



BELGIAN SOCIETY
OF RADIOLOGY

Radiology Now

Official Newsletter of the BSR
October 2024



Dear Members,

We are pleased to present the new edition of our magazine Radiology Now.

The upcoming seasons promise again both a warm Indian summer and a potentially hotter winter.

In comparison, previous year we were debating the nomenclature reform and the demands of minister Vandembroucke concerning heavy medical imaging. One year later we are still confronted with the same problems and discussions remain vivid concerning population based heavy medical imaging. Because we believe this is not the solution, we remain determined in our responses. The future direction will be decided after the formation of our federal government...

The dogma's concerning heavy medical imaging remain in place. Often more than not we are confronted with damaging and polarizing tenacious journalism against medical doctors and in particular against our specialty. We try our utter best to redirect this image and to give correct objective data for the journalists to use. However, political agenda's influence journalism and redaction turns articles around. We stand for objective information and will always try to do so. Fortunately, we can count on the support of the syndicates and VBS in these matters.



On a brighter note, the year-end is approaching, and so is our annual symposium. This year's focus is on chest imaging, the event is organized by the YRS and Scientific Council.

We look forward to seeing everyone in person at the symposium.

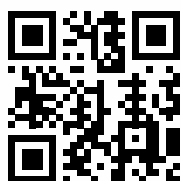
Good reading!

Tom De Beule
President BSR

BSR- meeting

16/11/2024

Please register online at



<https://www.bsr-web.be>

Registration fees

"Early bird" until 15/10/2024

BSR member	€ 120
Non-member	€ 300
Radiologist in training member	€ 50

After 15/10/2024 and on-site

BSR member	€ 140
Non-member	€ 320
Radiologist in training member	€ 60

Payment

Account name: Belgian Society of Radiology
IBAN: BE06 7360 6779 8822

Accreditation requested

Secretariat VBS-GBS

Address: Kroonlaan 20
Avenue de la Couronne 20
Brussel 1050 Bruxelles

Phone : 02 649 21 47
Fax : 02 649 26 90
Email: raf@vbs-gbs.org

Meeting Venue

Address:
KBC Group
Headquarters in Brussels
Havenlaan 2 Avenue du Port
Brussel 1080 Bruxelles

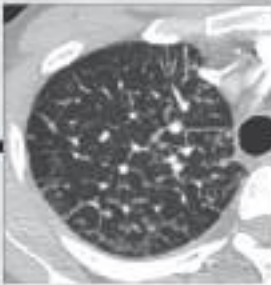
REGISTRATION INFO

MEETING SECRETARIAT

BSR Annual Meeting 2024

Chest Imaging

08.30 - 8.55	Coffee and croissants		
8.55 - 09.00	Introduction by YRS president Sébastien Bossens		
09.00-10h30	Session 1 an update on tumoral pathology and screening Moderator: Sami Marzouki	11.00 - 12.15	Sessions instruction HRCT in I Moderator
09.00 - 09.25	9th edition of TNM classification of lung tumor: what the radiologist needs to know Emanuele Di Dedda (UZ Leuven)	11.00 - 11.25	Interstitial lu Adriana Du
09.25 - 09.50	Killing the biggest cancer killer: an update on lung cancer screening prof. dr. Annemiek Snoeckx (UZA, Universiteit Antwerpen)	11.25-11.50	Connective interstitial li Cindy Mai (
9h50 - 10h15	Practical approach to diagnose "Drug Induced interstitial lung disease" prof. dr. Walter de Wever (UZ Leuven)	11.50-12.05	Lung fibrosi Essentials Perrine Can (CHU Liège)
	Q/A session		Q&A sessi
10.30 - 11.00	Coffee break	12.15-12.30	BSR presic Tom De Be
		12.30- 13.30	Lunch



s 2
al course on
LD
: Jarno De Craemer

ing disease: the basics
bbeldam (UZ Leuven)

tissue disease-associated
ing disease (CTD-ILD)
(UZA)

s on CT imaging :
and updates
ivet
Sart-Tilman)

on

dent's words
ule

13.30-15.30 Session 3
"Back to the basics"
Moderator: Helena Maes

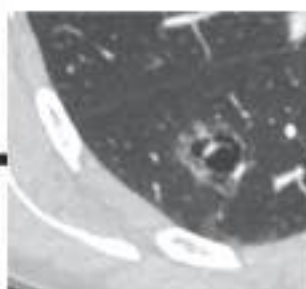
13.30 - 13.55 MIP and MinIP in practice:
diffuse nodules, mosaic
attenuation and other examples
Naïm Jerjir (VITAZ, Sint-Niklaas)

13.55 - 14.20 Pulmonary TBC made easy
Lieve Morbée
Robert Gosselin (UZ Gent)

14.20 - 14.45 Smoking-related lung disease
Bart Ilsen (UZ Brussel, VUB)

Q/A session

15.00 Farewell



Radiologen scannen 8 procent meer, maar dat kost ons 30 procent extra: enige verloren nuance...

