



BELGIAN SOCIETY
OF RADIOLOGY

Radiology Now

Official Newsletter of the BSR
December 2023





Welcome to the latest edition of our quarterly magazine.

In this issue, we focus on the changes and challenges in the Belgian radiology sector. These changes may reshape our practices, collaborations, and innovations dramatically. In fact they are imposed upon us by force by the government, a unique and pitiful occurrence, challenging the cooperative model that exist since the sixties.

This edition will provide some insights into these challenges, offering perspectives and potential solutions to support the Belgian radiology community. We hope that by defending some basic ethical principles and scientific reasoning we can hold on to medicine that is equal in quality for everyone, a virtue which is often not found in other models, eagerly defended by the current government in charge. A certain department of this government that is led by a zealot whose ideas are long overdue and flirts with a demagogic narrative, tries to impose draconic rules that are bound to result in economic hardship for services and hospitals ... In these boudoirs it seems like getting into conflict with part of the caring workforce is a target on its own.

We are also planning a new general assembly at the beginning of next year to discuss the nomenclature reform and other important developments.

As this year comes to a close, I want to thank all board members and coworkers for their dedication and hard work in navigating these challenges. Their sacrifices, commitment, and resilience have been crucial in our collective achievements.

Apart from that, I wish everyone a peaceful holiday season, hoping it brings rest, joy, and a sense of accomplishment.

Tom De Beule
President BSR

Dec 2023

General Assembly BSR: 8/1/2024: 20h

Beroepsverdediging: Hot topics van het voorbije jaar. (Moderatoren T. De Beule en F. Alexis)

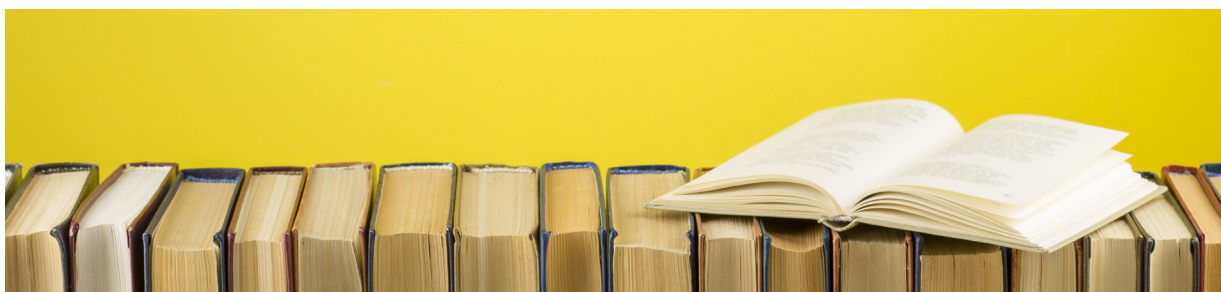
1. Forfait CT/MRI (O. Ghekiere)
2. Fase 2 nomenclatuur hervorming (O. Ghekiere)
3. FRZV MRI programmatie (G. Villeirs)
4. Wet diverse: Supplementen. (P. Aerts)
 - A. Procedure grondwettelijk hof
 - B. Financiële implicaties BSR

Défense professionnelle : les sujets brûlants de l'année écoulée (Modérateurs T. De Beule et F. Alexis)

1. Forfait CT/MRI (O. Ghekiere)
2. Réforme de la nomenclature phase 2 (O. Ghekiere)
3. Programmation IRM FRZV (G. Villeirs)
4. Droit divers : Suppléments. (P. Aerts)
 - A. Procédure de la Cour constitutionnelle
 - B. Implications financières BSR

Auditorium GA3

Onderwijs en navorsing 1
Herestraat 49
3000 LEUVEN



Nomenclature reform

Phase 1: Descriptive nomenclature: "revised list" submitted to TGR/CTM on 27/10/2023

Phase 2: Split between professional part and working costs

2.1: Professional fees = intradisciplinary Recalibration based on "new" nomenclature

2.2: Working Costs

Phase 3: Interdisciplinary recalibration

Phase 1: descriptive phase

• NPS V0: 299 original descriptions/acts in radiology

- Restructured: 124 descriptions/acts
- Restructured: 59 → 215 descriptions/acts
- Removed: 116 descriptions/acts
- New techniques: 42 descriptions/acts
- New : 22 descriptions/acts

NPS V1 403 acts

Revised list submitted to TGR/CTM on 27/10/2023

**Validation by TGR/CTM
(under conditions)**

1 A

Structurering

NGV V0:

Interventie bij pericarditis (inclusief de eventuele inspuitingen en spoelingen) onder echografische of fluoroscopische controle

NGV V1:

Pericardiale drainage, langs percutane weg



Opmerking
inclusief de eventuele
inspuitingen en spoelingen
onder echografische of
fluoroscopische controle

261671-261682 Totale radicale of partiële tumornefrectomie inclusief eventuele lymfadenectomie

Topografie	Action	Moyen	Libellé adapté
Rein	Exérèse partiële	Abord ouvert	Néphrectomie partiële, par abord ouvert
		Coelioscopie	Néphrectomie partiële, par coelioscopie
		Coelioscopie robot-assistée	Néphrectomie partiële, par coelioscopie robot-assistée
	Exérèse radicale	Abord ouvert	Néphrectomie radicale, par abord ouvert
		Coelioscopie	Néphrectomie radicale, par coelioscopie
		Coelioscopie robot-assistée	Néphrectomie radicale, par coelioscopie robot-assistée

Dec 2023

Phase 2: Split between professional part and working costs

• 2.1: Professional FEES

- 2.1.A: Professional fees. Relative value units
Intradisciplinary Recalibration based on “new” nomenclature
- 2.1.B: Tarification: Inami/RIZIV

• 2.2: Working costs: ongoing

- 2.2A: Normative approach
 - “should be” approach
- 2.2B: Actual cost approach
 - “As is” approach
 - V0: Current nomenclature (2022-2024)
 - V1: New codes (from 2025)

CARDIOLOGIE	EVR HP
Examens électrocardiographiques ...	1
Mesure du débit cardiaque ...	4
Bilan échographique transthor. du coeur...	7
Cathétérismes cardiaques ...	17
Fermeture du defect du septum auriculaire ...	38
Traitement d'un flutter auriculaire gauche ...	51

Spéc.	Libellé	EVR INTER
CARDIO	Examens électrocardiographiques ...	4
URO	Cystoscopie ... chez l'homme	8
URO	Urétrotomie externe ou interne	15
CARDIO	Mesure du débit cardiaque ...	16
URO	Examen uro-dynamique ...	22
CARDIO	Bilan échographique transthoracique du coeur...	27
URO	Orchidopexie simple	36
CARDIO	Cathétérismes cardiaques ...	67
URO	Résection endoscopique de la prostate ...	94
CARDIO	Fermeture du defect du septum auriculaire ...	153
CARDIO	Traitement d'un flutter auriculaire gauche ...	207

Phase 2.1: Scoring professional fees:

Duration (minutes)

Necessary and indispensable time for the complete realization of the examination or intervention by the physician

Includes manipulation of equipment if physician participates in the performance of the examination

Time elapses between start of patients positioning by the surgeon and the end of the dressing performed by the surgeon (not applicable)

Complexity (1 to 5)

Estimation of training and experience needed to perform the medical procedure

Risk (1 to 5)

Procedure/examination or interpretation of results may involve significant risks of the patient.

These risks generate stress. This stress must be considered when assessing the relative weight to be attributed to each medical act within its discipline.

