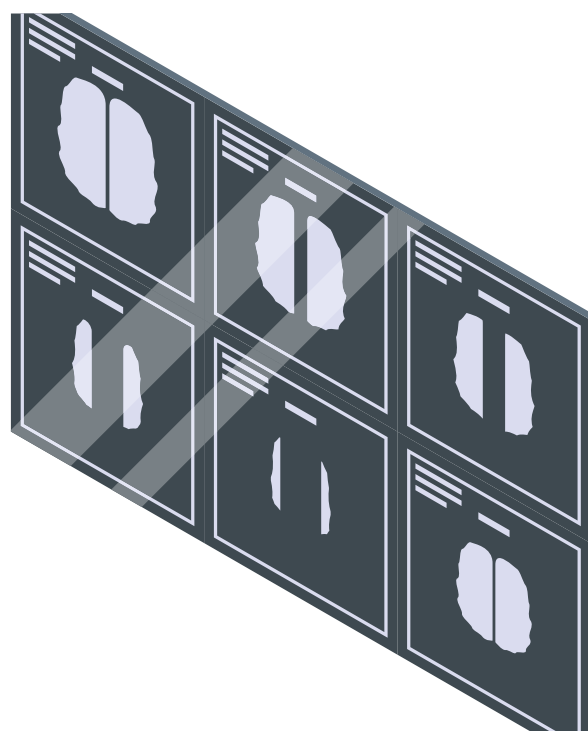
28/2/2023: 20u

Tout d'abord, le Dr P. Vanhoenacker remercie pour leurs nombreuses années d'engagement, les membres du conseil d'administration qui ne se sont pas représentés, à savoir les Drs Ch. Delcour, D. Henroteaux, R. Oyen, R. Salgado et Ch. Van de Velde.

1 Fonctionnement/Organisation

Le nombre limité de candidatures reçues pour le conseil d'administration - 9 candidatures néerlandophones et 7 candidatures francophones - n'a pas nécessité l'organisation d'élections effectives. Le nombre de candidatures reçues correspond au nombre de mandats à pourvoir. Le Dr F. Alexis a contacté tous les chefs de service de radiologie francophones en vue de l'élection du conseil d'administration. Il regrette donc que les efforts déployés pour convaincre des radiologues francophones de se porter candidats n'aient pas donné les résultats escomptés. Malgré les bulletins d'information de la SBR et RadNow, les collègues francophones ne sont pas toujours au courant de toutes les manœuvres du ministre Vandenbroucke qui donnent une mauvaise image des radiologues. La presse francophone n'en parle pratiquement pas. Ces dernières années, les activités de la SBR ont principalement reposé sur les épaules du président. Les Drs G. Villeirs et O. Ghekiere ont assuré les contacts avec le SPF Santé publique et l'INAMI. Le Dr F. Alexis préconise que les autres membres du Conseil d'administration s'engagent davantage pour la SBR et jouent un rôle actif au sein du conseil afin d'assurer la pérennité de la société.

Le rôle des sections au sein de la SBR doit être rappelé. La composition des sections a fortement changé au fil des ans. Il peut être utile de réexpliquer le fonctionnement de l'INAMI et de ses organes. Les sections devraient être encouragées à organiser des réunions régulières. Elles doivent fournir les informations et les chiffres nécessaires pour pouvoir défendre les dossiers en connaissance de cause au sein de l'INAMI. Idéalement, chaque section doit dresser la liste des problèmes qui surviennent dans son domaine spécifique. Il est aussi utile que chaque section dispose d'une liste des radiologues qui, en connaissance de cause, peuvent participer à la défense des dossiers au sein de l'INAMI.



a. Composition du bureau : président, secrétaire, trésorier, responsable RP

Après discussion, il semble qu'il ne soit pas encore possible d'attribuer toutes les fonctions. Le Dr P. Aerts reste candidat à la fonction de responsable RP. Les autres fonctions seront attribuées lors de la prochaine réunion du conseil d'administration.

b. Composition du conseil scientifique

Le Dr P. Vanhoenacker est candidat à la fonction de président du conseil scientifique. Sont éligibles au conseil scientifique : les Drs E. Coche, P. Simoni et G. Villeirs. Les mandats seront attribués lors de la prochaine réunion du conseil d'administration.

c. YRS

Le YRS fonctionne très bien et participe activement à l'organisation du congrès annuel. La continuité du comité directeur sera assurée. Les membres de la YRS constituent la base de recrutement du futur conseil d'administration.

Étude Eu just. Les docteurs A. Van Hoyweghen et T. Van Tielen sont expressément remerciés pour leur implication dans ce dossier. Ensemble, ils ont examiné tous les cas. L'affiliation 2023 est gratuite pour eux deux.

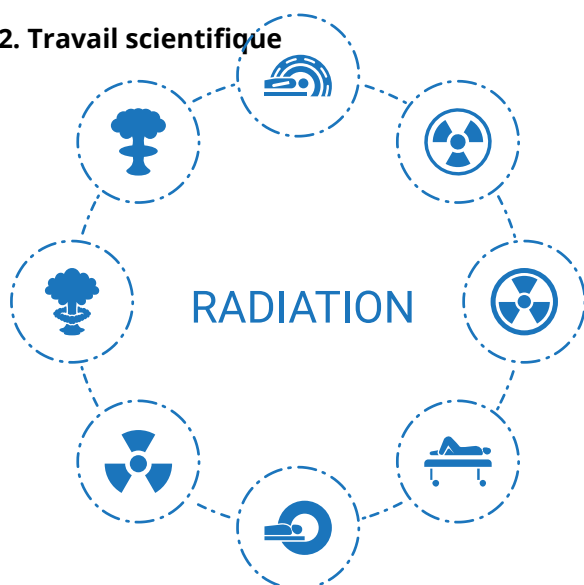
Thèmes congrès annuel

Le congrès annuel aura lieu dans le bâtiment de la KBC, Avenue du Port 2, 1080 Bruxelles. Il est proposé que le conseil scientifique, en concertation avec la YRS, détermine les thèmes des 5 prochaines années.

3. Défense professionnelle

Lettre ouverte au ministre Fr. Vandenbroucke concernant l'introduction du forfait technique pour l'imagerie médicale lourde a été publiée dans l'édition de décembre de RadNow. Le cabinet n'a pas réagi à cette lettre ouverte. Le Prof. Dr J. Kips a été invité à expliquer davantage la proposition du ministre. Jusqu'à présent, pas de réaction non plus.

Nomenclature ablation : avec le soutien des mutuelles, un budget de 2 millions d'euros a été demandé. Dans les prochaines semaines, il faut encore déterminer quelles tumeurs donnent droit au remboursement.

2. Travail scientifique

Lettre de D. Claeys désignation membre du groupe de travail GBS co-gouvernance. La première réunion du groupe de travail GBS sur la co-gouvernance a eu lieu le 21.02.2023. Les membres du conseil d'administration qui souhaitent participer peuvent se manifester auprès de Mme F. Vandamme (fanny@vbs-gbs.org)

Candidats commission d'agrément. Les chambres néerlandophones des commissions d'agrément doivent être renouvelées. Les membres actuels seront contactés pour que l'on sache s'ils souhaitent prolonger leur mandat. Élargissement IRM. Nouveau protocole d'accord.

