

**SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

**BRUXELLES, le 14 mars 2013**

**DIRECTION GÉNÉRALE ORGANISATION  
DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

-----

**Section "Programmation et Agrément"**

**Réf. : CNEH/D/423-4 (\*)**

**AVIS DU CNEH CONCERNANT LA PROGRAMMATION,  
L'AGRÉMENT ET LE FINANCEMENT DU PET-SCAN**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 14 mars 2013

Pour la rédaction de ce projet d'avis, il a été recouru aux contributions fort précieuses de membres du CNEH et de différents experts. Qu'ils en soient remerciés.

Il est notamment renvoyé aux notes suivantes:

- Demande d'avis au CNEH concernant la programmation PET (août 2012).  
Dr. B. DEHAES, prof. Dr. F. JAMAR, Dr L.KIEBOOMS
- Révision de la programmation et du financement du PET-scan (octobre 2012).  
Dr. P. PAULUS
- Financiering van de PET. Aanvullende nota 9-10-2012.  
Dr. B. DEHAES
- Compte d'exploitation d'un PET-scan, modèle de calcul.  
Dr. M. DUSART
- Regulatory Framework, Quotum en Kankerincidentie. Werknota 2-12-2012.  
Dr. K. DEVIS

### **Demande d'avis**

Le 12-07-2012, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Madame L. ONKELINX a sollicité l'avis du Conseil national des Établissements hospitaliers concernant la tomographie par émission de positrons (PET).

Dans le cadre du Plan national Cancer (initiative 16) visant à soutenir l'imagerie oncologique par PET, le cas échéant en application hybride telle que PET-CT ou PET-RMN, et compte tenu des recommandations de la Commission européenne à la Belgique, du rapport "Tomographie par émission de positrons en Belgique: une mise à jour" (rapport 110A) du Centre d'expertise (KCE) de 2009 et de l'avis d'un groupe de représentants d'experts en médecine nucléaire datant de 2010, la Ministre juge indispensable une révision de la programmation en fonction d'un besoin croissant fondé sur des preuves scientifiques.

La demande d'avis exceptionnellement détaillée du 12-07-2012 souhaite voir le CNEH traiter les six points suivants:

1. Adaptation de la programmation et des critères de base, compte tenu des remarques formulées par la Commission européenne en 2006.

Cette programmation est actuellement définie à l'article 34 de la loi relative à la maîtrise du budget des soins de santé du 27-04-2005.

Il est également demandé de remettre un avis quant à savoir si la programmation doit porter sur les services et/ou sur les appareils et d'examiner la possibilité d'une exploitation en association avec scission d'un centre financé par la programmation sur deux sites en vue d'une meilleure accessibilité dans un cadre de qualité garanti.

2. Répartition équitable des services sur les différentes Communautés et Régions
3. Actualisation des normes d'exploitation, y compris du système de qualité et de l'enregistrement
4. Modalités d'établissement d'une liste agréée d'indications pour le PET et d'une révision périodique en fonction de l'évolution de la science
5. Opportunité d'un document unique de demande électronique d'examen PET avec enregistrement centralisé et couplage aux données COM-demande-appareil-protocole, disponible dans le dossier patient
6. Révision du financement en établissant une distinction entre financement forfaitaire du fonctionnement et de la disponibilité, d'une part, et financement à la prestation pour l'acte intellectuel du médecin, d'autre part. Le forfait peut être octroyé via le BMF et l'INAMI sur la base de l'activité oncologique et radiothérapeutique des établissements. Enfin, pareille réévaluation du financement ne peut léser les centres agréés existants et il convient d'être attentif au financement des services universitaires qui effectuent des examens PET en recherche translationnelle et pour des indications non oncologiques.

En vue de la formulation d'un avis, un groupe de travail ad hoc du CNEH, regroupant des membres du Conseil national des Établissements hospitaliers assistés par des experts de la spécialité "médecine nucléaire", de l'INAMI, du Centre d'expertise et de la Fondation du Registre du Cancer, s'est réuni les 11-09-2012, 3-10-2012, 14-11-2012 et 05-12-2012.

## 1. Adaptation de la programmation

Ainsi qu'il ressort de la lettre de la ministre du 12-07-2012 et d'une concertation avec le cabinet, on souhaite clairement se baser sur l'hypothèse d'un besoin de 86.000 examens PET, partant du nombre actuel d'examens PET (2012) de 50 à 55.000 en tenant compte à la fois d'une augmentation du nombre d'appareils et d'une augmentation des indications.