De BSR hekelt de meerdere persberichten van de afgelopen dagen waarbij telkens vooral 1 beroepsgroep geïnterviewd wordt. De inhoud is onvolledig en op een aantal punten flagrant foutief. Vooral het feit dat personen geïnterviewd worden die de correcte duiding toevoegen, maar waarbij de passages intentioneel worden verwijderd uit de uiteindelijke tekst, is niet aanvaardbaar.

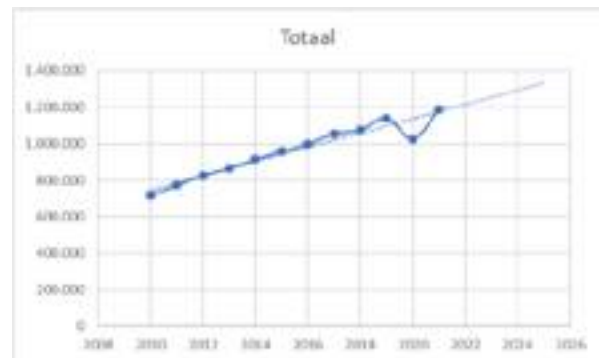


Fig. 1: Aantal MRI-onderzoeken per jaar sinds 2008. (Bron Riziv)

1. Sinds talrijke jaren is er geen overschrijding meer van het "gesloten" budget medische beeldvorming.

In de loop van de jaren is er een correcte maar budgettair vermoedelijk eerder beperkte shift geweest van RX-echo naar meer cross sectionele duurdere MRI en CT onderzoeken. Deze lineaire stijging van MRI-onderzoeken is gekend (Fig 1.). Echter, dit kan het budgetverschil maar gedeeltelijk verklaren. Radiologie is cruciaal geworden voor de diagnose, behandeling en opvolging.

De bepaling van het totale budget voor radiologie gebeurt jaarlijks. Deze wordt vastgelegd door het riziv met een groeimarge die tijdens de medicomut bepaald wordt. De groeimarge inclusief de index van dat jaar. Een indexsprong is ook al meerdere malen toegepast in het kader van herijking naar andere disciplines toe.

De consumptieprijsindex is inderdaad in totaal met 32% gestegen sinds 2013 (Fig 2.). Dit heeft overigens ook een belangrijk effect op de aankoopprijs van oa MRI en CT toestellen maar

ook het onderhoudscontract van een toestel, dat soms kan oplopen tot 100.000-150.000 euro per jaar per toestel. Hierbovenop zijn de kosten voor administratief en verpleegkundig personeel (betaald vanuit de radiologische honoraria) eveneens aanzienlijk gestegen door de indexatie. Contraststoffen en andere materialen zijn ook mee gestegen. Dit geldt natuurlijk ook voor de andere disciplines binnen de geneeskunde en voor de kosten in het ziekenhuis.

Belangrijk blijft dus te onderstrepen dat er sinds talrijke jaren geen overschrijding meer is geweest van het "gesloten" budget medische beeldvorming (artikel 17) dat dus wel onderhevig is aan de groeinorm en consumptieprijsindex. Een citaat met een procentuele stijging tov het aantal scans is hierbij te kort door de bocht. (Fig 3) Het betreft hier het totaal aantal onderzoeken binnen de radiologie (artikel 17



Fig 2. Index evolutie (info statbel)

en artikel 17bis.) inclusief dus echografie en rx. De indexaanpassing zoals in alle sectoren zorgt voor budgetstijging. Het buget beeldvorming van het connexisme wordt hierbij bv niet vergeleken (artikel ter en quater) dewelke hoogstwaarschijnlijk een zelfde evolutie ondergaan.

Een berekening op dezelfde data van het riziv en een uitzetting tov van de gezondheidsindex (Fig 4.) toont dat we eigenlijk dichterbij de index komen. Gecorrigeerd voor de inflatie in combinatie met het stijgende aantal duurdere crossectionele beeldvorming werken we vermoedelijk goedkoper per prestatie dan in 2013. (Fig 5: inflatie)

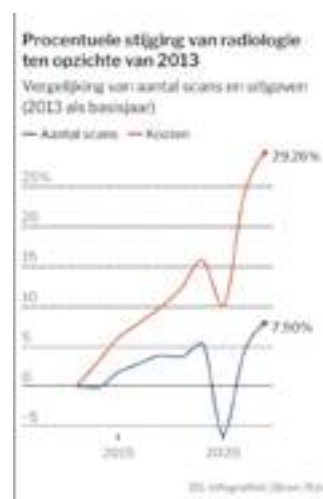


Fig 3. : grafiek De Standaard.