Le CFEH et BELMIP ont reçu une demande du ministre Fr. Vandenbroucke, à savoir donner un avis sur le 3e protocole d'accord pour le 31 mars 2023. Les négociations pour le 2e protocole d'accord ont pris environ 2 années. À présent, le ministre souhaite un avis en moins de 6 semaines.

139 appareils sont agréés dont 137 sont utilisés activement. La capacité RM est-elle suffisante ou doit-elle augmenter ? Lors de la conférence interministérielle sur ce dossier, la Flandre a proposé une déprogrammation complète. Bruxelles et la Wallonie ont demandé 38 appareils supplémentaires. Toutefois, aucun budget n'est disponible pour financer ces appareils supplémentaires.

Les docteurs G. Villeirs et O. Ghekiere ont préparé une note préalable décrivant la problématique. Dans un premier temps, les chiffres disponibles ont été analysés. Une comparaison a été faite avec la situation des pays voisins¹.

Il est important de définir la transition des CT vers les IRM dans le cadre du protocole II. Le problème est que, par rapport aux pays voisins, le ratio CT-RM n'est pas très bon en Belgique. L'impact de l'application obligatoire des PSSr est difficile à estimer et, concrètement, ne sera sensible pour la première fois qu'en 2026.

Il est aussi nécessaire de quantifier plus concrètement la liste d'attente des examens IRM. Pour réduire/prévenir les listes d'attente, certains hôpitaux effectuent des examens IRM moins complexes le soir et la nuit ou pendant les week-ends. Certains patients profitent de ces heures d'ouverture non conventionnelles. Les examens plus complexes ou délicats et les examens nécessitant l'utilisation d'agents de contraste sont effectués pendant la journée. Il n'est pas certain que la qualité des examens RM effectués le soir ou la nuit soit toujours garantie. En effet, ces examens sont généralement réalisés sans la présence d'un radiologue. Les

services de radiologie s'organisent de manière à toujours disposer de temps pour les examens urgents. S'il y a un manque de capacité, même pour les examens urgents, il faut intervenir. Pour les autres examens, un délai d'attente de 6 à 8 semaines ne pose aucun problème. Il faut se débarrasser de la mentalité qui veut que tous les examens soient urgents. Comment définir un long délai d'attente ? Une solution possible pour éviter le travail du soir et de nuit consiste en un financement dégressif du nombre d'examens par appareil. Cependant, la question clé reste de savoir à partir de quel nombre le financement dégressif est appliqué ? Ce financement dégressif par appareil peut être contourné si l'on installe des appareils supplémentaires.

La discussion montre clairement que les informations nécessaires manquent actuellement pour formuler une réponse à la demande d'avis du ministre Fr. Vandenbroucke. Des chiffres supplémentaires seront demandés. Le projet de note des docteurs G. Villeirs et O. Ghekiere sera approfondi. La promotion d'une pratique médicale de qualité doit être le fil rouge de cet avis.

Summary of previous board meetings:

14/3/2023: 19h30

1. Samenstelling van de Raad van Bestuur – Toewijzing van de mandaten.

Dr. Ch. Canizares biedt haar ontslag aan als lid van de Raad van Bestuur wegens familiale redenen. Zij verlaat de vergadering.

De Beule Tom Voorzitter
Alexis Frederic Ondervoorzitter
Pilet Bernard Secretaris
Van Hoyweghen Astrid Penningmeester Astrid
Aerts Patrik PR-verantwoordelijke
Claikens Bart lid
De Smet Kristof lid
Ghekiere Olivier lid
Jaspers Hans lid
Villeirs Geert lid
Joris Jean-Paul lid
Vande Berg Bruno lid

Wetenschappelijke Raad Vanhoenacker Piet
Voorzitter Coche Emmanuel lid
Simoni Paolo lid

Dr. Tom De Beule bedankt het bestuur voor het vertrouwen. Hij hoopt met de actieve steun van het voltallige bestuur een mooi verhaal te kunnen schrijven.

Dr. F. Grandjean is bereid om via de YRS actief verder te werken

Management Council :

Er zal heel snel een vergadering belegd worden. Drs. Ch. Van de Velde en R. Salgado zullen gedurende de komende 6 maanden in samenwerking met hun opvolgers zorgen voor een vlotte overgang.

2. CIRSE

In 2018 werd een contract afgesloten met de Firma Merit Medical voor de sponsoring van een 100-tal inschrijvingen bij CIRSE. Bij de voorzitterswissel van de sectie interventionele radiologie is dit dossier uit het oog verloren en is een einde gekomen aan deze sponsoring.

Het lidmaatschap bij Circe werd automatisch verlengd. CIRSE heeft een betalingsherinnering gestuurd naar de BSR voor de verschuldigde bijdrage voor de jaren 2022 en 2023 voor een bedrag van 2 x €9000. De BVR werd niet verwittigd. Met hulp van de gewezen voorzitters van de sectie zal getracht worden om tot een akkoord te komen met CIRSE. Voor 2024 zal alvast het automatische lidmaatschap opgezegd worden.

3. MR-programmatie

Tegen 31.03.2023 moet een advies m.b.t. de MR-programmatie voor de volgende jaren bezorgd worden aan Minister Fr. Vandenbroucke.

Er wordt in herinnering gebracht dat sommige gewesten een volledige deprogrammatie voorstellen voor binnen het huidige budget.

Dr. G. Villeirs geeft een bondig overzicht van het ontwerp van advies

1. Problematiek.
2. Voorstellen
 - a. Aanpassing van de MRI-capaciteit
 - b. Homogenisering MRI-capaciteit
 - c. Financiering

Bespreking en discussie:

Uitbreiding van de programmatie voor 2023 en 2024 is niet aan de orde en in de praktijk zeker niet realistisch rekening houdend met het nodige wetgevend werk dat hieraan moet voorafgaan.

Lastenboeken moeten nog uitgeschreven worden en bestellingen geplaatst. In het meest ideale scenario kunnen de eerste toestellen misschien geplaatst worden in 2025. In de periode 2023-2024 zal de stijging van het aantal MR-onderzoeken moeten opgevangen worden door de huidige toestellen door bijvoorbeeld een betere spreiding van het aantal

onderzoeken per toestel. Innovatie van de bestaande toestellen moet aangemoedigd worden. De nieuwe toestellen hebben een grotere scansnelheid.

Het is niet opportuun om ook na 2025 een uitbreiding van het MR-park van de hand te wijzen. Een beperkte uitbreiding moet mogelijk zijn maar kan onmogelijk op een budget neutrale manier gerealiseerd worden. Als de financiering per toestel verminderd wordt zal het beheer geneigd zijn om de toestellen minder snel te vervangen.

Om de nood aan (bijkomende) MRI-capaciteit correct te kunnen inschatten is het nodig om op basis van pertinente cijfergegevens de invloed van de implementering van PSSr te kunnen evalueren. Voorlopig beschikken men enkel over de historische cijfers van het verbruik. Het is evident dat een aantal niet geïndiceerde onderzoeken zullen wegvallen. Anderzijds zal de PSSr een shift van CT naar MRI induceren. De voorschrijver kan nog steeds afwijken van het voorgestelde onderzoek. Echter als vastgesteld wordt dat een voorschrijver een vooraf vastgesteld percentage niet geïndiceerde onderzoeken voorschrijft zal hij zich moeten verantwoorden.