6 radiological experts appointed by VBS/GBS/BSR and Universities to assess all 402 acts

Tom De Beule (BSR), Frédéric Alexis (BSR), Patrik Aerts (BSR),
Olivier Ghekiere (BSR), Christian Delcour (ULB) and Chantal Van Ongeval (KUL/UZL)

First evaluation of "duration, risk, complexity" of all acts on 13/11/2023

Numerous meetings between 13/11 and 22/12/2023

Initial consensus document finalized on 22/12/2023

Important task concerning all radiologists: probably in the first weeks of January 2024

Survey will be sent to all radiologists

Concerning all 402 performed acts

Scoring of all acts: duration, risk and complexity

Intradisciplinary recalibration:

Spéc.	Libellé	D	C	R	SCORE
CARDIO	Examens électrocardiographiques ...	2	1	13	1
CARDIO	Mesure du débit cardiaque ...	2	3	50	4
CARDIO	Bilan échographique transthoracique du coeur...	3	1	86	7
CARDIO	Cathétérismes cardiaques ...	5	4	215	17
CARDIO	Fermeture du defect du septum auriculaire ...	4	4	490	38
CARDIO	Traitement d'un flutter auriculaire gauche ...	5	4	662	51



Interdisciplinary recalibration by the Riziv/Inami



Dec 2023

Phase 2.1: Scoring professional fees

• Evaluation of duration (minutes)

- Since reporting time accounts for less than 40% of the radiologist's daily work, this **must be taken into account in the evaluation of duration**.

See study published in *Am J Coll Radiol* 2013 (next slide)

- Other tasks of radiologists:

The Evolving Role of the Radiologist: The Vancouver Workload Utilization Evaluation Study

Deljit Dhanoa, BSc, MD, MBA^{a,b}, Tajinder S. Dhesi, BSc^c,
Kirsteen R. Burton, MSc, MBA, MD^d, Savvas Nicolaou, MD^e, Teresa Liang, BSc^f

Purpose: The role of the present-day on-site hospital radiologist surpasses image interpretation-related duties. This study characterizes these workload activities, as well as quantifies the type of value-based interactions radiologists experience on a daily basis with allied health personnel.

Materials and Methods: A prospective, observational, randomized study was performed across 3 hospitals in the fall of 2012. One month of observation of 14 staff radiologists was performed by a trained observer. The observer followed the subject radiologists throughout the workday, recording activities using a time and motion methodology.

Results: Radiologists spent 36.4% of their time on image interpretation. The proportion of noninterpretative tasks was 45.8%, which includes activities such as protocolling requisitions, supervising and monitoring studies, performing image-guided procedures, consulting with physicians, and directly caring for patients. Total clinical productivity was 87.7%, and radiologists experienced, on average, 6 interactions per hour with other health personnel, of which over 81.2% directly influenced patient care in real time.

Conclusion: This study demonstrates a new framework of characterizing the type of work radiologists perform on a daily basis, which helps further define the evolving role of the present-day radiologist to other physicians, administrators, and policy makers. Furthermore, the on-site added value that radiologists deliver suggests that radiologists are central figures in the medical imaging department who are difficult to replace by off-site or nonradiologist image interpreters.

Key Words: Radiology, workload, quality assurance, practice management, telemedicine, outsourced services, clinical productivity

J Am Coll Radiol 2013;10:764-769. Crown Copyright © 2013 Published by Elsevier Inc. on behalf of American College of Radiology. All rights reserved.

• Evaluation of complexity (1-5)

Complexity → **RX definition:**

Complexity	
1	standard curriculum in medicine
2	standard curriculum of specialization
3	additional specialized training
4	additional specialized training + volume
5	additional specialized training + volume + framework

1. **Assistant:** Fe. RX vinger, RX thorax, RX abdomen
2. **General radiologist (Edir) fe.** RX cervical spine, CT head, CT Lumbar spine, US abdomen, MR knee, MR Lumbar spine
3. **Subspecialization:** Fe MRI shoulder/wrist/ankle, angioCT intracranial vessel, US Doppler renal arteries, CT thorax-abdomen, MRI sinus, MRI prostate, MRI angio lower/upper limb, arthrography, cytopunction + punction of ascites
4. **Subspecialization + volume fe.** HRCT-lung, mammoaraphy, CT petrosal bone, MR maxillofacial region, MR abdomen (whole body)
5. **Subspecialization + volume + consultation of medical records/multidisciplinary.** Fe Interventional radiology (all embolisations + endovascular cerebral), all functional/perfusion MRI, CT TAVI, cardiac MRI, MRI foetus

• Evaluation of Risk (1-5):

Diagnostische procedures:

Risk	
1	no risk, can be delegated to a trainee doctor
2	limited risk, can be delegated to a fellow
3	risk of complications, manageable when procedure is performed by an experienced specialized doctor
4	severe complications, long-term consequences
5	lethal complications

Prof. W.
Tambour

RX definition:

1. Low risk/stress: 'conventional RX'
2. Ultrasonography, CBCT/ CT/MR without IV contrast, conventional RX with contrast (pe. transit)
3. CT/MR with contrast/artrography/mammography/ ultrasonography of the breast
4. CT and MR exams using medications (except IV contrast): fe stress perfusie
5. None

Interventional procedures:

Risk	
1	no risk, can be delegated to a trainee doctor
2	limited risk, can be delegated to a fellow
3	risk of complications, manageable when procedure is performed by an experienced specialized doctor
4	severe complications, long-term consequences
5	lethal complications

Prof. W.
Tambour

RX definition:

1. None
2. None
3. For example: diagnostic angiography, PICC line, venous punctions, US-guided cytopuncture/drainage/biopsy
4. CT-guided biopsy/drainage, venous interventions, diagnostic angiography of the cerebral or superselective arteries
5. arterial embolisations/interventions, TIPPS, PTC cholangiography with dilatation

Corrections factors:

emergency patients, intensive care patients, hospitalized patients, pediatric patients, examinations under anesthesia,... must be implemented/compensated separately

Correction factors for these 'clinical situations' cannot yet be included in this evaluation

More information about our future "nomenclature" during a scheduled meeting in Brussels on Monday January 8 2024

Olivier Ghekiere

BSR and BVAS/Absym administrator
chairman working group medical imaging TGR/CTM

Tom De Beule

BSR president

Dec 2023



"Radiologists Battlecry"

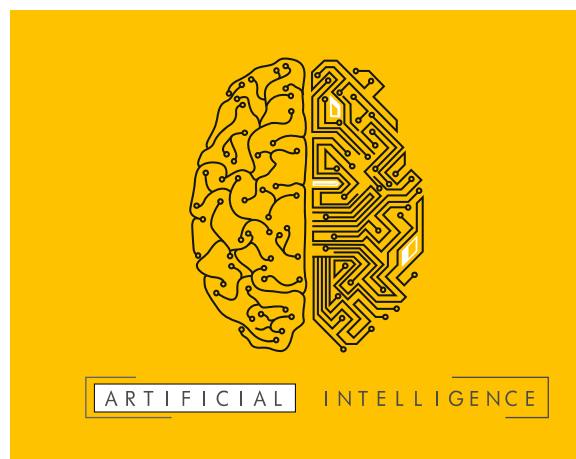
"Through screens and shadows, in pixels and light,
Radiologists unite, fierce in our sight!
From scans and echoes, we decode the unknown,
Our battle cry echoes, our expertise shown!

In the realm of images, we hold the key,
To unlock the mysteries, to set truth free!
With knowledge and skill, we face every trial,
Radiologists strong, we'll never defile!

With CTs and MRIs, our weapons of choice,
We fight for clarity, with unwavering voice!
In this visual battlefield, we proudly stand,
Radiologists brave, a steadfast band!

With diligence and precision, we make our stand,
Our resolve unyielding, across every land!
For the health of our patients, we fiercely fight,
Radiologists unite, our beacon of light!

In this war against illness, we never relent,
Our commitment unbroken, our purpose intent!
So, rally, dear colleagues, let our cry resound,
Radiologists strong, our victory is bound!"