Si l'on admet que le nombre de 86.000 examens PET au moyen d'un plus grand nombre d'appareils (qui ne seront pas tous opérationnels en 2013-2014) ne pourra être atteint qu'au bout de cinq ans, il s'ensuit qu'à partir de 2018, le besoin annuel d'examens PET en fonction des indications oncologiques étendues, du suivi des patients, des examens pour planification de radiothérapie (*treatment planning*) et des indications non oncologiques, de même que le nombre d'appareils PET à programmer, devront être revus dans l'optique d'un maximum de 100.000 examens PET requis par an.

L'examen PET est devenu un instrument indispensable en oncologie et de nouvelles indications, de même que de nouveaux traceurs, viendront constamment s'ajouter, de sorte qu'à l'avenir l'acceptation de nouvelles indications fondées sur des preuves nécessitera une révision permanente de la programmation.

Un motif supplémentaire de croissance du nombre d'examens PET à l'avenir est la menace qui pèse sur la production de traceur classique (technétium) dans les réacteurs nucléaires, dont il résultera à terme que l'examen PET pourra remplacer en partie la scintigraphie classique.

Quant au nombre d'examens par jour et par an qu'il est possible de réaliser sur un appareil PET-CT ou PET-RMN moderne (pour l'instant, aucun n'est encore installé en Belgique), les avis sont légèrement divergents.

Tenant compte de l'avis du Collège de médecine nucléaire, la Ministre suggère dans sa lettre, pour grosso modo 86.000 examens PET, un nombre maximum de 24 appareils à reprendre dans la programmation, soit 3600 examens PET par appareil par an (86.000 examens/3600 examens par appareil).

Une note très détaillée du Dr P. PAULUS aboutit également au calcul d'un nombre annuel de 3600 examens PET (240 jours ouvrables x (7 patients en 1<sup>ère</sup> délivrance + 8 patients en 2<sup>ème</sup> délivrance)), à diminuer toutefois des entretiens, de la disponibilité de FDG, de

facteurs liés au patient pour aboutir au chiffre maximum de 3200 examens PET par appareil par an.

Il faut par ailleurs souligner le consensus parmi les médecins nucléaires exploitants des 13 centres PET agréés sur un nombre annuel de 3600 examens par an. Enfin, il existe le résultat concret d'un centre PET-CT qui aura réalisé en 2012 plus de 4250 examens PET dans des conditions de qualité avec le nouveau type d'appareil à durée d'examen ("time of flight") réduite. Pour des raisons faciles à comprendre, les centres PET non agréés réalisent un plus petit nombre d'examens. Le nombre de 86.000 examens PET par an comme besoin futur se fonde sur 26.000 des 60.000 cas de cancer annuels qui font l'objet d'un premier PET et sur 15.000 des 60.000 cas de cancer annuels qui font l'objet de plusieurs (4) examens de suivi (le nombre d'examens PET par cas de cancer est évalué par calcul à 1,4). Ce nombre ne tient donc pas compte des indications non oncologiques ni des examens PET pour planification de radiothérapie (voir ci-dessus), qui augmentent progressivement.

## **2. Répartition des services par Communauté/Région**

L'hypothèse proposée est celle de services dotés d'un seul appareil PET. Une exception est prévue pour les hôpitaux universitaires et pour un agrément incluant trois appareils à Bruxelles (voir ci-dessous).

Tout le monde est conscient que la situation actuelle, avec de facto 13 plus 7 appareils PET en exploitation, répartis de façon très inégale entre les Communautés (8N/12F) et les Régions (7 Fl / 7 Bxl / 6 Wall), est loin d'être idéale et ne peut être corrigée qu'à terme par la prise de mesures différenciées et planifiées en plusieurs phases.

Si l'on divise le nombre maximum d'examens PET par an par le nombre maximum d'examens PET par an par appareil (86000/3600), on obtient un chiffre d'appareils PET à inclure dans la programmation égal à 24.