De installatie van een bijkomend MR-toestel impliceert veel meer dan de kostprijs van het toestel alleen. Het vergt eveneens infrastructuurwerken. Een belangrijke factor betreft de personeelskosten (verpleging, technoloog medische beeldvorming e.d.). De krapte op de arbeidsmarkt mag niet onderschat worden. Wat is het nut om extratoestellen de installeren indien men niet het geschikte personeel vindt om deze extratoestellen te bedienen.

In de discussie wordt de economische "value" van de patiënt volledig uit het oog verloren.

Als de patiënt lange tijd moet wachten op een onderzoek stijgt de morbiditeit wat een grote economische impact induceert voor de overheid. Het risico bestaat ook dat de voorschrijvers terug gaan grijpen naar minder geïndiceerde onderzoeken als de wachttijd voor een MR- onderzoek te lang oploopt. Het is evenwel belangrijk dat men afstapt van de mentaliteit dat ieder onderzoek dringend is.

De adviesnota zal verder aangevuld worden met de elementen die aangereikt werden tijdens de discussie. De adviesnota zal ter goedkeuring voorgelegd worden aan een bijzondere vergadering van de Raad van Bestuur van maandag 20.03.2023.

Summary of previous board meetings:

14/3/2023: 19h30

1. Composition du conseil d'administration fluide.
– Attribution des mandats

Le Dr C. Canizares présente sa démission de membre du conseil d'administration pour des raisons familiales. Elle quitte la réunion.

De Beule Tom Président
Alexis Frederic Vice-président
Pilet Bernard Secrétaire Van Hoyweghen
Astrid Trésorière
Aerts Patrik Responsable RP
Claikens Bart membre
De Smet Kristof membre
Ghekiere Olivier membre
Jaspers Hans membre
Villeirs Geert membre
Joris Jean-Paul membre
Vande Berg Bruno membre

Conseil scientifique Vanhoenacker Piet
Président Coche Emmanuel membre Simoni
Paolo membre

Le Dr Tom De Beule remercie le conseil d'administration pour sa confiance. Il espère écrire une belle page de l'histoire de la SBR avec le soutien actif de l'ensemble du conseil d'administration.

Le Dr F. Grandjean est disposé à poursuivre les travaux activement avec la YRS.

Management Council :

Une réunion sera organisée très prochainement. Les docteurs Ch. Van de Velde et R. Salgado travailleront avec leurs successeurs durant les six prochains mois pour assurer une transition

2. CIRSE

En 2018, un contrat a été signé avec la firme Merit Medical pour le sponsoring d'une centaine d'inscriptions CIRSE. Avec le changement de président de la section de radiologie interventionnelle, ce dossier a été perdu de vue et ce sponsoring a pris fin.

L'affiliation CIRSE a cependant été automatiquement renouvelée. La SBR n'a pas été prévenue. Le CIRSE a envoyé un rappel de paiement à la SBR pour les cotisations dues en 2022 et en 2023 d'un montant de 2 x 9 000 €. Avec l'aide des anciens présidents de section, on s'efforcera de parvenir à un accord avec CIRSE. L'affiliation automatique sera annulée d'avance pour 2024.

3. Programmation IRM

Pour le 31.03.2023, l'avis sur la programmation RM pour les prochaines années doit être soumis au ministre Fr. Vandenbroucke.

Il est rappelé que certaines régions proposent une déprogrammation complète dans le cadre du budget actuel.

Le Dr G. Villeirs donne un bref aperçu du projet d'avis.

1. Problématique
2. Propositions
 - a. Adaptation de la capacité IRM
 - b. Homogénéisation de la capacité IRM
 - c. Financement

Commentaires et discussion :

L'élargissement de la programmation en 2023 et 2024 n'est pas à l'ordre du jour et n'est certainement pas réaliste en pratique, compte tenu du travail législatif à accomplir au préalable. Il reste encore à établir les cahiers des charges et à passer les commandes. Dans le meilleur des cas, les premiers appareils pourraient être installés en 2025. Au cours de la période 2023-2024, l'augmentation du nombre d'examens par RM devra être réalisée par les appareils actuels, par exemple en répartissant mieux le nombre d'examens par appareil.

L'innovation des appareils existants doit être encouragée. La vitesse de scannage des nouveaux appareils est plus élevée.

Il n'est pas opportun de s'élargir du parc RM au-delà de 2025. Un élargissement limité devrait être possible, mais il ne peut pas être réalisé de manière neutre sur le plan budgétaire. Si le financement par appareil diminue, la gestion aura tendance à remplacer les appareils moins rapidement.

Pour évaluer correctement les besoins de capacité IRM (supplémentaire), il est nécessaire de pouvoir évaluer l'impact de la mise en œuvre des PSSr sur la base de chiffres pertinents. Pour l'instant, seuls des chiffres de consommation historiques sont disponibles. Il est évident qu'un certain nombre d'examens non indiqués seront supprimés. D'autre part, les PSSr entraîneront une transition des CT vers les IRM. Le prescripteur peut encore déroger à l'examen proposé. Toutefois, s'il s'avère qu'un prescripteur prescrit un pourcentage prédéterminé d'examens qui ne sont pas indiqués, il devra le justifier.

L'installation d'un appareil RM supplémentaire implique bien plus que le seul coût de l'appareil. Il faut également prévoir des travaux d'infrastructure. Les coûts de personnel (personnel infirmier, technologue en imagerie médicale, etc.) constituent un facteur important. Les difficultés du marché de l'emploi ne doivent pas être sous-estimées. Quel est l'intérêt d'installer des appareils supplémentaires si l'on ne trouve pas le personnel adéquat pour les

faire fonctionner ?

La discussion perd complètement de vue la « valeur » économique du patient. Si le patient doit attendre longtemps pour un examen, la morbidité augmente, ce qui entraîne un impact économique important pour les pouvoirs publics. Les prescripteurs risquent aussi de se tourner vers des examens moins indiqués si le délai d'attente pour un examen RM devient trop long. Cependant, il importe de cesser de penser que tous les examens sont urgents.

La note d'avis sera complétée par les éléments proposés durant la discussion. Elle sera soumise à l'approbation d'une réunion spéciale du conseil d'administration le lundi 20.03.2023.

Summary of previous board meetings:

18/4/2023 20u

Beroepsverdediging:

- **Planningscommissie.**

Het medisch aanbod van artsen wordt vastgelegd op Federaal niveau. Ten titel van informatie publiceert de federale planningscommissie de subquota waarop ze per specialisme zich heeft gebaseerd om het federale quotum vast te leggen. De gemeenschappen zijn hierdoor niet gebonden. De gemeenschappen zijn wettelijk bevoegd om de subquota te bepalen.

In de Vlaamse gemeenschap geldt sinds het academiejaar 2018-2019 een numerus fixus om de instroom van artsen te beheersen. Vanaf het academie jaar 2023-2024 zal een gelijkaardig systeem van toepassing zijn in de Franse gemeenschap. De voorbije jaren werd het artsenquotum in de Franse gemeenschap niet of nauwelijks gerespecteerd en werd er een overschot aan instroom opgebouwd ten opzichte van de opgelegde quota. In de Franse gemeenschap werd er o.m. rekening mee gehouden dat een aantal niet-Belgen na hun opleiding opnieuw naar hun land van oorsprong terugkeerden.

Er wordt voorgesteld dat de Vlaamse erkenningscommissie en de erkenningscommissie FWB overleg plegen omtrent de nodige manpower. Het is belangrijk dat beide erkenningscommissies een stand van zaken opmaken. Men moet er zich wel bewust van zijn dat het de politieke de uiteindelijke beslissing zal nemen.

