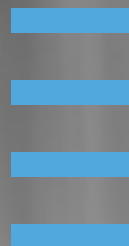




BELGIAN SOCIETY
OF RADIOLOGY

Radiology Now

Official Newsletter of the BSR
July 2024



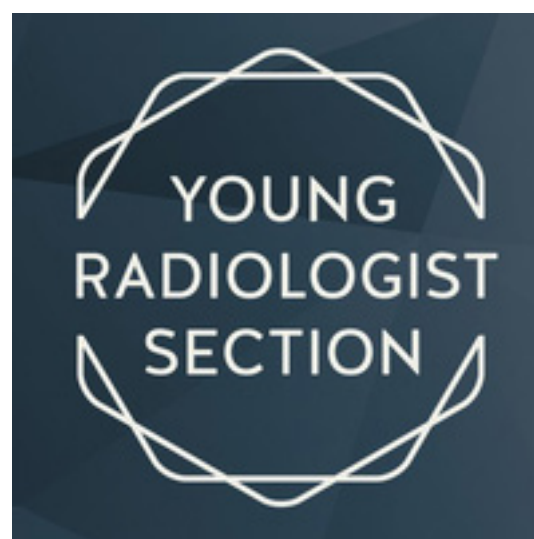


July 2024



Save the Date Annual meeting BSR

16-11-2024



July 2024

Persbrief 10/6/2024: RADIOLOGISCHE ERRORS : Caveat emptor

Inleiding:

Fouten ("Errors") en discrepanties in de radiologische praktijk zijn ongewenst. Een geschatte dag-op-dag ratio van 3-5% wordt gerapporteerd in meerdere studies. Belangrijker is de juiste betekenis van deze termen: error en discrepantie staat niet gelijk aan medische nalatigheid of fout. Radiologie staat heel centraal in de moderne diagnostische geneeskunde, zonder radiologische diagnose kan je een patiënt vaak geen therapie mogelijk. Het belang van een correcte diagnostiek kan niet genoeg benadrukt worden. Het feit dat radiologie centraal staat werkt eveneens interpretatieve errors in de hand. Echter de omschrijving van wat nu een error in de radiologie juist is, vergt verdere verduidelijking.

"Error" in radiologie:

Ongeveer 1 biljoen radiologische onderzoeken worden wereldwijd jaarlijks uitgevoerd, de meerderheid hiervan wordt beoordeeld door radiologen. De meeste wetenschappelijke verengingen zijn akkoord dat een radiologisch verslag moet gemaakt worden met een expert radiologische opinie. Een radiologisch verslag vertegenwoordigt een klinische consultatie met een opinie als resultaat. In veel gevallen wordt de radiologische interpretatie bepaald door klinische omstandigheden van de patiënt, voorgeschiedenis, voorgaande beeldvorming, en andere. Radiologische studies zijn verre van binair in hun beoordeling (normaal vs abnormaal; kanker vs "all-clear").

De terminologie "error" impliceert dan ook dat er geen discussie meer mogelijk is over wat correct is. Een gemiste afwijking kan volledig zonder gevolgen zijn voor de patiënt of kan net cruciaal zijn voor zijn behandeling.

Mogelijke oorzaken van deze "errors" in de radiologie:

Volgens wetenschappelijke literatuur zijn er 3-5% errors en discrepanties dag-tot-dag wereldwijd in de studie van Brady et al. (2016)

In 5-9% van de radiologische RX-onderzoeken op spoedgevallen is er een verschil van mening bij de interpretatie van deze onderzoeken wanneer bekeken door twee observatoren.

(Error incidentie per observator van 3-6%, Robinson et al.) Bruno et al. (2015) onderzocht de epidemiologie van fouten in diagnostische radiologie door een classificatie van fouten van radiologen te presenteren en mogelijke onderliggende oorzaken te verkennen. Het benadrukt voornamelijk het belang van het identificeren en aanpakken van de kernoorzaken van deze fouten. (Table 1)

Examples of cognitive biases likely to feature in faulty radiological thinking [1, 42]

Bias	Explanation
Anchoring bias	During the process of reporting a study, the radiologist fixes upon an early impression, and fails to adapt or change that view, discounting any subsequent information that may conflict
Framing bias	The radiologist is unduly influenced by the way the question or problem is framed, e.g. if the clinical information provided in a request for a CT states "young patient with palpable mass, probable Crohn's disease", a bowel mass may be interpreted as being likely due to Crohn's, discounting possible malignancy
Availability bias	Tendency to suggest diagnoses that readily come to mind.
Confirmation bias	Tendency to seek evidence to support a diagnostic hypothesis already made, and to ignore evidence refuting that hypothesis
Satisfaction of search	Tendency to stop looking for additional abnormal findings on a study once an initial probable diagnosis is identified
Premature closure	Tendency to accept a diagnosis before proof or verification is obtained
Outcome bias	Naturally empathic inclination to favour a diagnosis that will result in a more favourable outcome for the patient, even if unsupported by evidence
Zebra retreat	Inclination of a radiologist to hold back from making a rare diagnosis due to lack of confidence about reporting such

Busby et al. (2018) en Itri et al. (2018) benadrukken dat cognitieve vooroordelen, zoals onder andere 'satisfaction of search', een belangrijke rol spelen bij diagnostische fouten (cfr Table 1 en Table 2.) in radiologie. Het is cruciaal deze bias te begrijpen om fouten te verminderen en de kwaliteit van interpretaties te verbeteren. Egri et al. (2018) onderstrepen het belang van het analyseren van procesfouten in abdominale beeldvorming, waarbij zowel individuele als systemische factoren worden aangepakt om de patiëntenzorg te verbeteren.

July 2024

Kim & Mansfield radiologic error categorization, 2014 [28]

Error type	Explanation	%
Under-reading	Abnormality visible, but not reported (Fig. 2)	42%
Satisfaction of search	After having identified a first abnormality, radiologist fails to continue to look for additional abnormalities (Fig. 3)	22%
Faulty reasoning	Abnormalities identified, but attributed to wrong cause	9%
Abnormalities outside area of interest (but visible)	Many on first or last image of CT or MR series, suggesting radiologist's attention not fully engaged at beginning or end of reviewing series (Fig. 4)	7%
Satisfaction of report (alliterative reasoning [29])	Uncritical reliance on previous report in reaching diagnosis, leading to perpetuation of error through consecutive studies	6%
Failure to consult prior imaging studies		5%
Inaccurate or incomplete clinical history		2%
Correct report failing to reach referring clinician		0.08%

Onderbrekingen in de radiologische verslaggeving kunnen een oorzaak zijn van fouten in radiologie. Radiologen hebben een uitgebreid bijkomend takenpakket tijdens de beeldvorming interpretatie zoals continue beantwoorden op vragen van verwijzers collega's, supervisie van scanprotocols, en andere. Het optimaliseren van de werkplekken is hierdoor cruciaal om onderbrekingen te minimaliseren en de diagnostische nauwkeurigheid te verhogen (Banziger et al., 2022) (Fig 1.). Daarnaast is de workload de laatste jaren ook sterk toegenomen met een grote toename in data- en werk-intensieve cross-sectionele beeldvorming (CT en MRI). Op 3 jaar tijd is bv het aantal beelden toegenomen met 50-75% per verschillende lichaamsdeel. Door de enorme vooruitgang in de radiologie is de complexiteit van de medische beeldvorming toegenomen. Nauwkeurige beelden kunnen genomen worden met veel meer informatie. Als de complexiteit toeneemt stijgt ook het risico dat

er iets misloopt. Radiologen dienen zich dan ook continu bij te scholen om deze beelden juister te kunnen interpreteren. Door deze stijging in de complexiteit is er bijkomende superspecialisatie bij de radiologie. Bijvoorbeeld Abdominale radiologie, pediatrische radiologie.