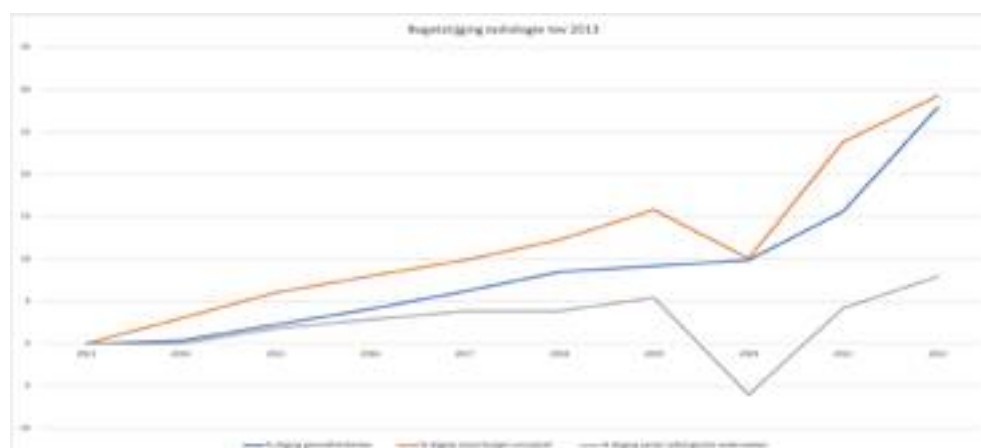


Fig 4: grafiek budget radiologie in vergelijking met de gezondheidsindex.

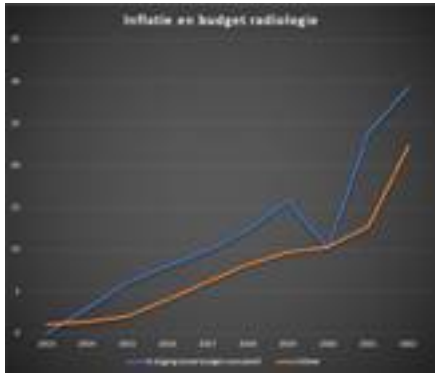


Fig5. Inflatie en het budget radiologie

2. Scanverslaving en overconsumptie:

De druk van patiënten én aanvragers (specialisten en huisartsen) 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 afwachtende houding 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 steevast 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 honorarium 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.

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).

Toch wordt steevast 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".

3. CT is geen stralenkanon.

Innovatie in de radiologie is gigantisch. De laatste jaren blijft de dosis van CT onderzoeken dalen. Een foto voor een niersteen is evenveel dosis als een CT scan voor dezelfde steen maar met een veel grotere kans op correcte detectie. Photon-counting CT maakt het mogelijk nog sneller te scannen en heeft door de dosisdaling zelfs terug een keuze om gebruikt te worden in kindergeneeskunde, in vergelijking met nu een algemene narcose onder MRI.

Hierbij zijn bv de CT onderzoeken de laatste jaren ook steeds belangrijker geworden voor onder andere oncologische follow-up in het kader van zeer dure maar effectieve immunotherapie waarbij de frequentie van opvolging met beeldvorming verkort is van 6 maand naar 2 maand. Een ander voorbeeld is cardiale CT waarbij een invasief onderzoek soms kan vermeden worden of net tijdig gedetecteerd kan worden dat een hartoperatie noodzakelijk is.

4. Innovatie in de radiologie als diagnose maar ook als behandelingstool

Bijvoorbeeld herseninfarcten met grote klonters en halfzijdige verlammingen worden behandeld door radiologen via de slagader in de lies. Deze behandeling bestaan reeds sinds 2014 zonder op dat moment ondersteuning van het riziv. De radiologen hebben dit onmiddellijk onder de arm genomen en de nodige behandelingen uitgevoerd ondanks dat deze zeer duur zijn, maar het effect op een patient is te ingrijpend met soms in 1 op 3 volledige recuperatie. Interventieradiologie is eveneens in andere settings een levensreddende miniaal invasieve ingreep dewelke reeds jaren uitgevoerd wordt zonder adequaat budget.

5. Clinical decision support: het juiste beeld op de juiste plaats!

Sinds 2015 trekt de BSR 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





goede uitrusting waardoor de stralingsdosis naar beneden is gegaan, waardoor we voldoende kunnen scannen en niet in een wachtlijstensysteem zoals in de UK terecht komen of een extreme expansie van een geneeskunde voor de rijken terecht komen.

Het lijkt dat alle argumenten die een bepaalde stelling, door journalisten nagestreefd, ontkracht of afzwakt professioneel worden weg gelaten en dus intentioneel leiden tot desinformatie.

is met de Richtlijnen. Dit dossier is bij uitstek prioritair voor de BSR, omdat het de enige “evidence-based” methode is om justificatie in het aanvraagpatroon verankerd te krijgen en aldus het aantal “onnodige” (we verkiezen niet-gejustificeerd) onderzoeken op wetenschappelijk verantwoorde manier eindelijk eens exact te kwantificeren en tijdig (namelijk tijdens het voorschrijven) aan te kunnen 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 met vermoedelijk implementatie tegen eind 2026.

Recent onderzoek heeft zelfs reeds aangetoond dat we in België eigenlijk al een koploper zijn in deze justificatie. Ten op zichte van een aantal andere Europese landen hebben we een reeds een gepast onderzoek in bijna 90% van de gevallen. We gaan verder door tot 100%!