- **MRI - advies belmip**

BELMIP heeft op 31 maart 2023 haar advies m.b.t. de uitbreiding van het MRI-park bezorgd aan Minister Frank Vandenbroucke.

- **Artikel Knack, De Tijd**

Naar aanleiding van een artikel in De Tijd heeft de BVR gereageerd in een openbrief. m.b.t de herziening van de nomenclatuur. Deze openbrief werd verspreid naar de algemene en gespecialiseerde pers. Enkel in de gespecialiseerde pers werd aandacht besteed aan deze brief. Er wordt voorgesteld om in de toekomst dergelijke brieven te beperken tot maximum 1 A4 document.

De BVR moet trachten om met positieve boodschappen in de pers te komen. Er kan overwogen worden om op freelance basis beroep te doen op Mevr. Fr. Damel.

- **Elektronisch voorschrift**

Het interne systeem van elektronisch voorschrift gebruikt binnen een ziekenhuis mag er niet toe leiden dat de keuze vrijheid van de patiënt beperkt wordt. De patiënt moet de mogelijkheid behouden om het onderzoek extramuraal of in een ander ziekenhuis te laten uitvoeren. Desgewenst moet de voorschrijvende arts een uitprint van het voorschrift bezorgen aan de patiënt.

Het interne elektronische voorschrift mag niet verward worden het elektronisch voorschrift dat zal uitgerold worden op nationaal vlak.

- **Contrast and supervision.**

Vraag omtrent de al dan niet verplichte aanwezigheid van de radioloog/urgentearts in de onmiddellijk omgeving bij het toedienen van een contraststof door een medewerker met het oog op een onderzoek medische beeldvorming.

Deze vraag zal in het licht van het KB van 26.06.2022 houdende de lijst van de van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd onderzocht worden.

Wetenschappelijke Raad.

- **BSITN-IR sectie.** : BSITN is een afzonderlijke organisatie. Een overlegmeeting zal voorgesteld worden om naar de toekomst beter met elkaar samen te werken op het niveau van de beroepsbelangenverdediging;
- **LMQ Vlaamse representatie** – De Sectie LMQ werd opgericht in 2016 onder impuls van Drs. M. Grieten, Bart Claikens en J.-P. Joris. De voorbije jaren werden echter geen vergaderingen meer georganiseerd. Een oproep zal gelanceerd worden onder de leden om geïnteresseerden te vinden om deze sectie opnieuw te dynamiseren. De vraag wordt gesteld of deze sectie mogelijk ook toegankelijke gemaakt kan worden voor niet radiologen. Men denkt hierbij aan ingenieurs.
- **Secretariaat JBSR:** Er dient gezocht te worden naar een vervanger voor Mevr. Katrin Lorent. Ten einde de continuïteit te verzekeren wordt deze functie best toevertrouwd aan een universitaire dienst. De tijdsbesteding wordt geraamd op 2 dagen per week. Het budget voor de JBSR wordt jaarlijks begroot op +/- € 100.000 (€ 40.000 Ubiquity, € 40.000 voor de editor in chief en 25.000 voor het secretariaat).
- **Jaarlijks symposium.** Een voorlopig programma zal voorgelegd worden tegen eind mei.

Management:

- **Betalingen CIRSE** – Probleem is nog niet opgelost.
- **Lidgelden leden.-** Een betalingsuitnodiging werd onder elektronische vorm verstuurd naar de leden. Er werd eveneens een brief gevoegd bij het maart nummer van RadNow. 15 ziekenhuizen hebben reeds

geopteerd voor een groepsaansluiting.

- **LMQ conference.-** Te overwegen om de organisatie van het namiddagprogramma van jaarlijks congres in 2024 toe te vertrouwen aan de sectie LMQ.

- **Invoice BSR. (ESR)**

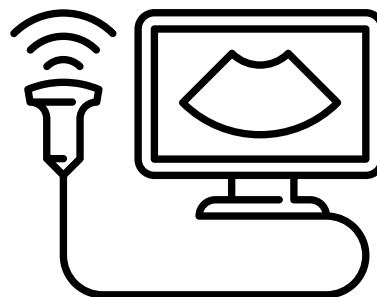
- **Imaios – Navragen bij de YRS.**

- **ESCR cardio-imaging.**

Een adequate opleiding in cardiale beeldvorming moet voorzien worden in het curriculum om te vermijden dat de cardiologen dit deel van de beeldvorming volledig inpalmen. In het 4 en 5 jaar van het curriculum moet telkens minstens 1 maand opleiding in deze materie voorzien worden. Uitwisseling tussen de universiteiten moet aangemoedigd worden. Uitwisseling met Frankrijk kan eveneens heel nuttig zijn maar het probleem van de financiering moet nog opgelost worden.

Varia:

- **VBS-werkgroep co-governance.** Actieve deelname aan deze werkgroep : B. Pilet, P. Aerts en F. Alexis. Inschatting van de tijdsbesteding van de diensthoofd in een klein, middelgroot en groot ziekenhuis.
- **Level 1 traumacentra.** Wie is bevoegd om de ultrasound onderzoeken aan bed uit te voeren. Een analoge discussie werd vorig jaar gevoerd met de urgentieartsen. Om als traumacentrum te worden erkend moet de radioloog in house aanwezig zijn.



Summary of previous board meetings:

18/4/2023 20u

Défense professionnelle :

- **Commission de planification**

L'offre médicale de médecins est fixée au niveau fédéral. À titre d'information, la Commission de planification fédérale publie les sous-quotas sur lesquels elle s'est basée pour chaque spécialité afin de fixer le quota fédéral. Les Communautés ne sont pas tenues de s'y conformer. Les Communautés sont légalement compétentes pour fixer les sous-quotas.

En Communauté flamande, un numerus fixus est en place depuis l'année académique 2018-2019 pour maîtriser l'afflux de médecins. À partir de l'année académique 2023-2024, un système équivalent s'appliquera en Communauté française. Ces dernières années, le quota de médecins de la Communauté française a été peu ou pas respecté et il s'est créé un afflux excédentaire par rapport au quota imposé. La Communauté française a notamment tenu compte des retours d'un certain nombre de non-Belges dans leur pays d'origine après leur formation.

Il est suggéré que la Commission d'agrément flamande et la Commission d'agrément de la Fédération W-B se concertent sur les effectifs nécessaires. Il importe que les deux commissions d'agrément fassent le point sur la situation. Il faut garder à l'esprit que c'est le politique qui prendra la décision finale.

- **IRM – Avis BELMIP**

Le 31 mars 2023, BELMIP a présenté au ministre Frank Vandenbroucke, son avis sur l'extension du parc IRM.

- **Article Knack, De Tijd**

Pour donner suite à un article paru dans De Tijd, la SBR a répondu par une lettre ouverte concernant la révision de la nomenclature. Cette lettre ouverte a été envoyée à la presse générale et spécialisée. Seule la presse spécialisée a prêté attention à cette lettre. Il est proposé qu'à l'avenir, ce type de lettre soit limité à une page A4 maximum.

La SBR doit s'efforcer de diffuser des messages positifs dans la presse. Il pourrait être envisagé de faire appel à Mme Fr. Damel en tant que collaboratrice free-lance.