Mogelijke oplossingen:

- Peer review-processen bieden waardevolle leermogelijkheden en helpen bij het identificeren van foutpatronen in diagnostische radiologie (Scali et al., 2017).
- Gestandaardiseerde rapportagesystemen kunnen helpen de fouten in radiologische rapporten te verminderen en de algehele kwaliteit van interpretaties te verbeteren (Hawkins et al., 2014).
- De snelle toegang tot radiologische beeldvorming kan eveneens errors in de hand werken. Een goede relatie tussen de verwijzer en de radioloog kan een interpretatie van een bevinding verbeteren.
- Aanpassingen van de werkruimte in het kader net van al deze variabelen voor de interpretatie van een radiologisch onderzoek.

Artificial intelligence:

De oplossing voor al deze problemen lijkt niet artificial-intelligence te zijn. Artificial intelligence in radiologie is voornamelijk gebaseerd op patroon herkenning en detectie van afwijkingen.



FIG 2. This graph shows variation in the total number of interruptions by time of day during the entire day.



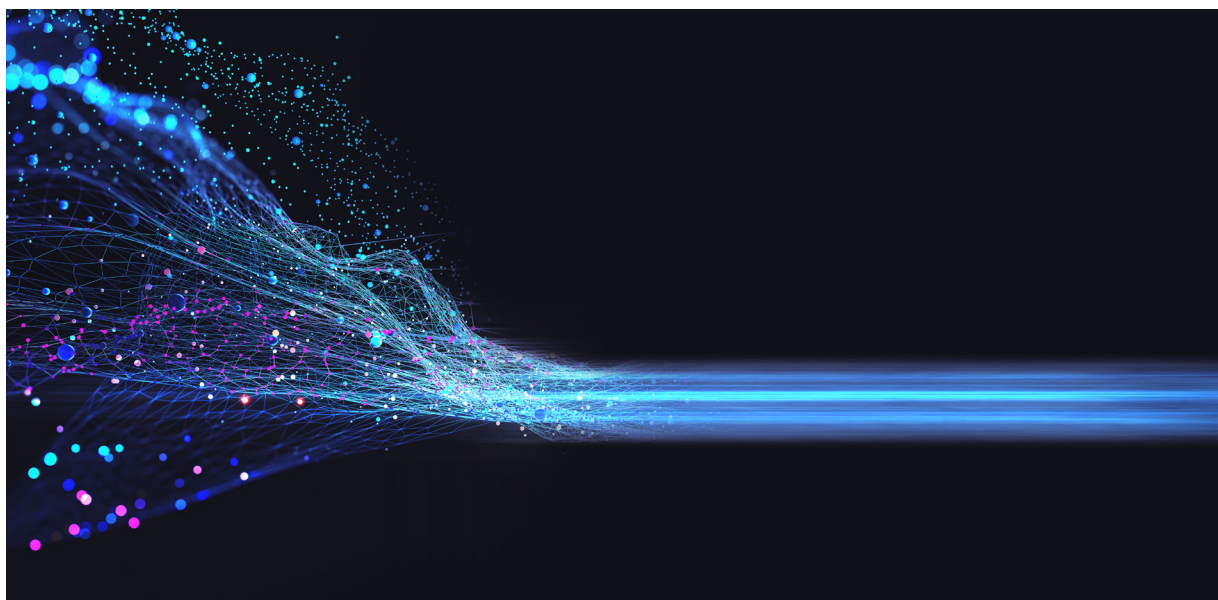
Deze technologie kan een oplossing bieden voor bv "satisfaction of search"- error met het missen van bijkomende elementen. Het werk van de radioloog zal echter niet vervangen kunnen worden maar kan helpen in detectie van bepaalde afwijkingen. De interpretatie van de radiologische bevindingen zijn nog steeds een heel andere zaak

Conclusie:

Errors in de radiologie worden voornamelijk veroorzaakt door onderbrekingen in de verslaglegging, de toegenomen workload en complexiteit van de onderzoeken. Een foutenmarge is op zich geen perfecte graadmeter voor het perfecte verslag. De type van fout en het effect op de patient en het behandeltraject is zeer belangrijk. Sommige bevindingen hebben helemaal geen effect op de uitkomst voor de patient en worden niet vermeld, als je echter een curciaal afwijking mist is dit dodelijk. De werkdruk blijft dan ook zeer hoog.

Piet Vanhoenacker
President Scientific council BSR

Tom De Beule
President BSR



July 2024

La lettre à la presse 10/6/2024: ERREURS EN RADIOLOGIE : Caveat emptor

Introduction :

Les erreurs (errors) et discordances d'interprétation dans la pratique radiologique ne sont pas souhaitables. Plusieurs études font état d'un taux quotidien estimé à 3-5%. Ce qui est plus important, c'est la signification correcte de ces termes : erreur et discordances ne sont pas synonymes de négligence ou d'erreur médicale. La radiologie est vraiment au cœur de la médecine diagnostique moderne ; sans diagnostic radiologique, il n'est souvent pas possible d'offrir une thérapie au patient. On ne saurait trop insister sur l'importance d'un diagnostic correct. Le fait que la radiologie soit centrale favorise également les erreurs d'interprétation. Cependant, la définition correcte de ce qui constitue une erreur en radiologie nécessite des éclaircissements supplémentaires. »

Erreurs en radiologie :

Environ mille milliards d'examens radiologiques sont effectués chaque année dans le monde, la majorité d'entre eux étant évalués par des radiologues. La plupart des sociétés scientifiques s'accordent à dire qu'un rapport radiologique doit être rédigé avec l'avis d'un expert en radiologie. Un rapport radiologique correspond à une consultation clinique ayant pour résultat une opinion. Dans de nombreux cas, l'interprétation radiologique est déterminée par l'état clinique du patient, ses antécédents, l'imagerie antérieure, etc. Les études radiologiques sont loin d'être binaires dans leur évaluation (normal ou anormal ; cancer ou pas). Par conséquent, le terme « erreur » implique qu'il n'y a plus de discussion sur ce qui est correct. Une anomalie non détectée peut être totalement sans conséquence pour le patient ou justement être préjudiciable pour son traitement.

Causes possibles de ces erreurs en radiologie:

D'après la littérature scientifique, on relève tous les jours 3 à 5% d'erreurs et de discordances dans le monde selon l'étude de Brady et al. (2016)

5 à 9 % des examens radiologiques à RX aux urgences donnent lieu à des disparités d'opinion dans l'interprétation des examens

lorsqu'ils sont évalués par deux observateurs (incidence des erreurs par observateur : 3 à 6 %, Robinson et al.). Bruno et al. (2015) ont étudié l'épidémiologie des erreurs en radiologie diagnostique en établissant une classification des erreurs commises par les radiologues et en explorant les causes sous-jacentes possibles. Cette étude souligne principalement l'importance d'identifier et de traiter les causes profondes de ces erreurs (Tableau 1).