En théorie, on pourrait affirmer que sur la seule base de données scientifiques épidémiologiques telles que les statistiques de population, ou la population âgée de plus de 45 ans (45-65 ans), ou l'incidence réelle du cancer par Région, la répartition devrait être de **14 services N et 10 services F**. Compte tenu de la situation existante, ce résultat exige toutefois une correction où à Bruxelles, le nombre d'appareils PET devrait être réduit dans

une proportion telle que ce ne serait plus réaliste. De plus, force est de constater que Bruxelles en tant que Région, par sa concentration élevée d'hôpitaux universitaires, dessert une part importante de la population du Brabant flamand et du Brabant wallon (cf. incidence du cancer corrigée par l'offre de soins à Bruxelles). L'impossibilité de réaliser maintenant en une seule opération pareille répartition numérique n'empêche toutefois pas les autorités de procéder en deux étapes ou plus afin d'aboutir à une répartition optimale équitable des appareils PET par plusieurs adaptations successives de la programmation (voir ci-dessous).

La répartition suivante par Communauté/Région de 86.000 examens à raison de 3600 examens par appareil, soit 24 appareils, est proposée en fonction:

- des statistiques de population: 10.951.266 habitants (Fl. 6.306.638 soit 57,59%; W. 3.525.540 soit 32,19%; Br. 1.119.088 soit 10,22%);
- de la population âgée de plus de 45 ans: 4.148.147 habitants (Fl. 2.445.809 soit 58,96%; W. 1.316.834 soit 31,74%; Br. 385.504 soit 9,29%);
- (le calcul selon la répartition de la population âgée de 45 à 65 ans présentant une incidence de cancer accrue aboutit à une répartition similaire)
- de l'incidence du cancer:  
2009: 60.572 (VI. 36.410 of 60,11%; W. 19.131 of 31,58%; Br. 5.031 of 8,31%)  
2010: 62.017 (VI. 37.132 of 59,87%; W. 19.649 of 31,68%; Br. 5.236 of 8,44%)
- de l'incidence du cancer corrigée par l'offre de soins à Bruxelles (Fl. 34.554 soit 57,31%; W. 17.509 soit 29,00%; Br. 8.229 soit 13,69%).

**Flandre: 12 appareils (3 HU + 9 HG)**

**Wallonie: 7 appareils (1 HU + 6 HG)**

**Bruxelles: 5 appareils (3 HU + 2 HG)** (par le regroupement de 3 appareils PET non agréés sur un seul agrément,

c.-à-d. l'exploitation d'un PET commun par trois établissements recevant chacun 1/3 du financement A3/B3)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Il s'agit d'une mesure transitoire uniquement applicable aux appareils non agréés en surnombre à Bruxelles. Il est effectivement correct de rectifier cette situation au bout de 5 à 7 ans et, pour éviter un sous-financement structurel, d'accorder à ces services un agrément et un financement à part entière dans le cadre d'une nouvelle révision de la programmation.

Le résultat de cette répartition est d'un PET pour 192.587 personnes de plus de 45 ans pour la population néerlandophone et d'un PET pour 149.501 personnes de plus de 45 ans pour la population francophone de Belgique.

Cette répartition<sup>2</sup> tient compte également des zones de soins plus vastes de la Région bruxelloise (Brabant), où 3 des 4 PET agréés desservent principalement une population francophone, et permet d'agréer un PET supplémentaire en Wallonie, mais entraîne une sous-programmation relative pour la Flandre, qu'il faudra rectifier prioritairement lors d'une prochaine révision de la programmation (par exemple après une période d'amortissement de sept ans), de même qu'en fonction de la sous-programmation relative à ce moment-là en Wallonie.

En considérant le PET de l'UZ Brussel comme un équipement orienté majoritairement vers la population néerlandophone, on obtient ainsi la répartition suivante:

**13 appareils PET pour les néerlandophones (4 HU et 9 HG)**

**11 appareils PET pour les francophones (3 HU et 8 HG)**

ce qui se rapproche du calcul scientifique idéal de 14 services N / 10 services F.