6. Radiologie is de nexus van de gezondheidszorg

Medische beeldvorming is dus duidelijk cruciaal in deze tijd, ondertussen bestaan er bijna 17 subspecialisaties en is radiologie alom tegenwoordig. Radiologie redt indirect dus levens. Tijdige borstkankerscreening, detectie van tumoren, scans na een ongeval, herseninfarcten, hartinfarcten en zo meer. Telkens staat radiologie centraal en is de toegankelijkheid fantastisch in België met een

De toegankelijkheid van onze gezondheidszorg is groot, de uitdagingen voor de toekomst enorm maar laten we het kind niet met het badwater weggooien zoals het limiteren van het aantal onderzoeken en de terugbetaling in de medische beeldvorming. Radiologie en beeldvorming is cruciaal in de gezondheidszorg. De BSR blijft dan ook constructief meewerken aan de herijking van de nomenclatuur voor radiologie en over de hele geneeskunde met een verdere optimalisatie van het gebruik en uitvoering van de beeldvorming in België.



Tom De Beule
President BSR

Frédéric Alexis
Vicevoorzitter van de BSR

Les radiologues réalisent 8 % de scanners en plus, mais cela nous coûte 30 % de plus : une nuance oubliée ...

La SBR déplore la publication de plusieurs articles de presse parus ces derniers jours qui visent à chaque fois un groupe de professionnels en particulier. Le contenu de ces articles est incomplet et comporte des erreurs en plusieurs points. Le plus inacceptable est que des personnes interviewées ont donné des informations correctes mais que certains passages semblent avoir été intentionnellement supprimés ou omis dans le texte final.

1. Depuis de nombreuses années, le budget "fermé" de l'imagerie médicale n'est plus dépassé

Au fil des ans, une transition correcte, mais sans doute limitée budgétairement, a été observée entre l'échographie et les radiographies vers des examens d'imagerie en coupes IRM et CT plus coûteux. L'augmentation linéaire des examens d'IRM est bien connue (Fig. 1). Ces éléments ne peuvent expliquer qu'en partie la différence budgétaire. La radiologie est devenue essentielle pour le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.

Le budget total de la radiologie est déterminé chaque année. C'est l'INAMI qui le détermine avec une marge de croissance fixée en commission nationale médico-mutuelliste.

La marge de croissance comprend l'indice de l'année en cours. Un saut d'index a déjà été appliqué à plusieurs reprises dans le cadre d'une réévaluation destinée à d'autres disciplines.

On constate que l'indice des prix à la consommation a augmenté de 32% au total depuis 2013 (Fig. 2). Cela influence considérablement le prix d'achat des appareils IRM et CT entre autres, mais aussi le contrat d'entretien d'un appareil qui peut parfois

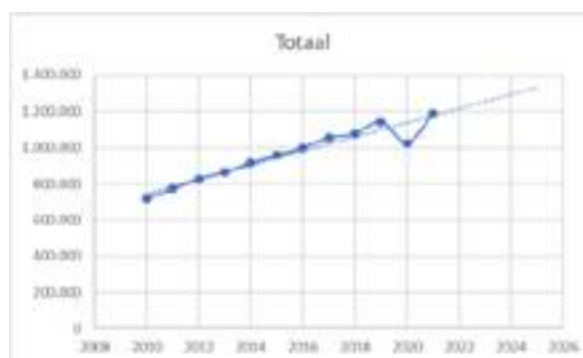


Fig. 1: Nombre d'examens d'IRM par an depuis 2008 (source INAMI)

s'élever à 100 000-150 000 par an et par appareil sans oublier le coût du personnel administratif et paramédical à charge des honoraires. Les agents de contraste et autre matériel ont aussi augmenté significativement. Bien entendu, cela s'applique aussi aux autres disciplines médicales et pour les coûts de l'hôpital.

Il reste donc important de souligner que depuis de nombreuses années, il n'y a plus eu de dépassement du budget « fermé » de l'imagerie médicale (article 17), budget qui est soumis à la norme de croissance et à l'indice des prix à la consommation.

Il serait trop simpliste de citer un pourcentage d'augmentation par rapport au nombre d'examens par scanner (Fig. 3). Il est question ici du nombre total d'examens en radiologie (article 17 et article 17bis), y compris l'échographie et les rayons X. L'adaptation de l'index, comme dans tous les secteurs, entraîne une augmentation du budget. Le budget d'imagerie pour le



Fig 2. Évolution de l'indice (info Statbel)

connexisme n'est pas comparé ici (article 17 ter et quater), et connaîtra probablement la même évolution.

Un calcul sur les mêmes données de l'INAMI et une représentation graphique par rapport à l'indice de santé (Fig. 4.) montrent que nous nous rapprochons en fait de l'indice. Corrigé en fonction de l'inflation et du nombre croissant d'imageries en coupes (CT et IRM) plus coûteuses, il est probable que le coût par prestation soit moins élevé qu'en 2013 (Fig. 5 : inflation).

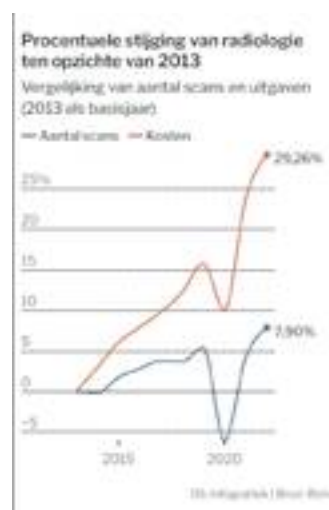


Fig 3 : Graphique De Standaard.