- **Prescription électronique**

Le système interne de prescription électronique utilisé au sein d'un hôpital ne doit pas aboutir à une limitation de la liberté de choix du patient. Le patient doit conserver la possibilité de passer son examen en dehors de l'hôpital ou dans un autre hôpital. Si le patient le souhaite, le médecin prescripteur doit lui remettre une copie imprimée de la prescription.

Il ne faut pas confondre la prescription électronique interne avec la prescription électronique qui



sera déployée au niveau **national**.

- **Contrast and supervision**

Une question a été posée concernant la présence obligatoire ou non du radiologue/ médecin urgentiste à proximité immédiate lors de l'administration d'un agent de contraste par un collaborateur dans le cadre d'un examen d'imagerie médicale. Cette question sera examinée à la lumière de l'arrêté royal du 26.06.2022 portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier.

Conseil scientifique:

- **Section BSITN-IR** : BSITN est une organisation indépendante. Une réunion de concertation sera proposée pour mieux collaborer à l'avenir pour la défense des intérêts professionnels.

- **Représentation flamande LMQ** – La Section LMQ a été fondée en 2016 sous l'impulsion des Drs M. Grieten, Bart Claikens et J.-P. Joris. Cependant, aucune réunion n'a eu lieu ces dernières années. Un appel sera lancé aux membres pour trouver des personnes intéressées par la redynamisation de cette section. Il a été demandé si cette section pourrait également être accessible aux non-radiologues. On pense ici aux ingénieurs.

- **Secrétariat JBSR** – Il est nécessaire de trouver un remplaçant à Mme Katrin Lorent. Afin de garantir la continuité, il est préférable de confier cette fonction à un service universitaire. Le temps à consacrer est estimé à 2 jours par semaine. Le budget annuel du JBSR est de +/- 100 000 euros (40 000 euros pour Ubiquity, 40 000 euros pour le rédacteur en chef et 25 000 euros pour le secrétariat).

- **Symposium annuel**. Un programme provisoire sera présenté d'ici la fin du mois de mai.

Management:

- **Paielements CIRSE** – Le problème n'est pas encore résolu.

- **Cotisations des membres** – Une invitation de paiement a été envoyée aux membres sous forme électronique. Une lettre a été jointe au numéro de mars de RadNow. 15 hôpitaux ont déjà opté pour une affiliation de groupe.

- **Conférence LMQ** – À envisager pour confier l'organisation du programme de l'après-midi du congrès annuel à la section LMQ en 2024.

- **Facture SBR (ESR)**

- **Imaios** – poser la question à la YRS.

- **ESCR cardio-imaging** – Une formation adéquate en imagerie cardiaque devrait être prévue dans le programme d'études afin d'éviter que les cardiologues ne s'approprient complètement cette partie de l'imagerie. Durant les 4 et 5 années du cursus, une formation d'au moins 1 mois dans ce domaine devrait être dispensée à chaque fois. Les échanges entre universités doivent être encouragés. Les échanges avec la France pourraient aussi être très utiles, mais le problème du financement n'est pas encore résolu.

Divers:

- **Groupe de travail du GBSS sur la cogouvernance**

- Participation active à ce groupe de travail : B. Pilet, P. Aerts et F. Alexis. Estimation du temps de travail du chef de service dans un hôpital à petite, moyenne et grande capacité.

- **Centres de traumatologie Level 1** – Qui est compétent pour mener des examens échographiques au chevet du patient ? Une discussion analogue a eu lieu l'an dernier avec les urgentistes. Pour qu'un centre de traumatologie soit agréé, le radiologue doit être présent sur place.

Perstekst naar aanleiding interview de Tijd: 21/6/2023



Al jaren worden de Belgische radiologen weggezet als in het donker opererende zonderlingen die wild in het rond schieten met uiterst gevaarlijke röntgenstralen omdat zij daar onzindelijk rijk van worden. De Belgische Vereniging voor Radiologie (BVR) heeft deze karikatuur nochtans al meermaals met objectieve feiten en cijfers proberen te ontcrachten, maar helaas is de wervende kracht van de sensationele karikatuur altijd veel groter dan die van de saaie realiteit. Veel krantenkoppen haalt de BVR er dan ook niet mee en zo gedijt de karikatuur rustig verder. Desondanks loont het de moeite om te blijven focussen op enkele hardnekkige misvattingen.

Hoe meer scans, hoe meer geld in het laatje?

In ons land bestaat onder meer voor radiologie een zogenaamd fee-for-service systeem: hoe meer service (scans), hoe meer fees (honoraria). Helder toch? Je leest het overal: radiologen scannen er op los, want zo verdienen ze zelf een mooie cent, maar maken ze ook hun (ziekenhuis) directeur blij, die via deze extra geldstroom (de zogenaamde afdrachten) elders putten kan dempen. Simpel als bonjour.

Wat echter systematisch ontbreekt in dit soort berichtgeving zijn drie cruciale elementen. Vooreerst wordt elk uitgevoerd radiologisch onderzoek aangevraagd door een doorverwijzende collega. In tegenstelling tot de zogenaamde connexisten (niet-radiologen die radiologische onderzoeken uitvoeren en

aldus een vijfde van het budget medische beeldvorming vertegenwoordigen) kunnen radiologen zelf geen radiologische onderzoeken aanvragen. Ze mogen er dus nog zo hard naar snakken om op het einde van de dag eigenhandig nog enkele extra scanaanvragen bij te drukken, het kan simpelweg niet.

Ten tweede is de druk van patiënten én aanvragers om radiologische onderzoeken uit te voeren -ook al lijken ze op het eerste zicht niet pertinent- de laatste jaren erg groot geworden. De algemene maatschappelijke aversie voor onzekerheid leidt er toe dat patiënten geen genoeg meer nemen met een afwachthouding bij onduidelijke of eerder matige symptomen. De geïnformeerde burger wenst onverwijld een scan die een overzichtsbeeld van het lichaam en zekerheid geeft. Het wordt er voor de radioloog absoluut niet makkelijker op om zomaar onderzoeken te weigeren.

Maar het allerbelangrijkste element, waar gek genoeg zelden naar verwezen wordt, is dat het budget medische beeldvorming gesloten is. Een eventuele budgetoverschrijding moet tot de laatste eurocent gecompenseerd worden en het verleden heeft meermaals bewezen dat die compensatie niet alleen stevast op het passief van de radiologen komt (niet op dat van de verwijzers), maar dat het ook geen enkel effect heeft op het voorschrijfgedrag. Radiologen en/of (ziekenhuis)directeurs die een positieve balans zouden nastreven via extra beeldvorming (door hun verwijzers daartoe te motiveren

bijvoorbeeld) kunnen dat dus enkel ten koste van andere radiologen en/of diensten die het met minder beeldvorming zullen moeten doen. Maar als iedereen tegelijk voor de positieve balans gaat, dan crasht het budget; het vergt weinig rekenkracht om te ontdekken dat meer onderzoeken binnen hetzelfde budget alleen maar leidt tot een lagere terugbetaling per onderzoek. Steeds meer werk voor hetzelfde loon dus. Dat is dus kennelijk waar men de radiologen van verdenkt... Het is dan ook geen toeval dat de radiologen sinds jaren constructief samenwerken met de overheid om de medische beeldvorming te rationaliseren via initiatieven zoals actieve beslissingsondersteuning, met sensibilisering en responsabilisering van zowel voorschrijvende artsen als radiologen.

Scanverslaving?