Chat GPT4

Dec 2023



BSR Membership 2024

Dear colleagues,

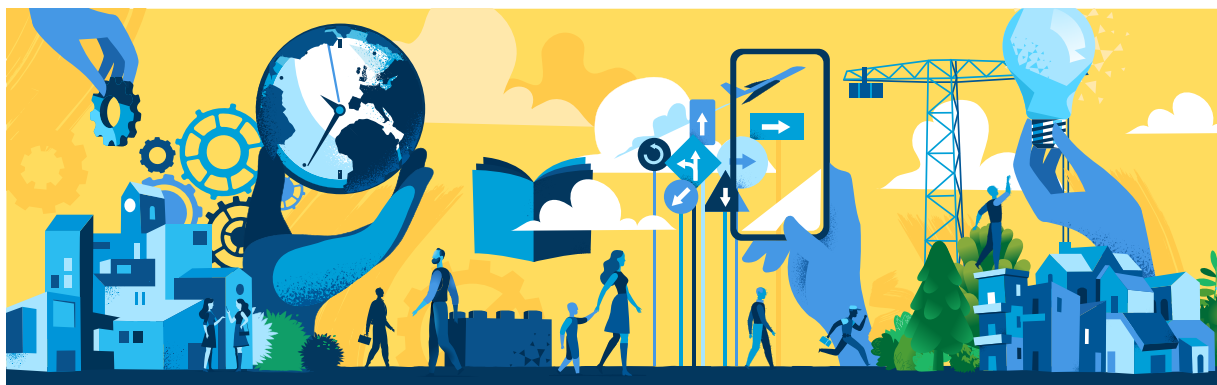
2023 comes to a close and the time has come to renew your membership of our Society. If you have supported us through membership during the past year, we wish to explicitly thank you, and we hope to have your continued support in 2024!

We look back at a very **turbulent year**, with multiple attacks on our profession by the office of minister Vandenbroucke. This culminated in the publication of the "Law Diverse Subjects" prohibiting supplements on ambulatory CT- and MRI-examinations during working hours on working days.

Rest assured that the Society does everything in its power **to defend our wonderful profession**, through negotiations with the Cabinet, participation in working groups and committees, and voicing our concerns through different channels. Much to our disappointment, we have learned that voicing your concerns and your voice being heard, are two different things. Our pleas have often fallen on a cold stone with the minister, who simply dismissed them stating "he had a different opinion". In hindsight we were only invited for the reason of being able to say "he had spoken with the field".

We were also confronted with very biased reporting in the general **press**, where we did not get the opportunity to raise our points, but the Minister had ample space to have his polarizing, populist oneliners published. This was very damaging to our reputation with the general public, and a collaboration with a specialized PR-agency will help us in the future.

Despite our continuous efforts, the "Law Diverse Subjects" was published on November 23rd, and in effect as of December 4th. This has left us no choice but to start a legal procedure before the Constitutional Court in order to have this law suspended/annulled. The specialized law firm Dewallens will represent our interests in this lawsuit. As many of you probably know, this is a costly procedure that is not covered by any legal expenses insurance and thus impacts heavily our tight budget.



Dec 2023

Now more than ever we need your support by becoming member or renewing your membership: without your financial support, we have but a slim chance of success! You can renew your membership online at www.bsr-web.be. Rates are unchanged, €440 for a radiologist and €55 for a radiologist in training.

The benefits of a membership at a glance:

- You support your professional association, which actively **defends your profession** against the government.
- You are also immediately a member of the **European Society of Radiology**, without additional administration.
- You will regularly receive **emails with news** from the radiological world (courses, section meetings, professional defense, etc.)
- You will receive **Radiology Now**, our physical newsletter, four times a year.
- You can publish an article free of charge in the **Journal of the Belgian Society of Radiology**, a fully digital Open Access Journal (<https://jbsr.be/>)
- You can post a **vacancy** on our website free of charge.
- You can have your **news announcement** placed on our website or sent by email to the membership base free of charge.
- You can participate or present free of charge at the various **section meetings**, which are usually accredited.
- You can participate at a reduced rate in the **Annual Symposium of the BSR**, the annual scientific radiological meeting in Belgium, where you can network with fellow radiologists from all over the country and speak with representatives of most radiology-related companies.
- You can contact us with all your **questions** related to professional defense, nomenclature changes, etc. for which we can also request advice from the Association of Belgian Specialists (VBS-GBS), to which your association is a member.

Thank you once more for your support in the past year, and we will continue our efforts relentlessly in the new year!

With kind, heartfelt, collegial regards,

The Board of the Belgian Society of Radiology

PS: Did you know we have special rates for group memberships? For more information, contact us at info@bsr-web.be!



Dec 2023

Ereloonsupplementen: BSR trekt samen met BVAS naar het Grondwettelijk Hof

BSR en BVAS hebben beslist om een procedure op te starten tegen artikel 11 van de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid, verschenen in het Belgisch Staatsblad van 24 november 2023. Het supplementenverbod voor zware medische beeldvorming tussen 8 u en 18 u tijdens de weekdagen is ingegaan op de tiende dag na publicatie, namelijk 4 december 2023. Mogelijk sluiten nog andere organisaties aan bij deze procedure. Het persbericht hierover werd goed opgepikt zowel in de Nederlandstalige als de Franstalige pers. Hiermee volgt de BSR ook de wens van de leden, zoals duidelijk gesteld op de vergadering van de diensthoofden op 13 september 2023 met een poll waar 100% van de deelnemende diensthoofden achter juridische acties stonden. Er zal zowel een verzoekschrift tot schorsing als een vordering tot nietigverklaring tegen hogervermelde wet ingeleid worden bij het Grondwettelijk Hof. Het hof zal zich eerst uitspreken over het verzoekschrift tot schorsing. De uitspraak ten gronde zal slechts vele maanden later volgen.

Vanaf het begin heeft de BSR getracht op alle mogelijke manieren voor en achter de schermen te vechten tegen deze wet. Hierover werd uitgebreid bericht in de vorige edities van Radiology Now, de Newsletter en tijdens het jaarlijkse symposium.

Een korte recapitulatie:

Het voorstel dat uiteindelijk in de wet resulteerde, werd voor het eerst voorgelegd op het "ad hoc overlegcomité" eind oktober 2022. Hiertegen heeft BVAS zich meteen verzet. De BSR, die geen lid is van het ad hoc comité, werd meteen op de hoogte gebracht. Op 1 december werd een schrijven gericht door BVAS, in samenspraak met de BSR, aan de voorzitter van het ad hoc overlegcomité, prof. J. Kips. Voorzitter Blanckaert en bestuurders Ghekiere en Aerts hekelden in dit schrijven de gedachtegang als zou dit wetsvoorstel overeenkomen met de uitvoering van het medicomutakkoord en stelden ze dat dergelijke financiële ingrepen niet kunnen losgekoppeld worden van de volledige hervorming van de ziekenhuisfinanciering.

De minister bleef herhalen dat zijn voorstel volledig in lijn lag met het medicomutakkoord 2022-2023 paragraaf 3.4.5.2 en liet zelfs verstaan dat hij een akkoord had met BVAS en BSR hierover, bijvoorbeeld in de interkabinetaire werkgroep van april 2023. Zodra we dit



vernamen, hebben we dit meteen per mail ontkracht bij de betrokken partijen.

De BSR werd inderdaad enkele malen ontboden op het kabinet. Deze gesprekken hadden niets te maken met overleg, maar waren eerder mededelingen van de minister en/of zijn kabinetsmedewerkers. Tegenargumenten werden van tafel geveegd, een tegenvoorstel werd nooit in overweging genomen. Desondanks blijft de minister het woord "overleg" met de sector in de mond nemen.

In juni publiceerde het Intermutualistisch Agenstschap (IMA), dat bij 21% van de ambulante CT-onderzoeken en bij 44% van de ambulante MR-onderzoeken een ereloonsupplement werd aangerekend. De BSR reageerde hierop met een perstekst op 15 juni 2023.