Examples of cognitive biases likely to feature in faulty radiological thinking [1, 42]

Bias	Explanation
Anchoring bias	During the process of reporting a study, the radiologist fixes upon an early impression, and fails to adapt or change that view, discounting any subsequent information that may conflict
Framing bias	The radiologist is unduly influenced by the way the question or problem is framed, e.g. if the clinical information provided in a request for a CT states "young patient with palpable mass, probable Crohn's disease", a bowel mass may be interpreted as being likely due to Crohn's, discounting possible malignancy
Availability bias	Tendency to suggest diagnoses that readily come to mind.
Confirmation bias	Tendency to seek evidence to support a diagnostic hypothesis already made, and to ignore evidence refuting that hypothesis
Satisfaction of search	Tendency to stop looking for additional abnormal findings on a study once an initial probable diagnosis is identified
Premature closure	Tendency to accept a diagnosis before proof or verification is obtained
Outcome bias	Naturally empathic inclination to favour a diagnosis that will result in a more favourable outcome for the patient, even if unsupported by evidence
Zebra retreat	Inclination of a radiologist to hold back from making a rare diagnosis due to lack of confidence about reporting such

Busby et al. (2018) ainsi qu'Itri et al. (2018) soulignent que des biais cognitifs comme par exemple le « satisfaction of search », jouent un grand rôle dans les erreurs diagnostiques en radiologie (voir tableau 1 et tableau 2). Comprendre ce biais est crucial pour limiter les erreurs et améliorer la qualité des interprétations. Egri et al. (2018) insistent sur l'importance d'analyser les erreurs de processus dans l'imagerie abdominale, en s'attaquant aux facteurs tant individuels que systémiques afin d'améliorer les soins aux patients.

Kim & Mansfield radiologic error categorization, 2014 [28]		
Error type	Explanation	%
Under-reading	Abnormality visible, but not reported (Fig. 2)	42%
Satisfaction of search	After having identified a first abnormality, radiologist fails to continue to look for additional abnormalities (Fig. 3)	22%
Faulty reasoning	Abnormalities identified, but attributed to wrong cause	9%
Abnormalities outside area of interest (but visible)	Many on first or last image of CT or MR series, suggesting radiologist's attention not fully engaged at beginning or end of reviewing series (Fig. 4)	7%
Satisfaction of report (alliterative reasoning [29])	Uncritical reliance on previous report in reaching diagnosis, leading to perpetuation of error through consecutive studies	6%
Failure to consult prior imaging studies		5%
Inaccurate or incomplete clinical history		2%
Correct report failing to reach referring clinician		0.08%

Les interruptions lors de l'interprétation et la rédaction du compte rendu radiologique peuvent être source d'erreurs en radiologie. De nombreuses tâches supplémentaires s'ajoutent à l'interprétation de l'imagerie, comme répondre en continu aux questions des collègues référents, superviser des protocoles de réalisation des examens, et autres. L'optimisation des sites de travail est à cet égard cruciale pour limiter les interruptions et augmenter la précision diagnostique (Banziger et al., 2022) (Illustration 1.). En outre la charge de travail a considérablement augmenté ces dernières années avec la forte augmentation de l'imagerie en coupes (CT et IRM) caractérisée par un grand nombre de données et du travail intensif. En trois ans, par exemple, le nombre d'images a augmenté de 50 à 75 % pour chaque partie du corps. Les progrès considérables de la radiologie ont renforcé la complexité de l'imagerie médicale. Des images plus précises peuvent être acquises avec beaucoup plus d'informations. Plus la complexité augmente, plus le risque d'erreur est élevé. Les radiologues doivent donc suivre des formations continues pour interpréter les images correctement. La complexité croissante se traduit par de nouvelles surspécialisations en radiologie. Par exemple, la radiologie abdominale, la radiologie pédiatrique, etc.



FIG 2. This graph shows variation in the total number of interruptions by time of day during the entire day

Solutions possibles :

- Les processus « peer review » offrent des possibilités d'apprentissage précieuses et aident à identifier les schémas d'erreurs en radiologie diagnostique (Scali et al., 2017).
- Les systèmes de compte-rendus standardisés peuvent contribuer à limiter les erreurs dans les rapports radiologiques et à améliorer la qualité globale des interprétations (Hawkins et al., 2014).
- L'accès trop rapide à l'imagerie radiologique peut aussi entraîner des erreurs. Une bonne relation entre le référent et le radiologue peut améliorer l'interprétation d'un résultat.
- Adaptations de l'espace de travail dans un cadre exempt de toutes les variables et perturbations pour l'interprétation d'un examen radiologique.

Intelligence artificielle :

La solution à tous ces problèmes ne semble pas être l'intelligence artificielle. En radiologie, l'intelligence artificielle se base principalement sur la reconnaissance de schémas et la détection d'anomalies. Cette technologie peut corriger les erreurs de type « satisfaction of search » à défaut d'éléments supplémentaires. Cependant, elle ne remplacera pas le travail du radiologue mais elle pourra aider à la détection de certaines anomalies. L'interprétation des résultats radiologiques reste une tout autre question.



**Conclusion :**

Les erreurs en radiologie sont principalement causées par des biais cognitifs, interruptions durant l'interprétation, l'augmentation de la charge de travail et la complexité des examens. Une marge d'erreur en soi n'est pas un indicateur parfait d'un compte-rendu parfait. Le type d'erreur et ses conséquences pour le patient ainsi que le trajet de soins sont très importants. Certains résultats n'ont aucune incidence sur le devenir du patient et ne sont pas mentionnés, mais si une anomalie cruciale n'est pas détectée, cela peut être lourd de conséquence. La charge de travail reste donc très élevée

Piet Vanhoenacker
President Scientific council BSR

Tom De Beule
President BSR



July 2024



Perstekst 14/06/2024: Audits en juridische onzekerheden

Geacht lid van onze beroepsvereniging,

Onze beroepsgroep is de laatste dagen meer dan ons lief is in de actualiteit ten gevolge van het op non-actief zetten van 7 collega's in ZNA-Cadix.

Als beroepsvereniging kunnen wij ons niet uitspreken over de concrete feiten en omstandigheden van deze case, maar berichten die ons via de media bereiken leiden voor ons wel tot grote bezorgdheid op diverse vlakken.

Zo legt de Cadix-case volgens ons een belangrijk pijnpunt bloot op het vlak van de organisatie van medische audits allerhande. Uit feedback van leden en onze persoonlijke vaststellingen blijkt dat de wijze waarop auditcomités worden samengesteld en audits worden gevoerd, zeer divers is, waarbij voor artsen onduidelijk is welke rechten ze hebben. Er blijkt dat elke auditor zijn rol op een geheel eigen wijze invult, en dit bij gebrek aan een duidelijk wettelijk kader rond de modaliteiten die binnen een medische audit moeten worden gerespecteerd.

Een tweede pijnpunt is de juridische onduidelijkheid rond het recht van de ziekenhuisbeheerder of van de hoofdarts om sancties dan wel ordemaatregelen te nemen. Ook hierover bestaat betwisting, zowel op zich maar des te meer wanneer al maatregelen worden genomen voordat een audit volledig wordt afgerond. Ook in dit verband worden de rechten van verdediging van de artsen onvoldoende duidelijk omschreven in de wet.

Als beroepsvereniging zullen wij er actief bij de bevoegde overheid op aandringen dat deze elementen worden verduidelijkt, en dat sluitende procedures worden verankerd in de wet, waarbij de rechten van verdediging van de artsen centraal staan. Wij nemen met vertrouwen aan dat andere beroepsverenigingen en belangenverdedigers van artsen zich achter dit initiatief zullen scharen, nu alle ziekenhuisartsen hier zonder onderscheid belang bij hebben.