Natuurlijk zijn er feiten. Ja, we doen meer CT-scans dan in Nederland. Ja, we doen elk jaar meer MR-scans. Ja, het aantal CT-scans vermindert niet echt. En ja, er is voorsnog geen echte shift van CT naar MR waar te nemen. Maar elk van die feiten vergt context en die ontbreekt systematisch in elke berichtgeving.

In België werden volgens OECD-cijfers uit 2020 (OESO) 205 CT-scans per 1000 inwoners uitgevoerd en men vermeldt daarbij onveranderlijk dat dit bijna het dubbele is van het aantal in Nederland (114 per 1000). Zodoende wordt onze "scangekte" onverbiddelijk in de verf gezet. Nochtans tonen diezelfde OECD-cijfers dat wij helemaal niet zo gek doen in vergelijking met Luxemburg (210 per 1000) of Frankrijk (199 per 1000), toch ook buurlanden.



Ook voor MRI-scans (87 per 1000) komen we aan meer onderzoeken dan gidsland Nederland (59 per 1000), maar zitten we beduidend lager dan Duitsland (150 per 1000), Frankrijk (123 per 1000) of Luxemburg (93 per 1000). Met andere woorden: voor elk punt dat men wil maken is er wel een illustratief buurland te vinden. En telkens opnieuw gaat het er in als zoete koek. Niemand vraagt zich trouwens af of het aantal CT- en MR-scans dat wij extra doen in vergelijking met een referentieland misschien te maken heeft met een betere toegankelijkheid voor onze patiënten (veel Nederlanders komen overigens naar België voor hun scan...). Of belangrijker nog: met een tijdiger diagnostiek, waardoor tijdiger behandeling en betere prognose.

Het aantal CT- en MR-onderzoeken stijgt al 20 jaar: tussen 2000 en heden was er een verviervoudiging van het jaarlijks aantal MR-onderzoeken en een verdubbeling van het aantal CT-onderzoeken. In tegenstelling tot wat vaak gesuggereerd wordt kan er op geen enkel moment, ook niet recent, een plotse toename of groeiversnelling genoteerd worden: de groei is verrassend lineair en volgt de trends die ook globaal in de gezondheidszorg zichtbaar zijn (aantal consultaties, aantal heekkundige ingrepen, etc). De redenen van deze constante toename zijn divers. Vooreerst: de Belgische bevolking groeit aan: 11.697.557 inwoners op 1/1/2023, een groei met liefst 600.000 inwoners op 10 jaar tijd (bron: stabel.fgov.be). De Belgische bevolking veroudert ook en dat brengt extra medische zorgen én scans met zich mee. Zeker het toenemend aantal kankergevallen leidt tot een toenemende vraag naar scans; terugbetaling van dure chemo- of immunotherapie hangt actueel zelfs af van frequente monitoring met CT of MR. De technologie in de medische beeldvorming staat bovendien niet stil. Waar medische beeldvorming in het verleden haast synoniem stond voor anatomische evaluatie met klassieke röntgenopnames en echografie, is deze evaluatie met behulp van CT en MR tegenwoordig veel gedetailleerder geworden en

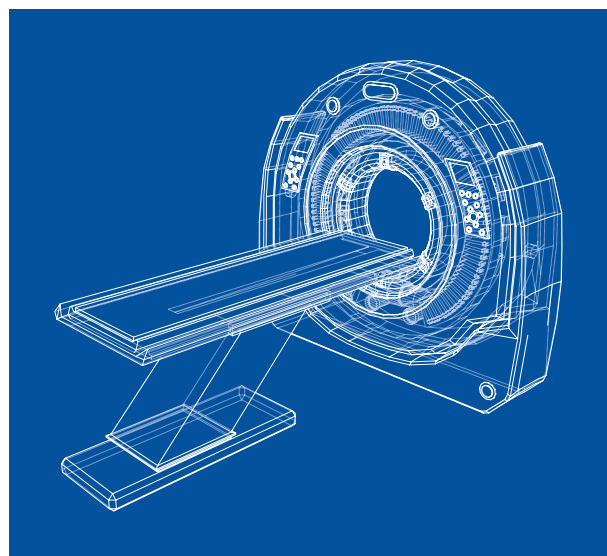
kan men ook aandacht besteden aan de functie van organen via technieken zoals perfusie, diffusie en spectroscopie. De huidige generatie CT-scanners pakken uit met een waaier aan dosisreducerende maatregelen, vaak gebaseerd op artificiële intelligentie, waardoor de megadosis röntgenstralen die men ze toedicht definitief tot het rijk der fabelen zijn gaan behoren. Geen wonder dus dat artsen meer en meer een CT of MR verkiezen boven klassieke röntgenopnamen. Deze toenemende vraag is overigens een internationaal fenomeen. Waar de klassieke radiologie in 2000 nog stond voor 75% van de radiologische activiteit (exclusief connexisme), is deze inmiddels gezakt tot 60%. Deze evolutie is tot op de dag van vandaag nog steeds aan de gang en is een van de belangrijkste redenen waarom ook in de (nabije) toekomst geen spectaculaire veranderingen in het aanvraagpatroon van CT- of MR-onderzoeken moeten verwacht worden.

Overconsumptie door nutteloze onderzoeken?

Belangrijk is goed te definiëren wat “nutteloze onderzoeken” zijn. Concrete voorbeelden zijn het in het ene ziekenhuis herhalen van een onderzoek dat recent in een ander ziekenhuis uitgevoerd werd (maar waarvan de beelden niet beschikbaar zijn) of het uitvoeren van een tweede onderzoek na een eerste onderzoek dat ontoereikend of zelfs niet aangewezen was. De correctste en wetenschappelijk meest verantwoorde graadmeter voor het bepalen van de “nutteloosheid” van een onderzoek is echter de mate waarin een aangevraagd onderzoek strookt met de Richtlijnen voor Goed Gebruik van Medische Beeldvorming*. Een onderzoek dat volgens deze richtlijnen minder of helemaal niet geschikt (of: “niet gejustificeerd”) is om een antwoord te bieden op de gestelde problematiek kan dan inderdaad wel eens als “nutteloos” bestempeld worden. Tot op heden is daar in ons land maar fragmentarisch onderzoek naar gedaan en niemand weet dan ook exact hoeveel onderzoeken effectief niet gejustificeerd of “nutteloos” zijn. Of met andere

woorden: niemand weet of er daadwerkelijk “overconsumptie” bestaat en zo ja, hoe omvangrijk die is.

Toch wordt stevast naar overconsumptie verwezen als een vaststaand feit en worden verwijzers én uitvoerders ervan kwade bedoelingen toegeschreven. Nochtans staan alle artsen onder permanente druk om in alle omstandigheden de juiste diagnostiek en behandeling aan te bieden. De schaduw van medicolegale aansprakelijkheid bij eventuele fouten, zeker bij spoedgevallen, en de hoge druk van patiënten om zelfs bij banale klachten “voor alle zekerheid” gerustgesteld te worden waart rond in elke hoek van het kleinste eerstelijnskabinet tot het grootste derdelijnscentrum. Medische beeldvorming is voor deze artsen vaak een krachtig en voor de hand liggend middel om ongeruste patiënten van hun angst te verlossen. Zelfs onderzoeken die niet helemaal stroken met de Richtlijnen kunnen daarom niet in elke omstandigheid weggezet worden als “nutteloos”.