Intussen werd ruim overleg gepleegd met diverse politieke partijen in de hoop op die manier het tij te kunnen keren. We zijn ervan overtuigd dat sommigen ons goed verdedigd hebben: de discussie in het kernkabinet van 23 juni 2023 haalde het nationaal nieuws na een handgemeen tussen de vice-premiers Vandenbroucke en Van Quickenborne... Uiteindelijk werd het "politiek" beslist: steun voor minister Lahbib in ruil voor een verbod op ereloonsupplementen op CT en MR: politiek op hoog niveau...



Het wetsvoorstel vertrok naar de Raad van State en de regering had een crisis vermeden.

Medio augustus verleende de Raad van State positief advies.

Opnieuw hebben we meerdere politici aangesproken in de Commissie Volksgezondheid. Uit de verslagen van deze commissie blijkt dat onze teksten onder de vorm van vragen aan de minister werden overgemaakt tijdens de eerste en de tweede lezing van het wetsvoorstel. Uiteindelijk werd het voorstel meerderheid tegen minderheid goedgekeurd. De stemming in de Kamer op 9 november was een formaliteit. De snelle publicatie op 24 november is vrij uitzonderlijk. Aangezien het een wet betrof zonder uitvoeringsbesluiten, trad de wet in voege op 4 december: het begin van een chaos gecreëerd door een kabinet dat doof is gebleven voor goed gefundeerde argumentatie. Om te kunnen voldoen aan de wetgeving moeten de ziekenhuizen halsoverkop hun organisatie aanpassen: de case-mix van onderzoeken overdag is immers anders dan onderzoeken na 18 u en tijdens het weekend, er moeten schriftelijke toestemmingsformulieren opgesteld worden, er worden afspraken gemaakt hoe de patiënten zullen ingelicht worden bij het maken van de afspraak. De pers slaagt er opnieuw in om dit negatief te formuleren, als zouden dit ingrepen zijn vanwege radiologen en ziekenhuizen om de wet te omzeilen. Gelukkig werden we in bepaalde media toch correct verwoord.

P. Aerts

BVAS liaison. Board member BSR

Dec 2023

Suppléments d'honoraires : la SBR s'associe avec l'ABSyM pour saisir la Cour constitutionnelle

La SBR et l'ABSyM ont décidé d'engager une procédure contre l'article 11 de la loi portant diverses dispositions en matière de santé, publiée au Moniteur belge du 24 novembre 2023. L'interdiction de suppléments pour l'imagerie médicale lourde effectuée entre 8 et 18h en semaine est entrée en vigueur le dixième jour après cette publication, soit le 4 décembre 2023. D'autres organisations se joindront probablement à cette procédure. Le communiqué de presse consacré à cette question a bien été diffusé par la presse néerlandophone et francophone.

En agissant de la sorte, la SBR répond aussi aux souhaits de ses membres comme l'ont signifié les chefs de services invités à la réunion du 13 septembre 2023 : d'après un sondage, 100% de ceux qui ont participé sont en faveur d'une action en justice. La Cour constitutionnelle sera saisie d'une requête en de suspension et d'une requête en annulation contre la loi susmentionnée. La Cour statuera d'abord sur la requête de suspension. L'arrêt sur le fond suivra seulement plusieurs mois plus tard.

Dès le début, la SBR a essayé de lutter contre cette loi de toutes les manières possibles, à la fois en amont et en aval. Les éditions précédentes de Radiology Now, la newsletter et le symposium annuel en ont largement rendu compte.

En résumé :

La proposition qui a finalement abouti à une loi a été présentée pour la première fois au « comité de concertation ad hoc » fin octobre 2022. L'ABSyM s'y est aussitôt opposée. La SBR, qui n'est pas membre du comité ad hoc, en a été immédiatement informée. Le 1er décembre, l'ABSyM, en accord avec la SBR, a adressé une lettre au président du comité de concertation ad hoc, le professeur J. Kips. Dans cette lettre, le président Blanckaert et les membres du board Ghekiere et Aerts ont dénoncé le raisonnement qui laisse entendre que ce projet de loi est une application de l'accord medicomutualiste : ils ont souligné que de telles interventions financières ne peuvent être dissociées de toute la réforme du financement des hôpitaux.

Le ministre n'a cessé de répéter que sa proposition était tout à fait conforme à l'accord medicomutualiste 2022-2023



Dec 2023

au paragraphe 3.4.5.2. Il a même communiqué qu'il avait conclu un accord avec l'ABSyM et la SBR, par exemple au groupe de travail intercabinet d'avril 2023. Dès que nous avons appris cela, nous avons immédiatement démenti cette affirmation dans un e-mail adressé aux parties concernées.

Il est vrai que la SBR a été plusieurs fois convoquée au cabinet. Mais ces entretiens n'avaient rien à voir avec une concertation, il s'agissait plutôt de communications du ministre et/ou de ses collaborateurs. Les contre-arguments ont été balayés du revers de la main et aucune contre-proposition n'a jamais été envisagée. Malgré cela, le ministre continue à parler de « concertation » avec le secteur.

En juin, l'Agence InterMutualiste (AIM) a publié que des suppléments d'honoraires ont été facturés pour 21% de CT-scans ambulatoires et pour 44% des IRM ambulatoires. La SBR a réagi à cette annonce par un communiqué de presse le 15 juin 2023.

Entre-temps, de nombreuses concertations ont eu lieu avec divers partis politiques dans l'espoir d'inverser la tendance. Nous sommes convaincus que certains ont bien pris notre défense : la discussion au Kern du 23 juin 2023 a fait la une des journaux nationaux, après une empoignade entre les vice-premiers ministres Vandenbroucke et Van Quickenborne... Finalement, une décision a été prise « de manière politique » : soutien à la ministre Lahbib en échange d'une interdiction des suppléments d'honoraires sur les CT et les IRM, soit de la politique de haut niveau...

La proposition de loi est partie au Conseil d'Etat et le gouvernement a pu éviter une crise.

À la mi-août, le Conseil d'Etat a émis un avis positif.

De nouveau, nous nous sommes adressés à plusieurs politiciens au sein de la commission de la santé publique. Les comptes rendus de cette commission montrent que nos textes ont été transmis au ministre sous la forme de questions lors de la première et de la deuxième lecture de la proposition de loi. Finalement, la proposition a été approuvée, majorité contre minorité.

Le vote à la Chambre le 9 novembre était une formalité. La publication rapide le 24 novembre était plutôt exceptionnelle. Comme il s'agissait d'une loi sans arrêtés d'exécution, la loi est entrée en vigueur le 4 décembre : c'était le début d'un chaos généré par un cabinet resté sourd à des arguments pourtant bien fondés. Pour se conformer à la législation, les hôpitaux doivent procéder à des changements organisationnels précipités : le case-mix des examens en journée est en effet différent des examens effectués après 18h et le weekend, des formulaires de consentement écrit doivent être rédigés et des conventions sont établies pour déterminer comment les patients seront informés au moment de la prise de rendez-vous. Une fois de plus, la presse est parvenue à formuler les choses de manière négative en prétendant qu'il s'agit de manœuvres des radiologues et des hôpitaux afin de contourner la loi. Mais heureusement, certains médias ont tout de même décrit la réalité correctement.