Wij wijzen er ook op dat, zolang de wet niet wordt aangevuld, binnen de ziekenhuizen afspraken kunnen worden gemaakt, die dan op het niveau van het ziekenhuis kunnen worden vastgelegd in bv. de algemene regeling, of in een afzonderlijk tucht- en ordereglement. Conform vaste rechtspraak moeten interne regelingen die de rechtspositie van de arts versterken ten opzichte van wat al in de wet wordt bepaald, strikt worden gerespecteerd. Wij nodigen onze leden dan ook uit om binnen de medische raad de rechtspositie van artsen in het kader van audits, en bij orde- of tuchtmaatregelen, te laten agenderen, zodat hierover een debat tot stand kan worden gebracht.

Wij streven als radiologen kwaliteitsvolle geneeskunde na, en kunnen best aanvaarden dat die kwaliteit waar nodig ook wordt gecontroleerd, en een gebrek aan kwaliteit wordt gesanctioneerd. Garanties dat dit gebeurt op een neutrale en objectieve wijze, met respect voor de rechten van de artsen, zijn daarbij wel absoluut fundamenteel en zullen altijd onze focus blijven.

Tom De Beule
Piet Vanhoenacker
mr. Wim Decloedt Advocaat gespecialiseerd in
medisch recht

July 2024

Communiqué de presse 14/06/2024: Audits et flou juridique

Cher membre de la BSR,

Notre profession a fait parler d'elle plus que de raison ces derniers jours, à la suite de la suspension de sept collègues du ZNA-Cadix.

En tant qu'union professionnelle, nous ne pouvons pas nous exprimer sur les faits et les circonstances de cette affaire, mais les informations qui nous parviennent par le biais des médias nous préoccupent vivement, à plusieurs égards.

Selon nous, l'affaire Cadix dénonce un défaut majeur dans l'organisation des audits médicaux de tous types. Les réactions des membres et nos propres constats nous portent à penser que la manière de constituer les comités d'audit et de mener les audits est très aléatoire, et que les médecins ne connaissent pas très bien leurs droits. Il semble que chaque auditeur remplit sa mission d'une manière tout à fait subjective, à défaut d'un cadre juridique clair sur les modalités à respecter dans le cadre d'un audit médical.

Un deuxième problème est le flou juridique qui entoure le droit du gestionnaire hospitalier ou du médecin-chef, d'appliquer des sanctions ou d'ordonner des mesures. Ceci est un point discutable en tant que tel mais il l'est encore davantage quand des mesures ont déjà été prises avant la fin d'un audit. Là encore, le droit à la défense des médecins n'est pas assez clairement défini dans la loi.

En tant qu'union professionnelle, nous demanderons instamment aux autorités compétentes de clarifier ces éléments et de veiller à ce que la loi prévoit des procédures cohérentes axées sur la défense des médecins. Nous sommes convaincus que d'autres unions professionnelles et groupes de pression de médecins se rallieront à cette initiative, puisqu'elle intéresse, au même titre, tous les médecins hospitaliers.

Par ailleurs, en attendant que la loi soit modifiée, notons que des accords peuvent être conclus au

sein des hôpitaux et ensuite s'appliquer au niveau de l'hôpital, par exemple dans le règlement général ou dans un règlement disciplinaire et d'ordre intérieur distinct. Conformément à la jurisprudence établie, les règlements d'ordre intérieur qui renforcent le statut juridique du médecin par rapport à ce que la loi prévoit déjà, doivent être strictement respectés. Nous invitons donc nos membres à porter à l'ordre du jour du conseil médical, la question du statut juridique des médecins dans le cadre des audits, d'ordres ou de mesures disciplinaires, afin d'instaurer un débat sur cette question.

En tant que radiologues, nous aspirons à une médecine de qualité : nous sommes donc tout disposés à accepter que cette qualité soit contrôlée si nécessaire et que le manque de qualité soit sanctionné. Toutefois, il est absolument essentiel que la neutralité et l'objectivité de ce processus soient garanties, dans le respect des droits des médecins, valeurs auxquelles nous resterons toujours attachés.

Tom De Beule
Piet Vanhoenacker
Me. Wim Decloedt Avocat spécialisé en droit
médical

July 2024

Wetteksten Belgisch Staatsblad:

1. In het Belgisch Staatsblad is een wet van 18.05.2024 gepubliceerd houdende diverse bepalingen inzake gezondheid en financiën.

Deze wet wijzigt de wet van 22.04.2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg en voegt een artikel 30/01 in, luidende als volgt:

“Art. 30/1. Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, bepaalt de Koning de datum vanaf wanneer de gezondheidszorgbeoefenaar die een voorschrift opstelt, voor de geneesmiddelen of gezondheidsproducten of voor de verstrekkingen van gezondheidszorg die de Koning omschrijft, een beslissingondersteuningssysteem moet gebruiken. De Koning kan voor de verschillende soorten voorschriften een afzonderlijke datum bepalen.

De Koning kan per door hem omschreven geneesmiddel, gezondheidsproduct of verstrekking van gezondheidszorg, het beslissingondersteuningssysteem aanduiden dat moet worden gebruikt, alsook in voorkomend geval de omstandigheden waaronder het moet worden gebruikt.”

Deze bepalingen treden in werking op 01.07.2024.



2. In het Belgisch Staatsblad is een koninklijk besluit van 7 mei 2024 gepubliceerd tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2014 tot vaststelling van het maximum aantal toestellen voor magnetische resonantie tomografie dat uitgerust mag worden.

Het maximum aantal toestellen voor magnetische resonantie tomografie dat in gebruik mag worden genomen en uitgerust in België wordt vastgesteld op 159 toestellen waarvan 89 gelegen op het grondgebied van het Vlaams Gewest, 49 op het grondgebied van het Waals Gewest, en 21 op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Dit besluit treedt in werking op 1 juni 2024.

Texte de loi du Moniteur belge:

1. Une loi du 18.05.2024 portant diverses dispositions en matière de santé et de finances a été publiée au Moniteur belge.

Cette loi modifie la loi du 22.04.2019 relative à la qualité des pratiques en matière de soins de santé et insère un article 30/01, libellé comme suit :

“Art. 30/1. Par arrêté pris après délibération en Conseil des ministres, le Roi fixe la date à partir de laquelle le praticien de santé qui établit une prescription doit utiliser un système d’aide à la décision pour les médicaments ou produits de santé ou pour les services de santé définis par le Roi. Le Roi peut fixer une date distincte pour différents types de prescriptions.

Le Roi peut préciser, pour chaque médicament, produit de santé ou prestation de soins qu’il définit, le système d’aide à la décision à utiliser et, le cas échéant, les circonstances dans lesquelles il doit être utilisé”.

Ces dispositions entrent en vigueur le 01.07.2024.

2. Un arrêté royal du 7 mai 2024 modifiant l’arrêté royal du 25 avril 2014 fixant le nombre maximal d’appareils de tomographie par résonance magnétique pouvant être exploités a été publié au Moniteur belge.

Le nombre maximal d’appareils de tomographie par résonance magnétique pouvant être mis en service et exploités en Belgique est fixé à 159 appareils, dont 89 sont situés sur le territoire de la Région flamande, 49 sur le territoire de la Région wallonne et 21 sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale.

Ce décret entrera en vigueur le 1er juin 2024.