Voorstellen van de Belgische Vereniging voor Radiologie

Sinds 2015 trekt de BVR al aan de kar voor de implementatie van beslissingsondersteuning ("clinical decision support"). Dit is een elektronisch systeem dat de voorschrijvende huisarts of specialist helpt om voor elk gezondheidsprobleem of symptoom het juiste radiologisch onderzoek te kiezen dat concordant is met de Richtlijnen. Dit dossier is bij uitstek prioritair voor de BVR, omdat het de enige "evidence-based" methode is om justificatie in het aanvraagpatroon verankerd te krijgen en aldus het aantal "onnodige" onderzoeken op wetenschappelijk verantwoorde manier eindelijk eens exact te kwantificeren en bij de bron (namelijk tijdens het voorschrijven) aan te pakken. Dit project, dat in samenwerking met onder meer de FOD en het RIZIV loopt, heeft weliswaar aanzienlijke vertragingen opgelopen (Covid-19 was daar niet vreemd aan), maar is recent opnieuw op kruissnelheid gekomen. Verder promoot de BVR, in samenwerking met BELMIP (Belgian Medical Imaging Platform) al jaren het goed gebruik van medische beeldvorming. De recente campagne "Geen scan zonder plan" (www.geenscanzonderplan.be) en is daar maar een van de vele voorbeelden van. De radiologen ijveren ook voor het ontwikkelen

van een "nationale PACS", dit is een nationaal beeldarchief dat het overal visualiseren van radiologische beelden mogelijk maakt, wars van waar ze initieel gemaakt werden. Op die manier kunnen "onnodige" herhaalonderzoeken (wegens onbeschikbaarheid van de initiële beelden) vermeden worden.

Met al deze voorstellen en maatregelen streeft de Belgische Vereniging voor Radiologie er naar om zowel de radiologische zorg correct in beeld te brengen, karikaturen te ontmaskeren en de belangrijke rol van de radioloog in doelmatige zorg in de verf te zetten.



Communiqué de presse suite à l'interview du Tijd: 21/6/2023



Cela fait des années que les radiologues belges sont décrits comme d'obscures fanatiques qui bombardent des rayons X extrêmement dangereux sur tout ce qui passe, pour s'enrichir de manière indécente. La Société belge de Radiologie (SBR) a pourtant tenté à maintes reprises de briser ce stéréotype en présentant des faits et des chiffres objectifs, mais malheureusement, le battage médiatique autour de cette caricature sensationnelle est toujours bien plus fort que celui de la morne réalité. Par conséquent, la SBR fait rarement la une et cette caricature prospère tranquillement. Toutefois, il vaut la peine de démentir à nouveau les idées fausses qui persistent.

Plus les scans sont nombreux, plus les poches se remplissent ?

Dans notre pays, il existe, pour la radiologie, un système de rémunération à l'acte : plus le nombre d'actes est élevé (scans), plus la rémunération est importante (honoraires). C'est clair, non ? On le lit partout : les radiologues font des scans tous azimuts pour toucher un joli pactole, mais aussi pour faire plaisir à leur directeur (d'hôpital), qui peut combler des déficits ailleurs grâce à ce flux de trésorerie supplémentaire (les fameuses rétrocessions). Simple comme bonjour.

Cependant, trois éléments cruciaux manquent systématiquement dans ce type de message. Premièrement, chaque examen radiologique effectué est demandé par un collègue référent. Contrairement aux connexistes (non-radiologues qui effectuent des examens

radiologiques et représentent ainsi un cinquième du budget de l'imagerie médicale), les radiologues eux-mêmes ne peuvent pas demander d'examens radiologiques. Même s'ils souhaitent ardemment grappiller quelques demandes de scan supplémentaires, c'est tout simplement impossible.

Deuxièmement, la pression exercée par les patients et des prescripteurs qui souhaitent effectuer des examens radiologiques – même si ceux-ci ne semblent pas pertinents à première vue – est devenue très forte ces dernières années. L'aversion générale de la société pour l'incertitude implique que les patients n'ont plus la patience d'attendre quand les symptômes sont indéfinis ou modérés. Le citoyen informé veut tout de suite un scan qui donne une vue d'ensemble du corps et des certitudes. Le radiologue ne se trouve pas dans une meilleure position pour refuser un examen sans justification.

Mais l'élément le plus important, qui curieusement est rarement mentionné, est que le budget de l'imagerie médicale est fermé. Tout dépassement de budget doit être compensé jusqu'au dernier cent d'euro, et le passé a prouvé à maintes reprises que cette compensation non seulement retombe invariablement sur le passif des radiologues (et non les référents), mais qu'elle n'a pas non plus d'effet sur le comportement des prescripteurs. Les radiologues et/ou les directeurs (d'hôpitaux) qui chercheraient à obtenir un bilan positif grâce à des examens d'imagerie supplémentaires (en incitant leurs médecins référents à cette fin, par exemple) ne

peuvent donc le faire qu'au détriment d'autres radiologues et/ou services qui devront accepter de faire moins d'examens d'imagerie. Mais si tout le monde vise le solde positif en même temps, le budget s'effondre ; il ne faut pas être un génie en math pour découvrir qu'un plus grand nombre d'examens avec le même budget ne conduit qu'à un remboursement plus faible par examen. En d'autres termes, il faut de plus en plus de travail pour le même salaire. Voilà apparemment de quoi les radiologues sont soupçonnés... Ce n'est donc pas une coïncidence si les radiologues travaillent depuis des années de manière constructive avec les pouvoirs publics pour rationaliser l'imagerie médicale au moyen d'initiatives telles que l'aide active à la décision, avec la sensibilisation et la responsabilisation des médecins prescripteurs et des radiologues.

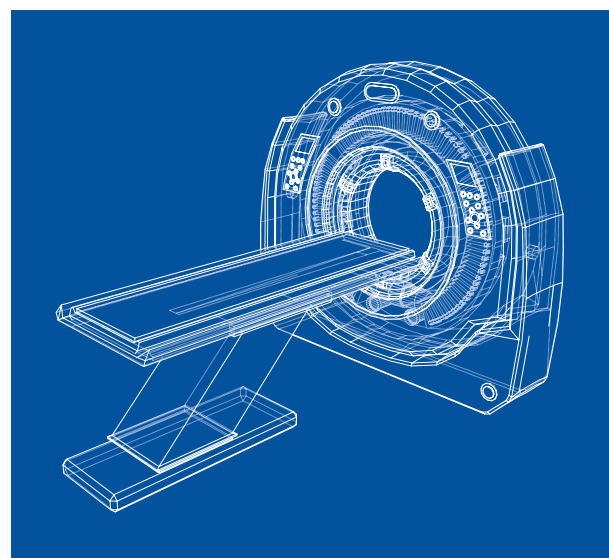
Addiction aux scans ?

Bien sûr, les faits sont là. Oui, nous effectuons plus de CT qu'aux Pays-Bas. Oui, nous faisons plus d'examens par résonance magnétique chaque année. Oui, il est vrai que le nombre de CT ne diminue pas vraiment. Et oui, on n'observe pas encore de véritable transition des scans vers l'IRM. Mais chacun de ces faits nécessite un contexte qui est systématiquement escamoté dans chaque communiqué.