Patrik Aerts

BVAS liaison. Board member BSR

Wijziging CT/MRI financiering: voorstellen van het kabinet Vandenbroucke (maandelijks 'ad hoc' ovelegcomité van 10/2023)

- Genormeerd aantal forfaits per ziekenhuis
 - o Norm: 120 NMR onderzoeken/1000 inwoners
 - o CT/NMR: 1.5 --> 180 CT onderzoeken/ 1000 inwoners

Per 1000 inwoners	CT	NMR	Totaal (+PET)	CT/NMR
België	205	98	292	2.1
Frankrijk	196	120	324	1.6
Duitsland	153	149	304	1.0
Nederland	95	52	153	1.8
EU 25	134	66	204	2.0

OECD at a glance

- Berekening forfaits:
 - o NMR: federale financiering NMR/ totaal aantal NMR onderzoeken (2022):
B3 + honoraria + consultancy forfait+ forfait per voorschrift = 246,5 miljoen €.
Exclusie : A3 + forfait per opnamen voor radioloog en ziekenhuis
Komt op een federaal forfait van 196,3€/ onderzoek
(ev. alternatief: 176.8 € voor standaard NMR en 265,3 € voor complexe NMR)
 - o CT: federale financiering CT/ totaal aantal CT onderzoeken (2022):
Idem NMR, maar zonder B3: 476,5 miljoen €
Komt op een forfait van 174€/ onderzoek
- Toekenning aantal forfaits per ziekenhuis
 - o Berekening door audit cel RIZIV/FOD obv data 2019 (pre-covid). Verschillen in patiëntkarakteristieken (leeftijd, geslacht, CT, VI) verklaren variatie in NMR/CT ratio tussen ziekenhuizen niet. Data kunnen jaarlijks herberekend worden
 - o in functie van marktaandeel van elk ziekenhuis per gemeente (apart voor NMR en CT)
 - o uitbetaling forfait tot het genormeerd maximum
 - o bijkomende veiligheidsmarge van 10% aan degressief forfait (50%)
- Gelijklopend
 - o Optrekken programmatie NMR met 37 toestellen.
 - o Implementatie elektronisch voorschrift met verplicht gebruik CDS.



BVR/BVAS bezwaren

1. GEEN REKENING MET PRAKTIJKVARIABILITEIT

o 1 of 2 forfaits is onvoldoende om deze praktijkvariabiliteit tegemoet te komen.

i. NMR beeldvorming: variabiliteit (20, 30, 40, 60 min) afhankelijk van indicatiestelling en anatomische regio

ii. CT onderzoeken: verschil tussen uitvoering CT knie versus CT oncologie of coronairen

o Voorafname van de nomenclatuurbetaling houdt geen rekening met de huidige praktijk variabiliteit. De huidige nomenclatuur dekt reeds onvoldoende de variatie in complexe NMR en CT onderzoeken, vereenvoudiging heeft nog een omgekeerd effect.

CORRECTE EN VOLLEDIGE UITWERKING VAN DE NOMENCLATUURHERVORMING NOODZAKELIJK

2. DIENST RADIOLOGIE/MEDISCHE BEELDVORMING

o MEER DEFICITAIRE onderzoeken maken ook deel uit van een dienst radiologie

- INTERVENTIONELE RADIOLOGIE, CT coronairen
- PUNCTIES

- RX ONDERZOEKEN met bijhorende kosten voor personeel (24/24u bemanning voor RX zaal, onderhoudskosten,...)

o Een totale hervorming is vereist van ALLE disciplines binnen de radiologie

CORRECTE EN VOLLEDIGE UITWERKING VAN DE NOMENCLATUURHERVORMING NOODZAKELIJK

3. FORFAIT PER ZIEKENHUIS EN DEGRESSIEF FORFAIT

• Toekenning van het aantal forfaits per ziekenhuis via "marktaandeel" = potentieel budget

• Betaling van dit forfait tot aan bereikte aantal onderzoeken, vervolgens forfait = 0 (10% marge in 2025 aan 50% forfait) kost vervolgens volledig

ten laste van het ziekenhuis en arts

• Enerzijds degressief forfait v/h technisch MR gedeelte om de kosten onder controle te houden en anderzijds drastische uitbreiding MR toestellen met liefst 37

• Forfaits voor deze toestellen zullen in het begin op 0 staan gezien ze nog niet meetellen in de berekening voor het markt-aandeel (berekening op 2019)

• Voorfinanciering door de ziekenhuizen zelf!

• Desinvestering/onder-investeringen: complexe NMR en CT-onderzoeken vergen duurdere CT/NMR-toestellen en meer tijd.

• Bijkomende A3/B3 financiering noodzakelijk voor alle bijkomende NMR toestellen!

Dit éézijdig hervormingsvoorstel van de Minister is onaanvaardbaar en heeft geleid tot een gemeenschappelijk schrijven van de ziekenhuiskoepels (Zorgnet Icuuro, UNESA, GIBBIS en Santhea), de artsensyndicaten (BVAS/Absym en ASGB/Kartel) en de BVR op 27 oktober 2024.





De heer Frank Vandenbroucke
Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
Wetstraat 23
1040 Brussel

Brussel, dinsdag 24 oktober 2023

Betreft: hervorming NMR/CT

Geachte minister Vandenbroucke

Wij namen akte van het voorstel tot hervorming van de financiering van CT en NMR, en daarmee gepaard de uitbreiding van de programmatie van NMR en de invoering van elektronisch voorschrift met verplicht gebruik van beslissingsondersteuning (clinical decision support of PSSr).

De vertegenwoordigers van de artsen en de ziekenhuizen willen hier constructief aan meewerken en zijn dan ook zeer verbaasd over de huidige gang van zaken en het (eenzijdige) hervormingsvoorstel dat op tafel ligt. Zowel inhoudelijk, als qua timing is dit onrealistisch en onaanvaardbaar.

1. Geen uitvoering van het medicomutakkoord

Het akkoord 2022-2023 van de NCAZ stelt in punt 3.4.5.2 een meer forfaitaire financiering van de medische beeldvorming voorop.

[...] Concreet zullen, in overleg met de betrokken stakeholders en BELMIP, op transparante wijze, vanaf 2023, de forfaitaire honoraria voor de werking per toestel vastgesteld worden op basis van de analyse van de reële kostenstructuur van de verschillende verstrekkingen uitgevoerd met CT, NMR en PET en rekening houdend met internationale gegevens en de audits van het RIZIV inzake rationeel gebruik. [...]

Het huidige voorstel is daar geen uitvoering van:

- Het gevraagde **overleg** met de betrokken stakeholders en BELMIP wordt gereduceerd tot een informatieve sessie op de ad hoc overlegstructuur.
- Het financieringsvoorstel betreft BFM en alle honoraria en viseert daarmee ook het **intellectuele gedeelte** van de prestaties NMR en CT. Het vertrekt bovendien van de huidige uitgaven en is niet onderbouwd op basis van reële kosten.
- In het kader van de hervorming van de nomenclatuur wordt er voor de intellectuele prestaties net meer **granulariteit** voorzien dan in de huidige nomenclatuur. Dit weerspiegelt beter de inzet voor verschillende types onderzoeken, zowel voor NMR als CT. Het voorstel met vereenvoudiging tot 1 of 2 forfaits staat daar haaks op, zowel inhoudelijk als ook qua timing, wetende dat de hervorming lopende is.

We zien ook volgende **problemen en risico's voor de patiënt en de kwaliteit van zorg**:

- Cherry-picking risico wordt verstrekt: eenvoudigere onderzoeken krijgen de voorkeur op complexe langdurige onderzoeken waar veel duurdere apparatuur voor nodig is.
- Bewerkstellen van geneeskunde met twee snelheden en toenemende wachttijden, zeker naar het einde van het jaar toe.
- Desinvestering: complexe NMR en CT-onderzoeken vergen duurdere CT/NMR-toestellen en meer tijd.

Dec 2023



2. Financieel evenwicht ziekenhuizen nog meer in het gedrang

Na de selectieve aanpak van klinische biologie, farma, ereloonsupplementen, ... grijpt dit voorstel op vlak van medische beeldvorming opnieuw in op het financieel evenwicht in de ziekenhuizen. Dit is namelijk geen budgetneutraal financieringsvoorstel, maar een besparing: CT moet onmiddellijk dalen, groei NMR niet mogelijk om te realiseren, zeker niet de eerste jaren. Noch het personeel, noch het aantal toestellen is daarvoor beschikbaar. Bovendien is het niet duidelijk of en hoe het nationaal budget zal evolueren i.f.v. demografische en medische evoluties (bv. CT voor evaluatie therapierespons bij oncologiepatiënten). Ook het nakende verbod op het aanrekenen van supplementen op ambulante zware medische beeldvorming, raakt aan het financiële evenwicht terwijl wij nog steeds wachten op de opstart van de gesprekken over het uitwerken van compensatiemechanismen.