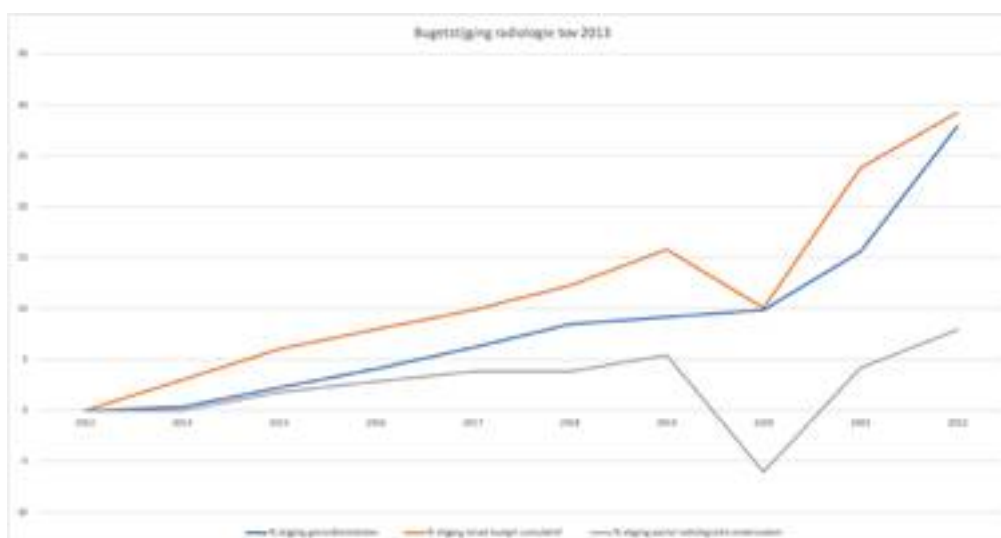


Fig. 4 : Graphique du budget de la radiologie comparé à l'indice de santé

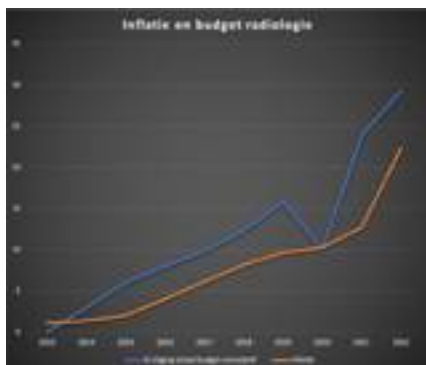


Fig 5. Inflation et budget de radiologie

2. Accros au scanner et surconsommation

La pression exercée par les patients et les prescripteurs (spécialistes et généralistes) pour la réalisation d'examens radiologiques – même si à première vue ceux-ci ne sont pas pertinents – a augmenté très fortement ces dernières années. L'aversion générale de la société vis-à-vis de l'incertitude explique que les patients ne se contentent plus d'attendre quand leurs symptômes ne sont pas définis ou sont plutôt modérés.

Le citoyen informé souhaite systématiquement un examen radiologique qui lui donne une vue d'ensemble de son corps et des certitudes. Si bien que le radiologue peut parfois difficilement refuser d'effectuer des examens.

Mais l'élément le plus important qui est rarement évoqué, assez curieusement, est que le budget d'imagerie médicale est fermé. Tout dépassement budgétaire éventuel doit être compensé jusqu'au dernier cent, et l'histoire a prouvé à maintes reprises que cette compensation est non seulement toujours imputée aux radiologues (et non aux référents) mais aussi que cela n'a pas le moindre effet sur le comportement des prescripteurs. Les radiologues et/ou directeurs (hospitaliers) dont l'objectif serait d'atteindre un bilan positif au moyen d'examens d'imagerie supplémentaires (en y encourageant leurs référents par exemple) ne peuvent agir ainsi qu'aux dépens des autres radiologues et/ou services qui doivent se résigner

à recourir moins à l'imagerie. Mais si tout le monde poursuit l'objectif d'un bilan positif, le budget s'effondre : il ne faut pas être très doué en calcul pour comprendre que l'augmentation du nombre d'examens dans le cadre du même budget va de pair avec une diminution du remboursement par examen. Autrement dit, de plus en plus de travail pour le même montant d'honoraires. C'est donc apparemment de cela que les radiologues sont soupçonnés... Ainsi, ce n'est pas un hasard si les radiologues collaborent avec les pouvoirs publics depuis des années, de manière constructive, afin de rationaliser l'imagerie médicale grâce à des initiatives comme l'aide active à la décision, avec des campagnes de sensibilisation et de responsabilisation, tant des médecins prescripteurs que des radiologues.