July 2024



Het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC) brengt het gebruik van niet-medische beeldvorming in kaart

Niet-medische beeldvorming is elke bedoelde blootstelling van personen voor beeldvorming waarbij de primaire intentie van de blootstelling geen gezondheidsvoordeel heeft voor de blootgestelde persoon. Voorbeelden zijn: beeldvorming naar aanleiding van immigratie, sport en fysieke ontwikkeling, leeftijdsbepaling, ontwikkeling, aanwerving en tewerkstelling, verzekeringskwesties, gerechtelijke bevelen, Exploitanten (ziekenhuizen, privépraktijken) die gebruik maken van niet-medische beeldvorming moeten hiervoor vergund zijn. De exploitanten van medisch-radiologische installaties zijn zich hier echter onvoldoende van bewust. De Europese regelgeving vraagt daarenboven expliciet aan de nationale overheden om het gebruik van de verschillende niet-medische toepassingen van beeldvorming duidelijk in kaart te brengen.

De exploitanten zullen in de loop van 2024 geïnformeerd en gesensibiliseerd worden. De

radiologen en de diensten radiologie zullen een zeer belangrijke informatiebron zijn voor het in kaart brengen van het intern gebruik van niet-medische beeldvorming.

Het FANC is zich bewust van mogelijke grijze zones in deze definitie en zal in een tweede fase, in overleg met de sector en met andere nationale en Europese overheden, dit kader verduidelijken. Met diezelfde stakeholders zal in de volgende jaren onderzocht worden welke toepassingen en procedures aangenomen kunnen worden voor veralgemeend gebruik.

Indien u hierover vragen heeft, kan u contact opnemen met het FANC via:

medicalexposures@fanc.fgov.be



July 2024



L'Agence fédérale de Contrôle nucléaire (AFCN) recense les utilisations de l'imagerie à des fins non médicales en Belgique.

L'imagerie à des fins non médicales désigne toute exposition délibérée de personnes à des fins d'imagerie où la finalité principale de l'exposition n'apporte pas de bénéfice sanitaire à la personne exposée. A titre d'exemple, citons l'imagerie qui est utilisée dans le cadre de l'immigration, de pratiques sportives ou de l'évolution physique, d'un recrutement ou de l'emploi, des assurances, d'un mandat judiciaire,

Les exploitants (hôpitaux, cabinets privés) qui ont recours à l'imagerie à des fins non médicales doivent être autorisés à cet effet. Les exploitants d'installations radiologiques médicaux n'en sont pas suffisamment conscients. En outre, la réglementation européenne exige explicitement des autorités nationales qu'elles recensent précisément l'utilisation des différentes applications de l'imagerie à des fins non médicales.

Les exploitants seront informés et sensibilisés à ce sujet tout au long de l'année 2024. Les radiologues et les services de radiologie constitueront une précieuse source d'information pour le recensement des utilisations en interne de l'imagerie à des fins non médicales.

L'AFCN est consciente des zones grises possibles que comporte cette définition et elle s'efforcera, dans une deuxième phase, de clarifier ce cadre, en concertation avec le secteur concerné et d'autres autorités nationales et européennes. Avec ces mêmes parties prenantes, elle examinera au cours des prochaines années quelles applications et procédures peuvent être adoptées pour utilisation généralisée.

Pour toute question sur le sujet, veuillez contacter l'AFCN à l'adresse suivante :

medicalexposures@fanc.fgov.be

Nomenclatuur



FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID
[C – 2024/006518]

12 JUNI 2024. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 34 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, vijfde lid, en § 2, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997 en bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen; Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 12 maart 2024;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 12 maart 2024;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsen- ziekenfondsen van 18 maart 2024;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 20 maart 2024; Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 25 maart 2024;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 14 mei 2024;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 22 mei 2024; Gelet op de adviesaanvraag aan de Raad van State binnen een termijn van 30 dagen, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat de adviesaanvraag is ingeschreven op 27 mei 2024 op de rol van de afdeling Wetgeving van de Raad van State onder het nummer 76.604/2; Gelet op de beslissing van de afdeling Wetgeving van 27 mei 2024 om binnen de gevraagde termijn geen advies te verlenen, met toepassing van artikel 84, § 5, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;



July 2024

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken, Hebben Wij besloten en besluiten Wij :
Artikel 1. In artikel 34, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 30 mei 2023, worden de volgende verstrekking en toepassingsregels ingevoegd na de verstrekking 589175-589186:

"588991-589002 Mechanische endovasculaire intracraniële behandeling van een acuut ischemisch cerebrovasculair accident (trombectomie), inclusief de manipulaties en controles uitgevoerd tijdens de behandeling en alle verbruiksgoederen, met uitzondering van de katheters en medische hulpmiddelen nodig voor verwijdering van de stolsels, de fibrinolytica, andere farmaceutische producten en de contrastmiddelen.....
.....I 2000"

De verstrekking 588991-589002 mag enkel aangerekend worden door een **interventionele radioloog**.

De verstrekking 588991-589002 mag slecht **eenmaal per dag** aangerekend worden.

De verstrekking 588991-589002 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 589175-589186 of 589116-589120.

De verstrekking 588991-589002 mag enkel aangerekend worden, indien ze verricht wordt in een **ziekenhuis dat beschikt over een gespecialiseerd zorgprogramma "acute beroertezorg met invasieve procedures" erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 19 april 2014** houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "beroertezorg" moeten voldoen om erkend te worden of aan de normen die dit koninklijk besluit wijzigen, vervolledigen of vervangen."

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Art. 3. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 12 juni 2024. FILIP
Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, F. VANDENBROUCKE

5/6/2024 Constitutional Court



De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) en de Belgische Vereniging voor Radiologie (BVR) namen kennis van het arrest van 16 mei 2024 van het Grondwettelijk Hof.

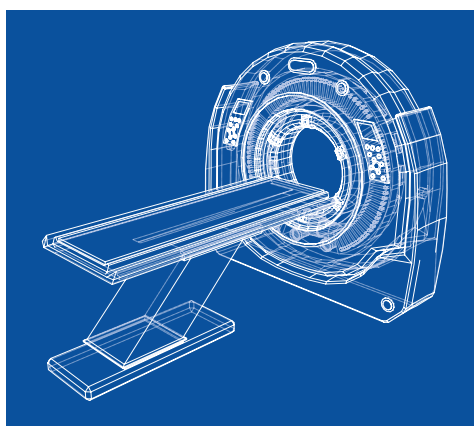
Het Hof sprak zich uit over de vraag om een verbod te schorsen om ereloonsupplementen aan te rekenen voor o.a. CT- en NMR-scans bij niet-gehospitaliseerde patiënten op werkdagen tussen 8u en 18u en/of als het dringend is. Die supplementen mogen trouwens enkel aangerekend worden mits de consent van de patiënt.

Het Hof schorst het verbod niet. De BVAS en de BVR betreuren dit, doch vertrouwen erop dat het verbod in een volgende procesfase vernietigd zal worden. Het verbod zorgt immers voor als maar langere wachttijden. Immers, de tijdsloten zijn beperkt, op duurdere momenten personeel inzetten wordt beknot, investeren in AI wordt te duur, ... De pineut is de patiënt omdat die minder snel gediend kan worden; en dat is nefast voor de volksgezondheid.

L'Association belge des syndicats de médecins (ABSyM) et la Société belge de radiologie (SBR) ont pris connaissance de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 16 mai 2024.

La Cour s'est prononcée sur la question de la suspension de l'interdiction de facturer des suppléments d'honoraires pour, entre autres, les examens de tomodensitométrie et de résonance magnétique nucléaire de patients non hospitalisés, les jours ouvrables entre 8 et 18 heures et/ou en cas d'urgence. Ces suppléments ne peuvent être facturés qu'avec le consentement du patient.