*Le représentant de Zorgnet Vlaanderen signale que l'avis doit prioritairement rencontrer les souhaits des instances européennes, en proposant pour la Belgique une répartition purement basée sur des éléments objectifs, notamment le nombre d'incidences de cancer enregistrées. Il propose l'alternative suivante :*

*Les 24 appareils (services) PET disponibles se répartissent comme suit :*

- *1 service par faculté de médecine avec un programme d'études complet (4N/3F)*
- *les 17 autres services en fonction de l'incidence de cancer et en conformité avec la déclaration de la ministre au Parlement concernant les critères de programmation : 1 service par tranche de 3600 nouveaux cas de cancer enregistrés auprès du Registre du Cancer par Communauté (10N/7F)*

---

<sup>2</sup> Si l'on prévoit un 2<sup>ème</sup> PET financé à raison de 0,5 pour les hôpitaux universitaires de la KUL, de l'UCL, de l'ULg, de UGent et de UBrussel (l'ULB dispose d'un 2<sup>ème</sup> PET au CHU Bordet), on obtient un total de 27 PET dont la répartition est  $13 + 4 \times 0,5 = 15$  pour la population néerlandophone et  $11 + 2 \times 0,5 = 12$  pour la population francophone.

*NB. Les représentants de l'association des établissements de soins SANTHEA soulignent que le PET installé au CHU Bordet est exploité dans le cadre d'un accord de coopération formalisé entre les hôpitaux du réseau IRIS et n'est par conséquent pas rattaché à l'hôpital universitaire Erasme.*

- *La répartition des services par Communauté sur la base des nouveaux cas enregistrés auprès du RC est revue tous les cinq ans au moyen des données d'incidence les plus récentes.*
3. Les **normes d'agrément** de l'AR du 14-12-2006 fixant les normes auxquelles un service de médecine nucléaire où est installé un scanner PET doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, peuvent être adaptées comme suit:

**Art. 3 § 1.**

Activité oncologique globale (non limitée aux tumeurs pulmonaires)

- nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires (COM)/an
- nombre de traitements de radiothérapie (pas le nombre de simulations, mais une pondération de l'activité radiothérapeutique pertinente)
- nombre de forfaits "journée de soins" en hôpital de jour oncologique/an
- nombre d'interventions chirurgicales oncologiques/an à prouver par un enregistrement uniforme
- consommation de médicaments de chimiothérapie (code ATC L01)
- données anatomo-pathologiques (Registre du Cancer)
- agrément comme programme de soins oncologiques

**Art. 3 § 2.**

L'activité oncologique des hôpitaux coopérants peut être regroupée dans un accord de collaboration formalisé. Les hôpitaux coopérants disposent d'un manuel oncologique pluridisciplinaire commun.

**Art. 4 § 2.**

Le service doit pouvoir faire appel à un service agréé de radiothérapie et à un service agréé d'imagerie médicale disposant d'une RMN – de préférence sur le site.

**Art. 4 § 3, premier alinéa**

Dans chaque service, l'exploitation d'un seul PET est autorisée, à l'exception des hôpitaux universitaires (définis conformément à l'article 4 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 10 juillet 2008) qui, en vue de la formation et de la recherche translationnelle justifiée par une publication, sont autorisés à installer un deuxième appareil qui est financé à 50% via le BMF et le forfait d'honoraires.



*L'association des hôpitaux universitaires signale que le financement du deuxième PET doit de préférence couvrir les frais, éventuellement en faisant appel à des moyens financiers complémentaires issus du Plan fédéral Cancer ou, dans la négative, en ne réduisant pas de moitié le nombre d'examens PET remboursables chaque année.*

*L'association plaide également en faveur d'un remboursement correct de nouveaux traceurs pour des indications oncologiques et non oncologiques reconnues, après traitement des dossiers concernés par les autorités compétentes, le Conseil technique médical et le Conseil technique des radio-isotopes de l'INAMI.*

*Plusieurs membres du groupe de travail, porteur d'une proposition SANTHEA, font la proposition alternative suivante : les 24 agréments devraient être des agréments de centre plutôt que d'appareils.*

*Chaque centre serait constitué dans le cadre d'une convention de collaboration, formalisée juridiquement, entre plusieurs hôpitaux partenaires, convention qui régirait l'ensemble des aspects de la gestion de ce dernier. Chaque centre ne bénéficierait que d'un seul A3/B3 et ne pourrait prétendre qu'au remboursement de 3600 examens PET maximum mais il serait libre d'exploiter plusieurs machines sur plusieurs sites.*

*Pour être agréé, un centre devrait prouver une prise en charge annuelle de 2500 nouveaux cas de cancers, notamment sur base des diagnostics anatomo-pathologiques. Cette norme d'agrément force les collaborations interhospitalières et évite que certains centres qui ne pratiquent que 1000 examens par an et ne totalisent que peu de nouveaux cancers ne s'accaparent un agrément à eux seuls exploitant une rente de situation historique.*