En Belgique, selon les chiffres de l'OCDE de 2020 (OCDE), 205 scans CT pour 1000 habitants ont été réalisés, en mentionnant invariablement que ce chiffre est presque le double de celui des Pays-Bas (114 pour 1000). Ainsi, notre « folie du scanner » est sans cesse mise en avant. Cependant, les mêmes chiffres de l'OCDE montrent que nous ne nous ne sommes pas tellement ces fanatiques que l'on prétend si on nous compare au Luxembourg (210 pour 1000) ou à la France (199 pour 1000), qui sont également des pays voisins. De même, pour les examens IRM (87 pour 1000), nous obtenons plus d'examens que le pays de référence, les Pays-Bas (59 pour 1000), mais nous nous situons

nettement en dessous de l'Allemagne (150 pour 1000), de la France (123 pour 1000) ou du Luxembourg (93 pour 1000). Autrement dit, pour chaque point qu'on veut démontrer, on peut trouver un pays voisin auquel se comparer. Et à chaque fois, cela fait les choux gras de la presse. Mais personne ne se demande si le surplus de scans CT ou IRM que nous réalisons par rapport à un pays de référence, n'est pas lié à une plus grande accessibilité pour nos patients (d'ailleurs de nombreux patients viennent des Pays-Bas pour passer leur scan en Belgique). Ou plus important, ce nombre est peut-être aussi lié à des diagnostics plus rapides permettant des traitements plus rapides et de meilleurs pronostics.

Le nombre d'examens CT et RM augmente depuis 20 ans : entre l'an 2000 et aujourd'hui, le nombre annuel d'examens RM a été multiplié par cinq et le nombre d'examens CT a doublé. Contrairement à ce que l'on laisse souvent entendre, on ne constate à aucun moment, y compris récemment, une augmentation soudaine ou une accélération de la croissance : celle-ci est étonnamment linéaire et suit les tendances que l'on observe aussi globalement dans les soins de santé (nombre de consultations, nombre d'interventions chirurgicales, etc.). Les causes de cette augmentation constante sont diverses. La toute première est la croissance de la population belge.



Au 01/01/2023, il y a 11.697.557 d'habitants, ce qui représente une croissance de pas moins de 600.000 habitants en 10 ans (source : stabel.fgov.be). La population belge vieillit également, ce qui entraîne un surcroît de soins médicaux et de scanners. L'augmentation du nombre de cas de cancer entraîne certainement une demande croissante d'examens ; actuellement, le remboursement de chimiothérapies ou d'immunothérapies coûteuses dépend même d'un suivi fréquent par CT ou IRM. De plus, la technologie en matière d'imagerie médicale n'est pas en reste. Alors que dans le passé, l'imagerie médicale était presque synonyme d'évaluation anatomique à l'aide des rayons X et d'échographies classiques, cette évaluation à l'aide des CT et de l'IRM est aujourd'hui beaucoup plus détaillée et l'on peut aussi se concentrer sur le fonctionnement des organes grâce à des techniques telles que la perfusion, la diffusion et la spectroscopie. La génération actuelle de CT scans est assortie d'une série de mesures de diminution des doses, souvent basées sur l'intelligence artificielle, ce qui a définitivement relégué au rang de légende la méga-dose de rayons X qu'on leur associe.

Il n'est donc pas étonnant que les médecins préfèrent de plus en plus les CT scans ou les IRM aux radiographies classiques. Cette demande croissante est d'ailleurs un phénomène international. Alors qu'en 2000, la radiologie classique représentait encore 75 % de l'activité radiologique (hors connexisme), elle n'en représente plus que 60 % aujourd'hui. Cette évolution se poursuit encore aujourd'hui et c'est l'une des principales raisons pour lesquelles il ne faut pas s'attendre, dans le futur (proche), à des changements spectaculaires de la demande de CT ou d'IRM.

Surconsommation d'examens inutiles ?

Il importe de bien définir ce que sont les « examens inutiles ». Des exemples concrets sont par exemple des examens répétés dans un hôpital alors qu'ils ont été effectués récemment dans un autre hôpital (mais les images ne sont pas disponibles) ou la réalisation d'un deuxième examen après un premier examen inadéquat, voire inapproprié. Cependant, le critère le plus correct et le plus scientifique pour déterminer l'« inutilité » d'un examen est la conformité de l'examen demandé avec les directives pour le bon usage de l'imagerie médicale*. En effet, un examen qui, selon ces directives, est moins ou pas du tout adapté (ou « injustifié ») pour apporter une solution au problème posé, peut alors être qualifié d'« inutile ». Jusqu'à présent, seules des recherches fragmentaires ont été menées dans notre pays, de sorte que personne ne sait exactement combien d'examens sont effectivement injustifiés ou "inutiles". Autrement dit, personne ne sait si la « surconsommation » existe réellement et, si tel est le cas, quelle en est l'ampleur.

Or, la surconsommation est invariablement citée comme un fait établi, et l'on attribue de mauvaises intentions à ceux qui la prescrivent comme à ceux qui l'effectuent. Pourtant, tous les médecins sont soumis à une pression constante pour offrir le bon diagnostic et le bon traitement en toutes circonstances. L'ombre de la responsabilité médico-légale en cas d'erreur, en particulier dans les situations d'urgence, et la forte pression exercée par les patients qui ont besoin d'être rassurés « pour être sûrs », même pour des symptômes insignifiantes, planent tant sur les petits cabinets de soins de première ligne que sur les grands centres de soins de troisième ligne. Pour ces médecins, l'imagerie médicale est souvent un moyen puissant et évident de soulager les patients anxieux de leurs craintes. Par conséquent, même les examens qui ne sont pas tout à fait conformes aux directives ne peuvent pas être considérés comme « inutiles » en toutes circonstances.

Propositions de la Société belge de Radiologie

Depuis 2015, la SBR encourage l'implémentation de l'aide à la décision (« clinical decision support »). Il s'agit d'un système électronique qui aide le médecin généraliste ou le spécialiste prescripteur à choisir le bon examen radiologique pour chaque problème de santé ou symptôme, en accord avec les directives. Ce dossier est une priorité absolue pour la SBR, car il s'agit de la seule méthode « factuelle » permettant de quantifier enfin le nombre d'examens « inutiles » d'une manière scientifiquement responsable et de traiter à la source (c'est-à-dire lors de la prescription) la justification dans le schéma de la demande. Ce projet, mené en collaboration avec le SPF et l'INAMI, entre autres, a pu connaître des retards importants (le COVID-19 n'y est pas étranger), mais il a récemment repris sa vitesse de croisière. En outre, la SBR, avec l'appui de BELMIP (Belgian Medical Imaging Platform), préconise depuis des années l'utilisation correcte de l'imagerie médicale. La récente campagne « No scan without a plan » (www.geenscanzonderplan.be) en est un exemple parmi d'autres. Les radiologues militent

également pour le développement d'un « PACS national », c'est-à-dire des archives nationales d'images qui permettent de visualiser les images radiologiques partout, en dehors de l'endroit où elles ont été prises initialement. De cette manière, les examens « inutiles » répétés (en raison de l'indisponibilité des images initiales) peuvent être évités.

Avec toutes ces propositions et mesures, la Société belge de radiologie vise à encadrer correctement le rôle du radiologue et à dénoncer les caricatures, mais aussi à mettre en évidence la contribution importante d'une radiologie efficace dans le paysage des soins de santé.





Contributors BSR newsletter

◇ **Content creation:**

Tom De Beule, VBS & YRS

◇ **Graphic Design**

Paulien Leys & Tom De Beule

◇ **Translation & copywriting**

VBS

◇ **IT support**

Stefan Standaert

◇ **Final editing/Editor**

Tom De Beule

◇ **Publischer**

Piet Vanhoenacker

P924824