La Cour ne suspend pas l'interdiction. L'ABSyM et la BVR le regrettent, mais espèrent que l'interdiction sera annulée lors de la prochaine phase de la procédure. En effet, l'interdiction ne fait qu'allonger les délais d'attente. En effet, les plages horaires sont limitées, le déploiement de personnel à des heures plus coûteuses est restreint, l'investissement dans l'IA devient trop onéreux, ... Le patient souffre parce qu'il ne peut pas être servi aussi rapidement, ce qui est préjudiciable à la santé publique.



July 2024



La Nomenclature

12 JUIN 2024. — Arrêté royal modifiant l'article 34 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1er, alinéa 5, et § 2, modifié par la loi du 20 décembre 1995 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 et par la loi du 10 août 2001 ;
Vu l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 12 mars 2024 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 12 mars 2024 ;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 18 mars 2024 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 20 mars 2024 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 25 mars 2024 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 14 mai 2024 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'État au Budget, donné le 22 mai 2024 ;

Vu la demande d'avis au Conseil d'État dans un délai de 30 jours, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'État,

coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant que la demande d'avis a été inscrite le 27 mai 2024 au rôle de la section de législation du Conseil d'État sous le numéro 76.604/2 ; Vu la décision de la section de législation du 27 mai 2024 de ne pas donner d'avis dans le délai demandé, en application de l'article 84, § 5, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales, Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. A l'article 34, § 1er, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 30 mai 2023, la prestation et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 589175- 589186 :

"588991-589002

Traitement intracrânien endovasculaire mécanique d'un accident cérébro-vasculaire ischémique aigu (thrombectomie), y compris les manipulations et les contrôles effectués pendant le traitement et tous les matériels utilisés, à l'exclusion des cathéters et des dispositifs médicaux nécessaires pour l'élimination des caillots, les fibrinolytiques, autres produits pharmaceutiques et de contraste.....
.....l 2000"

July 2024



La prestation 588991-589002 peut seulement être attestée par **un radiologue interventionnel**.

La prestation 588991-589002 peut seulement être **attestée une seule fois par jour**.

La prestation 588991-589002 **ne peut pas être cumulée avec les prestations 589175-589186 ou 589116-589120**.

La prestation 588991-589002 peut uniquement être attestée, si elle est **effectuée dans un hôpital qui dispose d'un programme de soins spécialisé « soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives » agréé conformément à l'arrêté royal du 19 avril 2014** fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » doivent répondre pour être agréés ou aux normes qui le modifient, le complètent ou le remplacent. ».

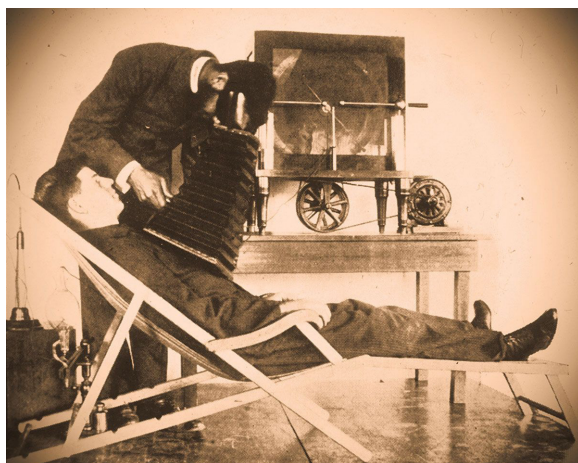
Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 12 juin 2024. PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, F. VANDENBROUCKE



July 2024

CT/MRI forfaits



De Minister van Volksgezondheid heeft een voorstel aan de Technisch Geneeskundige Raad gevraagd om een verschuiving door te voeren in de bestaande financieringsmechanismen voor CT en NMR onderzoeken, zoals bepaald onder punt 4.2.2 in het Nationaal akkoord artsen verzekeringsinstellingen 2024 – 2025.

De bepaling in het nationaal akkoord stelt dat: De financiering moet hierbij ook gemoduleerd worden in functie van de duurtijd van de onderzoeken en gedifferentieerd worden in functie van de betrokken pathologie. Hierbij zal worden uitgegaan van een globale budgetneutraliteit op het geheel van de uitgaven CT/NMR. Rekening houdend met het aantal uitgevoerde onderzoeken en de geïdentificeerde patiëntenstromen zal een budget per ziekenhuis worden vastgesteld dat in functie van de geobserveerde evoluties jaarlijks wordt aangepast op basis van objectieve criteria.

De Technisch Geneeskundige Raad werkt momenteel een voorstel uit tot uitvoering van het verzoek van de minister om gebaseerd op voornoemde krachtlijnen en op basis van wetenschappelijke evidentie, een nauwkeurige indicator vast te stellen met betrekking tot een verantwoorde verhouding tussen CT en NMR onderzoeken. Rekening houdend met het voorstel of advies van de Technisch Geneeskundige Raad zal de nomenclatuur worden aangepast conform de bepalingen van artikel 35 § 2, eerste lid.

Le Ministre la Santé publique a demandé au Conseil technique médical une proposition pour apporter du changement dans les mécanismes de financement existants pour les examens CT et RMN, tel que défini au point 4.2.2 de l'Accord national médico-mutualiste 2024-2025.

La disposition de l'accord national stipule ceci : Dans ce cadre, le financement doit également être modulé en fonction de la durée des examens et différencié selon la pathologie concernée. Cela se fera sur la base d'une neutralité budgétaire globale sur l'ensemble des dépenses liées aux examens CT/RMN. Compte tenu du nombre d'examen réalisés et des flux de patients identifiés, un budget par hôpital sera fixé, et celui-ci sera ajusté annuellement sur la base de critères objectifs en fonction des évolutions observées.

Le Conseil technique médical travaille actuellement sur une proposition mettant en œuvre la demande du Ministre d'établir, sur les lignes de force susmentionnées et des preuves scientifiques, un indicateur précis concernant un rapport responsable entre les examens CT et RMN. Compte tenu de la proposition ou de l'avis du Conseil technique médical, la nomenclature sera adaptée conformément aux dispositions de l'article 35 §2, alinéa 1er.

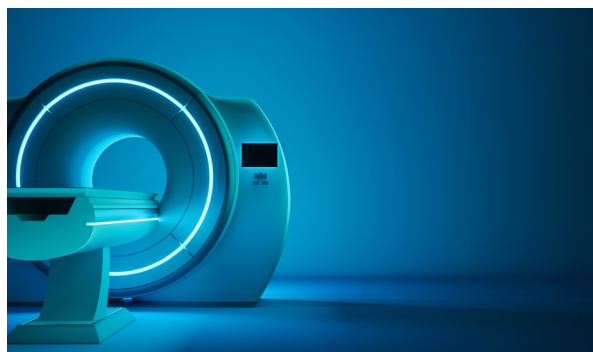
Advies MRI programmatie BELMIP 21/3/2023

PROBLEMATIEK

De grote vraag naar MRI-onderzoeken botst vaak op organisatorische problemen. De diensten radiologie voorzien weliswaar voldoende ruimte voor het uitvoeren van dringende MRI-onderzoeken die geen wachttijd dulden, maar dat gaat onvermijdelijk ten koste van minder ruimte voor reguliere (niet-dringende) afspraken, met vorming van wachtlijsten en een wedloop naar wie het eerst/meest onderzoeken kan aanbieden.