Cela fait 20 ans que le nombre d'examens de CT et d'IRM augmente : entre l'an 2000 et aujourd'hui, le nombre annuel d'examens d'IRM a été multiplié par cinq et celui des examens de CT a doublé. Contrairement aux idées reçues, à aucun moment, y compris récemment, il n'y a eu d'augmentation ou accélération soudaine de la croissance : cette croissance est linéaire et suit la même tendance que celle que l'on observe globalement dans les soins de santé (nombre de consultations, d'interventions chirurgicales etc.).

Cependant, la surconsommation est constamment évoquée comme un fait établi et de mauvaises intentions sont prêtées aux prescripteurs et prestataires. Pourtant, tous les médecins sont soumis à une pression constante qui les contraint à proposer le bon diagnostic et le bon traitement en toutes circonstances. Le spectre 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 veulent être rassurés « par précaution », même pour des symptômes anodins, ne cessent de hanter le cabinet de soins de première ligne comme le grand centre de troisième ligne. L'imagerie médicale est souvent un instrument puissant et incontournable qui

permet à ces médecins d'apaiser les craintes de leurs patients anxieux. Par conséquent, même les examens qui ne sont pas tout à fait conformes aux lignes directrices ne peuvent pas être considérés comme « inutiles » en toutes circonstances.

3. Le CT n'est pas un canon à rayons

L'innovation en radiologie est considérable. Ces dernières années, la dose de rayons X des examens de CT n'a cessé de diminuer. Une radiographie pour un calcul rénal nécessite dorénavant presque la même dose qu'un CT scan pour le même calcul, mais avec une chance beaucoup plus élevée de détection correcte.

Le CT à comptage photonique permet un balayage encore plus rapide et, en raison de la réduction du dosage, il peut même être de nouveau utilisé en pédiatrie, au lieu de l'anesthésie générale sous IRM actuellement pratiquée pour certains examens.

Ces dernières années, les examens de CT sont aussi devenus de plus en plus importants

notamment pour le suivi oncologique dans le contexte d'immunothérapies très coûteuses mais efficaces, pour lesquelles la fréquence du suivi par imagerie a été ramenée de 6 à 2 mois. Un autre exemple est le CT cardiaque, qui permet parfois d'éviter un examen invasif ou de détecter à temps qu'une intervention de chirurgie cardiaque est nécessaire.

4. Innovation en radiologie : outil de diagnostic mais aussi de traitement

Les infarctus cérébraux caractérisés par de gros caillots responsables d'hémiplégies sont par exemple traités par les radiologues via l'artère de l'aine. Ce traitement existe depuis 2014 même s'il n'était pas soutenu par l'INAMI à l'époque. Les radiologues l'ont immédiatement pris à leur compte et ont effectué les traitements nécessaires bien qu'ils soient très coûteux, mais l'effet pour le patient est vraiment radical avec parfois une guérison complète dans 1 cas sur 3. La radiologie interventionnelle est aussi, dans d'autres contextes, une procédure mini-invasive qui sauve des vies (embolisation d'hémostatse, oncologies,...) et qui est pratiquée depuis des années sans budget adéquat.





5. Clinical decision support: la bonne image au bon endroit !

Depuis 2015, la SBR est le moteur de la mise en œuvre de l'aide à la décision (« clinical decision support »). C'est un système électronique qui aide le médecin généraliste ou spécialiste prescripteur à sélectionner le bon examen radiologique conforme aux directives pour chaque problème de santé ou symptôme. Ce dossier est une priorité absolue pour la SBR, car il s'agit de la seule méthode « evidence-based » permettant de formaliser la justification dans le modèle de demande et donc de pouvoir enfin quantifier avec précision le nombre d'examens « inutiles » (nous préférons non-justifiés) d'une manière scientifiquement fondée et de les prévenir en temps opportun (c'est-à-dire lors de la prescription). Ce projet mené en collaboration avec le SPF et l'INAMI entre autres, a subi des retards importants (le Covid-19 n'y est pas étranger), mais a récemment repris sa vitesse de croisière avec une implémentation probable pour fin 2026.

En fait, des études récentes ont déjà montré qu'en Belgique, nous sommes déjà à l'avant-garde dans le domaine de la justification. Par rapport à d'autres pays européens, les examens que nous proposons sont appropriés dans près de 90 % des cas. Nous poursuivrons dans cette voie pour espérer atteindre 100 % !

6. La radiologie est au cœur des soins de santé

L'imagerie médicale est donc clairement essentielle à notre époque: en effet, il existe aujourd'hui près de 17 sous-spécialisations et la radiologie est omniprésente. La radiologie permet donc indirectement de sauver des vies. Dépistage précoce du cancer du sein, détection de tumeurs, scanners après un accident, infarctus cérébraux, crises cardiaques, etc. À chaque fois, la radiologie est au cœur des soins avec une accessibilité exceptionnelle en Belgique grâce à des équipements de qualité qui ont permis de réduire la dose d'irradiation, ce qui permet réaliser les examens facilement et de ne pas se retrouver dans un système de liste d'attente comme au Royaume-Uni ou de développer à l'extrême une médecine pour les nantis.

Il semble que tous les arguments qui réfutent ou affaiblissent une thèse particulière avancée par les journalistes, soient professionnellement omis et conduisent donc intentionnellement à la désinformation.