*Cela permet théoriquement aussi l'accessibilité à la technique pour les 60.000 patients victimes de nouveaux cancers en Belgique annuellement puisque  $24 \times 2500 \text{ cas} = 60.000 \text{ cas}$ . Un hôpital ne peut donc pas faire compter ses cas pour plusieurs centres.*

*Du point de vue du nombre de prestations facturables, compte-tenu que l'on compte 1.4 examen PET par nouveau cancer, chaque centre agréé devrait pouvoir assumer la prise en charge de ses 2500 cas sans dépasser les 3600 examens remboursés ( $2500 \times 1.4 = 3500$ ).*

*Cette proposition garantit le respect du budget global et permet de renforcer l'accessibilité pour les patients en laissant libre le déploiement des machines soit par les hôpitaux, soit par les régions qui souhaiteraient les répartir dans le cadre des agréments qu'elles attribuent.*

*En raison du risque de dérapage complet du nombre total d'appareils PET et de création d'un sous-financement structurel, cette proposition n'est pas partagée par la majorité des membres du groupe de travail.*

**Art. 4 § 3, deuxième alinéa**

Plus aucun critère de volume d'admissions n'est retenu. Les critères d'activité oncologique suffisent.

**Art. 4 § 7**

La collaboration entre deux services dotés chacun d'un PET doit être possible (p. ex. PET-CT et PET-RMN) en vue d'une utilisation optimale de l'infrastructure de chacun.

**Art. 5**

Le staff médical est composé d'au moins trois équivalents temps plein de spécialistes en médecine nucléaire ou exprimé en dixièmes de présence effective au centre PET. Pendant les heures d'ouverture, la présence dans le service d'un médecin spécialiste en médecine nucléaire est obligatoire. La présence d'un radiophysicien n'est pas requise.

**Art. 6 § 1 et § 2.**

Participation à une évaluation interne et externe de la qualité conformément à l'AR du 15-02-1999.

- Enregistrement systématique des données incluant le type de tumeur (organe, anatomopathologie), l'indication (diagnostic initial, détermination du stade, évaluation de la réponse au traitement, guidance radiothérapeutique, suspicion de récurrence), les résultats et l'origine du patient (hôpital) ; transfert annuel de ces données anonymisées à une banque de données nationale ;
  - Recensement annuel par chaque centre du nombre total d'examens effectués et de la répartition en indications agréées/non agréées / sur demande de la COM / autres indications oncologiques / indications non oncologiques.
  - Chaque centre tient un registre où sont consignées ces informations.
4. Tout comme les critères de programmation, les indications nécessitent elles aussi une adaptation régulière en fonction de l'évolution permanente de la médecine. Il est recommandé de charger le groupe de travail Imagerie médicale du Conseil technique médical de l'INAMI de la mission d'évaluer au moins tous les cinq à sept ans la

littérature scientifique et, sur cette base, d'adapter la liste des indications PET agréées sur avis de l'Association scientifique et professionnelle de médecine nucléaire.

5. Un **document unique de demande électronique** d'examen PET avec couplage COM-demande-appareil-protocole n'est pas nécessaire parce que :
- le Conseil technique médical de l'INAMI propose une adaptation de la nomenclature avec prescription obligatoire dans laquelle la demande d'examen diagnostique est explicitée;
  - un examen COM préalable n'est pas recommandé ni réalisable pour toutes les indications.

Un numéro unique d'identification de l'appareil et un numéro d'ordre unique de la prestation à apposer sur chaque protocole, sur chaque image et sur l'attestation de soins donnés avec le numéro de registre national du patient semblent recommandés afin de permettre un contrôle simplifié du respect des normes d'agrément et des conditions d'imputation.

Toutes les données de l'examen PET (demande, appareil, protocole) doivent toujours être disponibles dans le dossier patient.

6. Le **financement** du PET-scan s'effectue actuellement de trois manières différentes, à savoir via le Budget des moyens financiers, via la nomenclature pour les prestations du spécialiste en médecine nucléaire et via le remboursement du produit radiopharmaceutique utilisé (traceur).