Deze aangepaste financiering vanuit de overheid zet zo ook de **lokale afspraken onder druk**, cf. algemene en financiële regeling, met impact op de solidariteit binnen het ziekenhuis. In een hervormingstraject is er net nood aan financiële stabiliteit en klimaat van vertrouwen.

Desalniettemin steunen ook artsen en ziekenhuizen de evolutie naar een meer forfaitaire financiering van werkingskosten. Dit moet echter onderbouwd zijn op basis van verantwoorde kosten, en kan alleen doorgevoerd worden **TEGELIJK met een globale hervorming van de ziekenhuisfinanciering en nomenclatuur**, met een correcte financiering van alle activiteiten en verplichtingen. Hetzelfde geldt voor de toestelfinanciering vanuit de regio's: binnen een budgetneutraal kader zal er een belangrijke daling van het forfait voor NMR volgen bij uitbreiding van de programmatie, hetgeen mee druk zal zetten op de globale financiering.

3. Voorstellen hervorming op korte termijn

- Vanuit de FRZV zullen we een onderbouwd advies geven met betrekking tot het voorstel voor uitbreiding van de programmatie NMR, op een realistische tijdshorizon
- Overleg met de artsen en ziekenhuizen verderzetten op basis van evidentie en een correcte financiering
- Prioritair inzetten op de invoering van CDS en benchmarking asymmetrisch gebruik tussen ziekenhuizen om op die manier de ratio CT-NMR te verbeteren.
- Toezien dat deze invoering budgetneutraal is voor de ziekenhuizen én artsen, en als ze dat niet is, financieel compenserende maatregelen toelaten of voorzien.

Vriendelijke groeten,

Namens artsen:

- Dr. Johan Blanckaert – voorzitter Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)
- Dr. Luc Herry – ondervoorzitter Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS)
- Dr. Thomas Gevaert – voorzitter Kartel en voorzitter Specialisten ASGB/Kartel
- Dr. Ahmed Goubella – voorzitter MoDes/Kartel
- Dr. Tom De Beule – voorzitter Belgische Vereniging voor Radiologie (BVR)

Namens ziekenhuiskoepels:

- Karel Van De Sompel – algemeen directeur Gibbis
- Yves Smeets – algemeen directeur Santhea
- Dr. Philippe Devos – algemeen directeur Unessa
- Margot Cloet – gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro



Dec 2023

Modifications du financement CT/IRM : propositions du cabinet Vandenbrouck (comité de concertation 'ad hoc' mensuel du 10/2023)

Nombre standardisé de forfaits par hôpital

- Standard : 120 examens RMN/1000 habitants
- CT/RMN : 1,5 --> 180 examens CT/1000 habitants

Per 1000 habitants	CT	RMN	Totaal (+PET)	CT/RMN
Belgique	205	98	292	2.1
France	196	120	324	1.6
Allemagne	153	149	304	1.0
Pays Bas	95	52	153	1.8
EU 25	134	66	204	2.0

OECD at a glance

Calcul des forfaits :

o RMN : financement fédéral RMN/nombre total d'examens IRM (2022) :

B3 + honoraires + forfait consultation + forfait par prescription = 246,5 M€.

Exclusion : A3 + forfait par admission pour radiologie et hôpital

Cela revient à un forfait fédéral de 196,3 €/examen

(alternative possible : 176,8 € pour une RMN 'standard' et 265,3 € pour une RMN 'complexe')

o CT : financement fédéral pour le CT/nombre total d'examens CT (2022) :

Idem RMN, mais sans B3 : 476,5 M€

Il s'agit d'un forfait de 174 €/examen

Attribution du nombre de forfaits par hôpital

o Calcul par la cellule d'audit (INAMI/SFPF) sur la base des données 2019 (pré-covid). Les différences dans les caractéristiques des patients (âge, sexe, ...) n'expliquent pas la variation du rapport RMN/CT entre les hôpitaux. Les données peuvent être recalculées chaque année

o basé sur la part de marché de chaque hôpital par commune (séparément pour RMN et CT)

o paiement forfaitaire jusqu'au maximum standardisé

o marge de sécurité supplémentaire de 10% sur un montant fixe dégressif (50%)

Simultanément

o Augmenter la programmation RMN avec 37 appareils (CNEH).

o Mise en place de la prescription électronique avec utilisation obligatoire du CDS ('Clinical decision support').



Objections de la SBR/Absym

1. DENI DE LA VARIABILITÉ DES PRATIQUES

o 1 ou 2 forfaits ne suffisent pas pour tenir compte de cette variabilité de pratique.

- Imagerie RMN : variabilité (20, 30, 40, 60 min) selon l'indication et la région anatomique
- Examens CT : différence entre un scanner du genou et un scanner oncologique ou des artères coronaires

o La réforme préliminaire de la nomenclature ne tient pas compte de la variabilité actuelle des pratiques. La nomenclature actuelle ne couvre pas suffisamment la variation des examens complexes RMN et CT, la simplification a l'effet inverse.

NECESSITE D'UNE ELABORATION CORRECTE ET COMPLÈTE DE LA RÉFORME DE LA NOMENCLATURE

2. SERVICE DE RADIOLOGIE/IMAGERIE MÉDICALE

o Les examens (en partie) déficitaires font également partie d'un service de radiologie

- RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE, coronaro CT
- PONCTIONS
- EXAMENS RX avec frais associés pour le personnel (permanence 24h/24 pour la salle RX, frais de maintenance, etc.)

o Une réforme complète est nécessaire pour TOUTES les disciplines de la radiologie

NECESSITE D'UNE ELABORATION CORRECTE ET COMPLÈTE DE LA RÉFORME DE LA NOMENCLATURE

3. FORFAIT PAR HÔPITAL ET FORFAIT DÉGRESSIF

• Attribution du nombre de forfaits par hôpital via « part de marché » = budget potentiel

• Versement de ce forfait à hauteur du nombre d'examens atteint, puis forfait = 0 (10% de marge en 2025 à 50% de forfait) puis les frais sont intégralement à la charge de l'hôpital et du médecin.

• D'une part, un forfait dégressif pour la partie technique RMN afin de maîtriser les coûts et d'autre part, une expansion des appareils RMN de pas moins de 37.

• Les forfaits pour ces appareils seront initialement fixés à 0 car ils ne comptent pas encore dans le calcul de la part du marché (calcul pour 2019)

• Préfinancement par les hôpitaux eux-mêmes !

• Désinvestissement/sous-investissement : les examens RMN et CT complexes nécessitent du matériel CT/RMN plus coûteux et prennent plus de temps.

• Financement A3/B3 supplémentaire nécessaire pour tous les appareils RMN supplémentaires !

Cette proposition de réforme unilatérale du ministre est inacceptable et a donné lieu à une lettre commune des organisations faîtières d'hôpitaux (Zorgnet Icuro, UNESSA, GIBBIS et Santhea), des syndicats de médecins (BVAS/Absym et ASGB/Kartel) et de la BSR le 27 octobre 2024.





Monsieur Frank Vandenbroucke
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
Rue de la Loi 23
1040 Bruxelles

Bruxelles, mardi 24 octobre 2023

Objet : Réforme RMN/CT

Cher ministre Vandenbroucke

Nous avons pris note de la proposition de réforme du financement de la CT et de la RMN, et donc de l'élargissement de la programmation de la RMN et de l'introduction de la prescription électronique avec recours obligatoire à l'aide à la décision (aide à la décision clinique ou PSSr).