L'accessibilité de nos soins de santé est grande, les défis pour l'avenir sont considérables, une limitation du nombre d'examens par appareils et leur remboursement en imagerie ne paraît dès lors pas envisageable. La radiologie et l'imagerie sont capitales pour les soins de santé. La SBR continuera donc à contribuer de manière constructive à la réévaluation de la nomenclature et à l'optimisation de l'utilisation et de la mise en œuvre de l'imagerie en Belgique.

Tom De Beule
Président de la SBR

Frédéric Alexis
Vice-Président de la SBR

Persbericht BVAS, VBS, BSR

2/09/2024

De kosten van de radiologische onderzoeken zijn in België tussen 2013 en 2022 met 29,26% gestegen, schrijft de Standaard op 29.08.2024, terwijl het aantal scans maar met 7,90% gestegen is. Deze cijfers verdienen enige kadering en nuance.

In dezelfde tijd steeg ook het Budget Financiële Middelen met 29,43%. Het budget financiële middelen is het budget dat de ziekenhuizen voor hun werking krijgen van de overheid. Het aantal ziekenhuisbedden en het aantal ziekenhuizen namen, over dezelfde periode, gevoelig af, terwijl toch aan meer patiënten zorg kon verleend worden.

Deze sluiting van bedden is goed, omdat er een nijpend gebrek is aan zorgpersoneel. Maar bedden sluiten en toch zorg bieden, veronderstelt een omslag van meerdaagse opnames naar daghospitalisatie. Dat was alleen mogelijk als ook de medische beeldvorming investeerde in een performant toestellenpark met een kortere duur per onderzoek.

Daarnaast moeten de radiologen de patiënten aan steeds lagere stralingsniveaus blootstellen. Ook dit kan enkel met krachtigere toestellen. Het is nu in vele gevallen zelfs mogelijk om kleine kinderen vlot te scannen zonder ze vooraf in slaap te doen.

In België ligt het gebruik van CT-scans, die straling verwekken, boven het Europese gemiddelde en ligt het gebruik van MRI-scans, die geen straling verwekken, maar wel veel duurder zijn en per onderzoek langer duren, lager dan het Europese gemiddelde. Ook daar werd fors geïnvesteerd om steeds meer oplossingen aan te bieden met MRI-scanners dan met CT-scanners.

Om dit allemaal verwerkt te krijgen in een steeds afnemend aantal ziekenhuizen, draaien

de radiologie-afdelingen overuren. Vele MRI-afdelingen zijn ook 's nachts en in het weekend open.

Het budget medische beeldvorming is dus niet meer gegroeid dan het budget dat de ziekenhuizen vragen, terwijl de radiologen er wel in slagen tegemoet te komen aan de eisen voor sneller onderzoek, dagklinische behandelingen, minder straling, diepgaandere en verfijndere diagnostiek, om nog maar te zwijgen van de 'interventionele radiologie', waarmee langs kleine toegangen in de bloedvaten zeer moeilijke en anders onbereikbare plaatsen worden bereikt om aandoeningen veilig te behandelen ter vervanging van zeer zware en dure operatieve ingrepen.

Het is niet verwonderlijk dat radiologen onder zeer grote druk staan en dat jongeren er tegenop zien om zo'n zware opleiding te volgen, met lange werkdagen en wachtdiensten 's nachts en in het weekend. De Standaard schrijft dat de radiologen een medische toppositie innemen. Een medische toppositie kan enkel verworven worden met een hoogstaande opleiding en hoogstaande kwaliteit.

Die is er.

Dr. Johan Blanckaert, voorzitter BVAS

Dr. Stan Politis, voorzitter VBS

Dr. Tom De Beule, voorzitter BSR

Communiqué de presse ABSyM, GBS, SBR 2/09/2024

Le coût des examens radiologiques a augmenté de 29,26% en Belgique entre 2013 et 2022, peut-on lire dans le quotidien flamand De Standaard du 29.08.2024, alors que le nombre de scanners n'a augmenté que de 7,90%. Ces chiffres méritent un peu de contexte et de nuance.

En même temps, le Budget des Moyens Financiers (BMF) a également augmenté de 29,43%. Le BMF est le budget que les hôpitaux reçoivent des autorités pour leur fonctionnement. Le nombre de lits d'hôpitaux et le nombre d'hôpitaux ont diminué de manière significative au cours de la même période, tout en étant en mesure toutefois de fournir des soins à un plus grand nombre de patients.

Cette fermeture de lits est une bonne chose car il y a une grave pénurie de personnel soignant. Mais fermer des lits tout en continuant à prodiguer des soins suppose que l'on passe d'hospitalisations de plusieurs jours à l'hospitalisation de jour. Cela n'a été possible que si l'imagerie médicale investissait également dans un parc de machines performantes avec des durées d'examen plus courtes.

Par ailleurs, les radiologues exposent les patients à des niveaux de radiation de plus en plus faibles. Cela aussi ne peut se faire qu'avec des appareils plus efficaces. Dans de nombreux cas, il est même possible aujourd'hui de scanner des enfants en bas âge sans les endormir au préalable.