**Forfait via les sous-parties A3 et B3 du BMF**

A3	(charges d'investissement infrastructure)	282.599 euros/an
B3	(exploitation et entretien)	259.401 euros/an
		542.000 euros/an
Soit 542.000 euros/an x 13 appareils PET		7.046.000 euros/an

La charge d'investissement (appareil PET) peut être limitée à 7 ans. Une adaptation du montant A3 est possible du fait du prix d'achat actuellement moins élevé de la partie PET de l'appareil. Une adaptation du montant B3 est possible par un glissement vers

les honoraires de la nomenclature de l'INAMI permettant de couvrir, tout au moins en partie, les frais de personnel.

Une alternative consiste à opérer un glissement de la totalité des sous-parties A3/B3 vers l'INAMI sous la forme d'un budget d'investissement en quelque sorte, attribué par tranches annuelles sur la période d'amortissement de sept ans.

### **Financement à la prestation pour le spécialiste en médecine nucléaire**

(1)	25.000 examens PET via le code 442971/982 à 181,25 €	4.531.000 euros
(2)	30.000 examens PET pour des indications non agréées ou pour des centres PET non agréés via le code 442595/606 à 301,59 €	9.048.000 euros
		13.579.000 euros

Les chiffres (2) sont une estimation en raison de l'utilisation multiple du code 442595/606 (double tomographie).

### **Remboursement du produit radiopharmaceutique (par exemple traceur FDG)**

Le remboursement du produit radiopharmaceutique (par exemple le FDG) s'effectue pour les indications agréées dans un centre agréé via le code 442971/982 à raison de 200€ et pour les indications non agréées et dans les centres non agréés à raison de 30 ou 50€ pour un coût total de  $25.000 \times 200 = 5.000.000$  € plus  $30.000 \times 30/50 = 1.200.000$  € soit 6.200.000 euros.

### **Coût annuel total (2012) pour le PET-scan**

	Sous-parties A3 et B3	7.046.000 euros
	Spécialiste en médecine nucléaire	13.579.000 euros
	Radiopharmaceutique	6.200.000 euros
	<b>Coût annuel total</b>	<b>26.825.000 euros</b>

**Les adaptations suivantes du financement des examens réalisés sur les appareils ultramodernes sont proposées:**

- Sous-parties A3 et B3: réduction de 542.000 euros/an à 455.000 ou 400.000 euros/an en raison notamment de la baisse du prix d'achat; un transfert de la sous-partie B3 à la nomenclature en tant qu'honoraire forfaitaire par examen peut être envisagé en ce qui concerne les frais de personnel (conserver l'entretien à raison de 90.000 euros/an).

(L'alternative est un glissement complet du budget A3/B3 vers l'INAMI sous la forme d'un budget d'investissement après correction, voir ci-dessus).

- L'honoraire de l'examen PET pour le spécialiste en médecine nucléaire est uniformément porté à 181,25€ (2012) pour les indications agréées et non agréées et pour la totalité des 24 centres PET à prévoir.
- Le produit radiopharmaceutique (traceur) est remboursé en tant que forfait INAMI par examen à raison de 107,50€, imputable au maximum 3600 fois par an par caméra PET. Pour les indications agréées, un remboursement supplémentaire du traceur de 60,00€ pour toutes les indications agréées est porté en compte sans limite de nombre. Ce modèle de financement du traceur a pour but de freiner le nombre d'examens PET par appareil à hauteur de 3600 par an et simultanément de maintenir à un niveau limité le nombre d'indications non agréées.

**Budget nécessaire:**

Budget annuel total actuel pour 13 + 7 PET = 26.825.000 euros (2012)

Budget annuel pour 24 PET en cas de mise en œuvre intégrale (soit 86.000 examens/an) =

(A)	24 x 400.000 €	9.600.000 euros
(B)	86.000 x 181,25 €	15.587.500 euros
(C)	24 x 3600 x 107,5 €	9.288.000 euros
(D)	40.000 x 60,00 €* (47% d'indications agréées)	2.400.000 euros
		<b>36.875.500 euros/an</b>

Il est clair que, les premières années, ces dépenses ne seront pas atteintes du fait de l'extension graduelle à 24 centres et de la croissance progressive à 3600 examens/an pour tous les appareils PET.

\* En cas d'augmentation du pourcentage d'indications agréées à 75%, le poste de dépenses sous (D) augmente pour atteindre 63.750 x 60,00 € = 3.825.000 euros/an et le budget PET annuel total est porté à **38.300.500 euros**.

Du fait de l'adaptation souhaitée de la nomenclature avec extension de la liste d'indications agréées, cette augmentation se produira relativement vite.