Les représentants des médecins et des hôpitaux souhaitent y participer de manière constructive et sont donc très surpris de la situation actuelle et de la proposition de réforme (unilatérale) qui est sur la table. Cela est irréaliste et inacceptable, tant en termes de contenu que de calendrier.

1. Pas de mise en œuvre de l'accord médico-mut

L'accord CNMM 2022-2023 prévoit au point 3.4.5.2 un financement davantage forfaitaire de l'imagerie médicale.

[...] Concrètement, en concertation avec les parties prenantes concernées et BELMIP, des honoraires forfaitaires de fonctionnement par appareil seront établis de manière transparente à partir de 2023, sur base de l'analyse de la structure réelle des coûts des différentes prestations effectuées avec le CT, la RMN et la TEP et en tenant compte des données internationales et des audits de l'INAMI sur l'utilisation rationnelle. [...]

La proposition actuelle n'est pas une mise en œuvre de ceci :

- La **consultation** demandée avec les parties prenantes impliquées et BELMIP se réduit à une séance d'information sur la structure de consultation ad hoc.
- La proposition de financement concerne le BMF et tous les honoraires et cible donc également la **partie intellectuelle** des prestations RMN et CT. De plus, elle est basée sur les dépenses courantes et n'est pas justifiée sur la base des coûts réels.
- Dans le cadre de la réforme de la nomenclature, plus de **granularité** est prévue pour les acquis intellectuels que dans la nomenclature actuelle. Cela reflète mieux l'engagement envers différents types d'exams, tant pour la RMN que pour la CT. La proposition de simplification à 1 ou 2 forfaits est en contradiction avec cela, tant au niveau du contenu qu'au niveau du timing, sachant que la réforme est en cours.

Nous constatons également les **problèmes et risques suivants pour le patient et la qualité des soins** :

- Le risque de sélection (« *cherry-picking* ») est renforcé : les exams plus simples sont préférés aux exams complexes à long terme qui nécessitent un appareillage beaucoup plus coûteux.
- Parvenir à une médecine à deux vitesses et augmenter les délais d'attente, notamment vers la fin de l'année.

Dec 2023



- Désinvestissement : les examens RMN et CT complexes nécessitent des appareillages CT/RMN plus coûteux et demandent plus de temps.

2. L'équilibre financier des hôpitaux est davantage mis en péril

Après l'approche sélective de la biologie clinique, de la pharmacie, des suppléments d'honoraires, etc., cette proposition affecte une nouvelle fois l'équilibre financier des hôpitaux dans le domaine de l'imagerie médicale. Il ne s'agit pas d'une proposition de financement neutre sur le plan budgétaire, mais d'une économie : la CT doit diminuer immédiatement, la croissance de la RMN n'est pas possible, certainement pas dans les premières années. Ni le personnel ni le nombre d'appareillages ne sont disponibles pour cela. De plus, il n'est pas clair si et comment le budget national évoluera par rapport aux évolutions démographiques et médicales (par exemple CT pour l'évaluation de la réponse thérapeutique chez les patients en oncologie). L'interdiction imminente de facturer des suppléments pour l'imagerie médicale lourde ambulatoire affecte également l'équilibre financier alors que l'on attend toujours le début des discussions sur l'élaboration des mécanismes de compensation.

Ce financement adapté de l'État met également **les accords locaux sous pression**, cf. réglementation générale et financière, avec un impact sur la solidarité au sein de l'hôpital. Dans un trajet de réforme, il faut une stabilité financière et un climat de confiance.

Néanmoins, les médecins et les hôpitaux soutiennent également l'évolution vers un financement plus forfaitaire de frais de fonctionnement. Cependant, cela doit être étayé par des coûts justifiés et ne peut être mis en œuvre qu'**EN MEME TEMPS qu'une réforme globale du financement et de la nomenclature** des hôpitaux, avec un financement correct de toutes les activités et obligations. Il en va de même pour le financement des appareillages par les régions : dans un cadre budgétairement neutre, il y aura une diminution significative du montant fixe de la RMN lors de l'élargissement de la programmation, ce qui exercera également une pression sur le financement global.

3. Propositions de réforme à court terme

- Au niveau de la CFEH, nous fournirons un avis étayé concernant la proposition d'extension de la programmation RMN, avec un horizon temporel réaliste.
- Poursuivre la concertation avec les médecins et les hôpitaux sur la base de preuves et d'un financement correct.
- Prioriser l'introduction de CDS et de benchmarking des usages asymétriques entre les hôpitaux afin d'améliorer le ratio CT-RMN.
- Veiller à ce que cette introduction soit neutre sur le plan budgétaire pour les hôpitaux et les médecins, et si ce n'est pas le cas, autoriser ou prévoir des mesures de compensation financière.

Sincères salutations,

Au nom des médecins:

- Dr. Johan Blanckaert – président Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM)
- Dr. Luc Herry – vice-président Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM)
- Dr. Thomas Gevaert – président Cartel et président Spécialistes ASGB/Cartel
- Dr. Ahmed Goubella – président MoDes/Cartel
- Dr. Tom De Beule – président Société Belge de Radiologie (SBR)

Au nom des fédérations des hôpitaux:

- Karel Van De Sompel – directeur général Gibbis
- Yves Smeets – directeur général Santhea
- Dr. Philippe Devos – directeur général Unessa
- Margot Cloet – gedelegeerd bestuurder Zorgnet-Icuro

Dec 2023

ADVIES VOORSTEL MR/CT FORFAITS

3 NOVEMBER 2023

Aan de bestuurders van de koepels en de syndicaten.

Het gedetailleerd voorstel tot versneld forfaitariseren van CT en MRI van Minister Vandenbroucke werd vorige week besproken tijdens een bestuursvergadering van de Belgische Vereniging voor Radiologie (BSR). Na intern overleg wenst de BSR nog enkele bijkomende bezorgdheden mee te delen alsook haar standpunt te bevestigen.

1. Het voorstel is geen uitvoering van het MedicuMut-akkoord.

Het MedicoMut-akkoord voorziet in onderhandelingen over een mogelijke introductie van forfaitaire honoraria voor CT- en MRI-toestellen op basis van de reële kostenstructuur van de verschillende verstrekkingen, rekening houdend met internationale gegevens en audits van het RIZIV inzake rationeel gebruik. Het voorgestelde plan van Minister Vandenbroucke is daar echter geenszins een uitvoering van, omdat het onder meer geen rekening houdt met de reële kostenstructuur van de verschillende verstrekkingen, die net bepaald zullen worden in de globale nomenclatuurhervorming.

2. De BSR blijft loyaal meewerken aan de globale nomenclatuurhervorming.

Het uitgangspunt blijft dat alle financieringsonderdelen, zowel honoraria als technische componenten, onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en daarom simultaan en op evenwichtige wijze aan bod moeten komen via de overeenge-

komen fasen van de nomenclatuurhervorming. Het naar voor halen van één geïsoleerde component (in casu de financiering van CT en MRI), buiten de globale nomenclatuurhervorming om, kan per definitie niet op evenwichtige wijze gebeuren en is contraproductief (cfr. infra).

3. PSSr (clinical decision support) is de basis van gejustifieerde aantallen CT- en MRI-onderzoeken en aldus van een correcte CT/MRI-ratio.

Door combinatie van het elektronisch voorschrift en PSSr zullen alle CT- en MRI-onderzoeken bij de aanvraag zelf gejustifieerd worden en kan de radioloog indien nog nodig het substitutierecht efficiënter benutten. Aldus worden niet-gejustifieerde onderzoeken of “onnodige stralen” maximaal vermeden, niet alleen in de ambulante setting (voorstel Minister) maar ook in de gehospitaliseerde. De arbitraire en ongefundeerde CT/MRI-ratio van Minister Vandenbroucke kan dit resultaat onmogelijk bereiken.