En Belgique, le recours au scanner, qui génère des radiations, est supérieur à la moyenne européenne et le recours à l'IRM, qui ne génère pas de radiations mais qui est beaucoup plus cher et prend plus de temps par examen, est inférieur à la moyenne européenne. Un investissement substantiel a également été

consenti à ce niveau-là pour offrir de plus en plus de solutions avec des scanners IRM qu'avec des scanners CT.

Pour pouvoir réaliser tous ces examens dans un nombre d'hôpitaux de plus en plus réduit, les services de radiologie font des heures supplémentaires. De nombreux services d'IRM sont également ouverts la nuit et le week-end.

Ainsi, le budget de l'Imagerie médicale n'a pas dépassé le budget demandé par les hôpitaux, alors que les radiologues parviennent à répondre aux exigences d'examens plus rapides, de traitements en hôpital de jour, de moins de radiations, de diagnostics plus approfondis et plus affinés, sans parler de la « radiologie interventionnelle », qui utilise de petits points d'accès dans les vaisseaux sanguins pour atteindre des zones très difficiles et autrement inaccessibles pour traiter en toute sécurité des pathologies au lieu d'avoir recours à des procédures chirurgicales très lourdes et très coûteuses.

Il n'est pas surprenant que les radiologues soient soumis à une très forte pression et que les jeunes hésitent à suivre une formation aussi lourde, avec de longues journées de travail et des gardes la nuit et les week-ends. De Standaard écrit que les radiologues occupent une position médicale de premier plan. Une position médicale de premier plan ne peut être acquise qu'avec une formation de haut niveau et de grande qualité, et c'est le cas.

Dr Johan Blanckaert, Président de l'ABSyM

Dr Stan Politis, Président du GBS

Dr Tom De Beule, Président de la SBR

Membership 2025 News

Starting the 17th of November, renewal of your membership for 2025 will be possible. Simply go to www.bsr-web.be/login and after logging in to your account, an automatic message for renewal will be visible. If you are part of a group membership, please ask the responsible person to contact info@bsr-web.be for more information on the procedure, if they haven't already received an email about renewal of the group membership.

What is new for 2025?

- Radiologists who are part of a group membership will receive an individual statement for their tax return.
- Associations of less than 10 radiologists will also enjoy a minimal reduction of 10%, if and only if all members of the association join in the group membership. (This does not apply to associations with only one radiologist member.)
- Due to rising costs (especially higher publication costs of the journal, the judicial costs, as well as inflation related costs), we have been forced to review the membership fees. Membership fees as of the year 2025 will be:

€500 for a full membership
€65 for a resident membership



However, we hope that making group membership possible for smaller associations will allow more of our members to enjoy the reduction of 10%.

Please be advised that the membership fee is a 100% deductible cost in your tax return!

The reduction rates for group memberships are:

- Up to 15 members: -10%
- Up to 25 members: -20%
- 26 members and more: -30%

Short recapitulation of the advantages of membership:

- Remain up to date on all the latest news: through email and on paper with our newsletter Radiology Now, which appears 4 times a year
- Free publication in our open access peer-review Journal of the Belgian Society of Radiology
- Attend section meetings in the subspecialty field of your interest for free and receive accreditation points
- Publish Jobs and News items on our website for free
- Enjoy a reduced entrance fee for the Annual Symposium
- Automatic membership of the ESR and ESNR
- Your contribution aids the professional defense

Astrid Vanhoywegen
Treasurer of the BSR

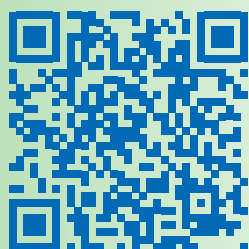


Webinar VBS-GBS Radioprotectie

PROGRAM

20.00-20.10	Introduction Dr. Marc Brosens VBS
20.10-20.40	Radiation protection: regulatory update and specific concerns Dr. Sc. Katrien Van Slambrouck FANC-AFCN
20.40-20.45	Questions
20.45-21.15	How to avoid unnecessary radiation: radioprotection issues for radiologists and non-radiologists Dr. Tom Mulkens Heilig Hartziekenhuis Lier
21.15-21.20	Questions
21.20-21.50	Optimizing the use of X-ray C-arms for patient protection Dr Michaël Dupont CHU-UCL Namur
21.50-22.00	Questions and closing

REGISTRATION



Contact: raf@vbs-gbs.org

Members €30 (discount code 2210)

Non-members €50

Accredited in Ethics and Economics – Certified by FA
as a continuing education activity.

Registration: <https://attendee.gotowebinar.com/register>



NC-AFCN

er/1629073153907263576



Contributors BSR newsletter

- ◇ **Content creation:** Piet Vanhoenacker, Tom De Beule ,
Frédérrik Alexis, Astrid Vanhoywegen,
VBS & YRS
- ◇ **Graphic Design** Paulien Leys &
Tom De Beule
- ◇ **Translation & copywriting** VBS
- ◇ **Final editing** Tom De Beule
- ◇ **Publisher** Piet Vanhoenacker