Uit OECD-cijfers (2021) blijkt dat België in vergelijking met andere landen over een relatief laag aantal MR-toestellen per miljoen inwoners beschikt (11.4 versus 18.8 en 22.6). Deze toestellen worden in België dan ook veel efficiënter gebruikt dan in andere West-Europese landen (7.632 onderzoeken per toestel versus 4.366). Enkel Hongarije (9.184) en Israël (8.868) gaan België voor. De laagste gebruiksintensiteit wordt gerapporteerd in Finland (1.618 per toestel per jaar).

OECD-cijfers	Wereld	West-Europa	België
Aantal toestellen per miljoen inwoners	18.8	22.6	11.4
Aantal onderzoeken per jaar per toestel	4.895	4.366	7.632



Er bestaat echter een grote variatie in het gebruik van Belgische MRI-toestellen (bron: RIZIV, 2019):

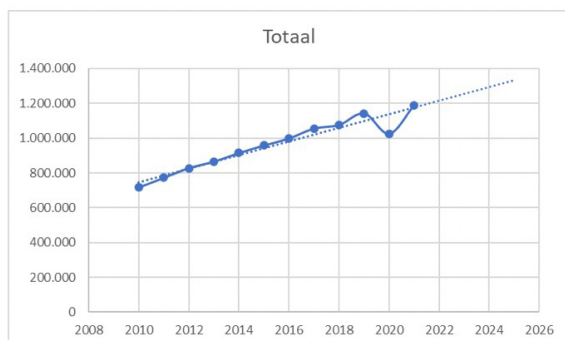
1. laagste bezettingsgraad (excl. outliers): 1.852 onderzoeken per jaar
2. p25: 6.277 onderzoeken per jaar
3. **gemiddelde: 8.375 onderzoeken per jaar**
4. p75: 11.484 onderzoeken per jaar
5. hoogste bezettingsgraad: 18.933 onderzoeken per jaar

Daarenboven bestaat er ook een **grote regionale spreiding**: 112/1000 in Vlaanderen, 97/1000 in Wallonië, 89/1000 in Brussel (IMA-cijfers, 2021).

De redenen van deze grote toesteleigen en regionale variatie zijn niet eenduidig te identificeren, maar houden allicht ten dele verband met **personeelscapaciteit** (actueel zijn er veel niet-ingevulde vacatures), maar ook met de heersende **“alles is dringend” mentaliteit**, waardoor een patiënt geen genoegen neemt met een “te late” afspraak en daarom gaat

shoppen naar de snelste afspraak. Een dienst die veel extra capaciteit kan creëren (bvb. 's nachts of tijdens het weekend) of die met snellere scanners kan werken zal derhalve een hogere toestelbezetting kennen.

De **vraag naar MRI-onderzoeken** toont al meer dan 10 jaar een **lineaire toename** (bron: RIZIV). Net zoals bij de (nog hogere) stijging van het totaal aantal consultaties en heelkundige ingrepen in België, heeft dit hoogstwaarschijnlijk te maken met de groei en veroudering van de bevolking. Wanneer de groeilijn van de laatste 10 jaar geëxtrapoleerd wordt, dan kunnen **1.350.000 onderzoeken** verwacht worden tegen 2025.



VOORSTELLEN

1. Aanpassing MRI-capaciteit

In 2019 werden in België gemiddeld 8.375 onderzoeken per MRI-toestel gescand, wat voor een totaal van 139 toestellen resulteerde in 1.150.000 onderzoeken per jaar. Om tegen 2025 de te verwachten 1.350.000 onderzoeken per jaar te kunnen scannen zal dus een uitbreiding van de MRI-capaciteit moeten voorzien worden. Dit kan zowel door de **scancapaciteit per toestel te verhogen en/of door programmatie van MRI-toestellen uit te breiden**.

Aangezien het onrealistisch is dat er in 2023 en 2024 al extra toestellen zouden kunnen geprogrammeerd én geïnstalleerd worden, zal de **capaciteit per toestel in 2023 moeten verhogen tot 9.000 onderzoeken per jaar** (1.250.000 onderzoeken in totaal) en **in 2024 tot 9.350 onderzoeken per jaar** (1.300.000 onderzoeken in totaal). Dit kan bijvoorbeeld verwezenlijkt worden door de geleidelijke introductie van snellere AI-ondersteunde MRI-scanners, die voor een gelijkaardige personeelsbezetting (belangrijk in tijden van steeds schaarser personeel) toch een hoger aantal scans per tijdseenheid toelaten. Ook activering van toestellen die onder de p25 blijven kan een deel van het capaciteitsprobleem opvangen.

Om **vanaf 2025** de verwachte 1.350.000 onderzoeken per jaar te kunnen uitvoeren aan hetzelfde gemiddelde van 9.350 onderzoeken per toestel zouden **5 extra toestellen** kunnen geïnstalleerd worden, mits bijkomende financiering (cfr infra).

Vanaf 2026 zal **het effect van beslissingsondersteuning (PSSr)** kunnen geëvalueerd worden, met op dat moment verdere aanpassing van de programmatie naargelang de noden.

2. Homogenisering MRI-capaciteit

Indien geopteerd wordt voor het uitbreiden van de MRI-programmatie, dient bij het toekennen van bijkomende MRI-toestellen de **MRI-ratio** (aantal toestellen per 100.000 inwoners) **in elke provincie verder gehomogeniseerd** worden. Daardoor zal er theoretisch per bevolkingseenheid overal evenveel toegang tot MRI kunnen verzekerd worden.

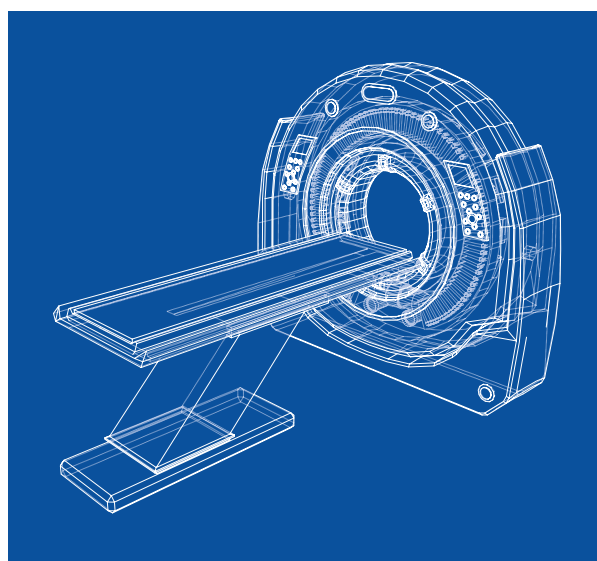
Door introductie van **beslissingsondersteuning (PSSr)** zal de **indicatiestelling voor MR-onderzoeken** bovendien eveneens **gehomogeniseerd** worden, waardoor de vraag naar MR-onderzoeken theoretisch overal ongeveer even groot zal zijn.

Als aan beide voorwaarden voldaan is zal de variatie op zowel de individuele toestelcapaciteit als de geografische variatie afnemen.

3. Financiering

Als aan bovenstaande voldaan is, zal voor de extra MRI-toestellen een **bijkomende A3/B3-financiering noodzakelijk** zijn, in afwachting van de besprekingen in het kader van Fase 2.2 van de nomenclatuurnieuwvorming inzake forfaitaire vergoeding van de operationele kost op toestelniveau voor een "normaal verbruik" (aantal te definiëren tussen de p50 en p75). Daardoor zullen toestellen met lage gebruiksintensiteit (<p25) gestimuleerd worden door meer aanvragen uit eigen regio en zullen toestellen met hoge gebruiksintensiteit (>p75)

teruggebracht worden naar gemiddeld gebruik wegens dalende aanvragen; nachtwerk zal dan minder aantrekkelijk worden. Bij deze besprekingen zal echter te allen tijde rekening gehouden moeten worden met de **case-mix per dienst**.