De CT/MRI-ratio kan per ziekenhuis overigens sterk verschillen en is afhankelijk van de case-mix alsook van de patiëntpopulatie. Deze ratio zal globaal echter altijd cirkelen rond een nationale gejustifieerde CT/MRI-ratio.



4. Een “tussentijdse” forfaitarisering van de CT- en MRI-nomenclatuur is onnodig en contraproductief:

- o het is niet gebaseerd op de reële kostenstructuur van de verschillende CT- en MRI-verstrekkingen
- o het bevat geen oplossing voor “niet-gejustifieerde onderzoeken” en “onnodige stralen”
- o het houdt geen rekening met duur, complexiteit en risico van CT- en MRI-onderzoeken (en bijgevolg praktijkvariabiliteit) waardoor afspraken voor snelle en eenvoudige onderzoeken voorkeur kunnen krijgen op langdurige en complexe onderzoeken
- o het dreigt door een daling van het globaal volume van CT- en MRI-onderzoeken de wachttijd voor beiden te verlengen (-500.000 CT + 190.000 MRI = -310.000 onderzoeken)
- o het dreigt noodzakelijke CT-evoluties te fnuiken, zowel technisch (photon-counting) als qua indicaties (oncologie)

5. De uitbreiding van de MRI-programmatie moet afgestemd worden op de introductie van PSSr in 2025.

Intussen kan een beperkte uitbreiding van de programmatie voorzien worden. BELMIP berekende dat er 5 extra toestellen in de programmatie kunnen opgenomen worden. Bijkomende financiering is hiervoor nodig. De BSR bestudeert hoe een verdergaande uitbreiding van

deze programmatie nuttig kan zijn om de wachttijden te verkorten en redelijke(r) openingsuren te bewerkstelligen. Onderhandelingen hierover lopen momenteel in de FRZV.

6. Sinds talrijke jaren is er geen overschrijding meer van het “gesloten” budget medische beeldvorming.

Conclusie:

Invoering van PSSr is één en ondeelbaar en hier moet maximaal op ingezet worden. Het is de enige manier om in combinatie met het elektronisch voorschrift en een intelligente MRI-programmatie tegemoet te komen aan de wensen van de Minister, met name introductie van een CT/MRI-ratio gebaseerd op evidence-based justificatie, vermijden van “niet-gejustifieerde onderzoeken”, vermijden van onnodige stralenbelasting, verkorten van wachtlijsten en redelijke(r) openingsuren door eventueel bijkomende MRI toestellen. De huidige haast om versneld een “tussentijdse” hervorming in te voeren heeft enkel risico's en de BSR blijft als beroepsgroep hierover de gevaren benadrukken.

PROPOSITION AVIS FORFAITS MR/CT

3 NOVEMBRE 2023

Aux administrateurs des coupoles et des syndicats

La proposition détaillée de forfaitisation accélérée des CT-scans et des IRM du ministre Vandembroucke a fait l'objet d'une discussion, la semaine dernière, lors d'une réunion de l'organe d'administration de la Société belge de Radiologie (BSR). Après concertation interne, la BSR souhaite réexprimer quelques préoccupations supplémentaires de même que son point de vue.

1. La proposition n'applique pas l'accord medicomut.

L'accord medicomut prévoit des négociations concernant l'introduction éventuelle d'honoraires forfaitaires pour les appareils CT et IRM, déterminés en fonction de la structure des coûts réels des différentes prestations, en tenant compte des données internationales et des audits de l'INAMI sur l'utilisation rationnelle. Cependant, le ministre Vandembroucke propose un plan qui n'applique pas du tout l'accord, notamment parce qu'il ne tient pas compte de la structure des coûts réels des différentes prestations qui seront seulement déterminés dans le cadre de la réforme globale de la nomenclature.

2. La BSR continue à collaborer loyalement à la réforme globale de la nomenclature

Le présupposé de départ reste que toutes les composantes du financement, tant les honoraires que les éléments techniques, sont inextricablement liés

et doivent donc être traités de manière simultanée et équilibrée lors des phases convenues pour la réforme de la nomenclature. Isoler une composante (en l'occurrence, le financement des CT et des IRM) de la réforme globale de la nomenclature, est par définition une démarche dénuée d'équilibre et contreproductive (voir ci-après).

3. PSSr (« clinical decision support ») justifie le nombre de CT-scans et d'IRM et donc le ratio correct CT/IRM.

En combinant la prescription électronique et PSSr, tous les CT-scans et IRM seront justifiés au moment même de leur demande et le radiologue pourra recourir à son droit de substitution de manière plus efficiente, si nécessaire. Ainsi, les examens non justifiés ou les « rayons inutiles » seront évités au maximum, non seulement en ambulatoire (proposition du ministre), mais aussi à l'hôpital. Or, un tel résultat n'est pas possible sur la base du ratio CT/IRM arbitraire et non fondé du ministre Vandembroucke.

En outre, le rapport CT/IRM peut varier considérablement d'un hôpital à l'autre et dépend du case-mix ainsi que de la population de patients. Toutefois, dans l'ensemble, ce ratio tournera toujours autour d'un ratio CT/IRM justifié au niveau national.

4. Une forfaitisation « intermédiaire » de la nomenclature des CT et IRM est inutile et contreproductive pour les raisons suivantes :

- o Elle n'est pas basée sur la structure des coûts réels des différentes prestations liées aux CT-scans et aux IRM.
- o Elle ne propose aucune solution pour les « examens non justifiés » et les « rayons inutiles ».
- o Elle ne tient pas compte de la durée, de la complexité et du risque lié aux CT-scans et IRM (par conséquent variabilité des pratiques) et donc les rendez-vous pour des examens rapides et simplifiés peuvent être privilégiés par rapport aux examens longs et complexes.
- o En raison d'une diminution du volume global des CT-scans et des examens IRM, elle risque d'allonger le temps d'attente pour les 2 types d'examen (-500.000 CT + 190.000 IRM = -310.000 examens)
- o Elle risque de freiner les évolutions nécessaires des CT-scans, tant sur le plan technique (comptage des photons) qu'en termes d'indications (oncologie).

5. L'élargissement de la programmation IRM doit s'accorder avec l'introduction de PSSr en 2025.

Entre-temps, un élargissement limité de la programmation peut être prévu. BELMIP a calculé que 5 appareils supplémentaires peuvent être repris dans la programmation. Pour ce faire, un financement supplémentaire est nécessaire. La BSR examine la question de l'utilité d'un élargissement plus poussé de cette programmation pour raccourcir les temps d'attente et parvenir à des horaires (plus) raisonnables. Des négocia-

tions à ce sujet sont en cours actuellement au CFEH.

6. Depuis plusieurs années, il n'y a plus eu de dépassement du budget « fermé » d'imagerie médicale.

Conclusion :

L'introduction de PSSr est inéluctable et il faut y consacrer le maximum d'efforts. C'est le seul moyen, en combinaison avec la prescription électronique et une programmation judicieuse des IRM, de répondre aux souhaits du ministre, à savoir introduire un ratio CT/IRM justifié par des preuves, éviter des « examens non justifiés », éviter l'exposition inutile aux radiations, réduire les listes d'attente et mettre en place des horaires raisonnables(r) grâce à d'éventuels appareils IRM supplémentaires.

L'empressement actuel visant à accélérer l'introduction d'une réforme « intermédiaire » ne comporte que des risques et en tant qu'union professionnelle, la BSR continuera à en souligner les dangers.





Contributors BSR newsletter

◇ Content creation:

Piet Vanhoenacker, Tom De Beule, Olivier Ghekiere, Patrik Aerts, Astrid van Hoywegen

◇ Graphic Design

Paulien Leys & Tom De Beule

◇ Final editing

Tom De Beule

◇ Publisher

Piet Vanhoenacker

P924824