Programmation IRM: Avis BELMIP

21/3/2023

PROBLÉMATIQUE

La forte demande d'examens IRM se heurte souvent à des problèmes d'organisation. Il est vrai que les services de radiologie réservent des disponibilités suffisantes pour les examens IRM urgents qui ne peuvent attendre, mais cet aménagement affecte inévitablement les rendez-vous réguliers (non urgents) pour lesquels il y a donc moins de disponibilités et ce déséquilibre génère des listes d'attente et une course à qui peut offrir le premier le plus grand nombre d'examens.

Les chiffres de l'OCDE (2021) montrent que par rapport à l'Europe occidentale et le reste du monde, la Belgique dispose d'un nombre relativement faible d'appareils à RM par million d'habitants (respectivement 11,4 contre 18,8 et 22,6). Par conséquent, ces appareils sont utilisés de manière beaucoup plus efficiente en Belgique que dans les autres pays d'Europe occidentale (7 632 examens par an et par appareil contre 4 366). Seules la Hongrie (9 184) et Israël (8 868) devancent la Belgique. C'est en Finlande que l'intensité d'utilisation est la plus faible (1 618 par appareil par an).

Chiffres OCDE	Monde	Europe occidentale	Belgique
Nombre d'appareils par million d'habitants	18,8	22,6	11,4
Nombre d'examens par appareil par an	4 895	4 366	7 632

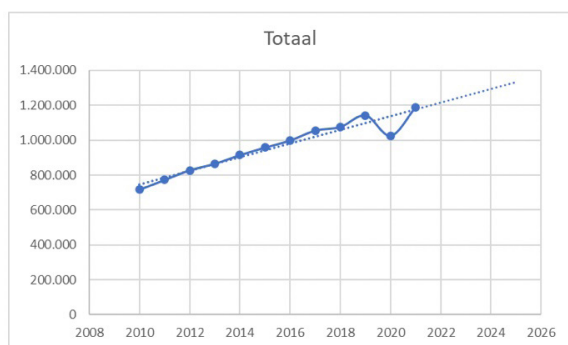
Cependant, l'utilisation des appareils IRM belges varie fortement (source : INAMI, 2019) :

1. Taux d'occupation le plus bas (hors outliers) : 1 852 examens par an
2. P25 : 6 277 examens par an
3. **Moyenne: 8 375 examens par an**
4. P75 : 11 484 examens par an
5. Taux d'occupation le plus élevé : 18 933 examens par an

En outre, la variabilité de **la répartition régionale des examens est importante** : 112/1000 en Flandre, 97/1000 en Wallonie, 89/1000 à Bruxelles (chiffres AIM, 2021).

Les raisons de cette forte variabilité entre appareils et régions ne peuvent être clairement identifiées mais elles sont peut-être partiellement liées à **la pénurie du personnel qualifié** (TIM, technologue en imagerie médicale) mais aussi à **la mentalité généralisée du « tout est urgent » tant pour le prescripteur que le patient** qui entraîne du shopping pour obtenir un rendez-vous plus rapidement. Un service qui peut créer beaucoup de capacité supplémentaire (par exemple le soir voire la nuit ou le week-end) ou qui peut travailler avec des appareils plus rapides aura donc un taux d'occupation plus élevé.

La demande d'examens IRM connaît une augmentation linéaire depuis plus de 10 ans (source : INAMI). Tout comme l'augmentation (encore plus forte) du nombre total de



consultations et d'interventions chirurgicales en Belgique, cette évolution est très probablement liée à la croissance et au vieillissement de la population. Si l'on extrapole la ligne de croissance des 10 dernières années, on peut s'attendre à **1 350 000 examens d'ici 2025**

PROPOSITIONS

1. Adapter la capacité IRM

En 2019, en Belgique, une moyenne de 8 375 examens ont été réalisés avec un appareil IRM, soit 1 150 000 examens par an pour un total de 139 appareils. Ainsi, pour réaliser les 1 350 000 examens annuels attendus d'ici 2025, il faudra augmenter la capacité IRM. Cela est possible à la fois en augmentant la capacité d'examen par appareil et/ou en élargissant la programmation des appareils IRM.

Comme il est peu probable que des appareils supplémentaires puissent déjà être programmés et installés en 2023 et 2024, **la capacité par appareil devrait passer à 9 000 examens par an en 2023** (1 250 000 examens au total) et à **9 350 examens par an en 2024** (1 300 000 examens au total). Cela pourrait être possible, par exemple, grâce à l'introduction

progressive d'appareils IRM plus rapides assistés par l'IA, qui, pour un effectif en personnel similaire (important compte tenu de la pénurie actuelle et à venir), permettraient un nombre plus important d'examen par unité de temps. L'activation des appareils qui restent en dessous du p25 peut aussi permettre de remédier à une partie du problème de capacité.

Afin de pouvoir réaliser les 1 350 000 examens annuels attendus **dès 2025** avec la même moyenne de 9 350 examens par appareil, **5 appareils supplémentaires** pourraient être installés, moyennant un financement complémentaire (cfr infra).

À partir de 2026, il sera possible d'évaluer l'impact de l'aide à la décision (PSSr) et d'adapter davantage la programmation, en fonction des besoins.

2. Homogénéiser la capacité IRM

Si l'on décide d'élargir la programmation IRM, **il faudrait homogénéiser davantage la répartition des IRM** (nombre d'appareils pour 100 000 habitants) **dans chaque province** lors de l'attribution d'appareils IRM supplémentaires. Ainsi, en théorie, un accès à l'IRM équivalent par unité de population sera garanti partout.

En outre, avec l'introduction de **l'aide à la décision (PSSr), l'indication des examens par appareils IRM** sera également homogénéisée, ce qui se traduira théoriquement par une demande d'examen par appareil à peu près équivalente dans tous les pays.

Si ces deux conditions sont remplies, la variabilité de la capacité des appareils individuels et la variabilité géographique diminueront.

3. Financement

Si tous ces critères sont réunis, **un financement A3/B3 complémentaire** sera nécessaire pour les appareils IRM supplémentaires, dans l'attente

des discussions de la phase 2.2 de la réforme de la nomenclature sur le remboursement forfaitaire des coûts opérationnels au niveau de l'appareil pour une « consommation normale » (nombre à définir entre P50 et P75). Par conséquent, les appareils à faible intensité d'utilisation ($< P25$) seront davantage sollicités en raison d'une augmentation des demandes dans leur propre région et les appareils à forte intensité d'utilisation ($> P75$) seront limités à une utilisation moyenne en raison d'une diminution des demandes, les horaires élargis seront moins nécessaires.

Toutefois, lors de ces discussions, il faudra toujours tenir compte du **case-mix par service qui alourdit le nombre et la difficulté (notamment la durée) des examens.**



July 2024



Contributors BSR newsletter

◇ Content creation:

Tom De Beule, Piet Vanhoenacker, Katrien
van Slambroek, Ann Vijverman, Wim
Decloedt

◇ Graphic Design

Paulien Leys & Tom De Beule

◇ IT support

Stefan Standaert

◇ Final editing/Editor

Tom De Beule

◇ Publisher

Piet Vanhoenacker

P924824

