

**FOD VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE
VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU**

BRUSSEL, 10/06/2004

**Directoraat-generaal Organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/Ref. : NRZV/D/234-1 (*)

ADVIES M.B.T. DE PET-SCANNER

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 10 juni 2004

Vergaderdata : 08-10-03, 17-11-03 (met experten) en 16-12-03.

Leden : BLOCKX P., COLARDYN F., COLLARD M., DEVOS D.,
DETEMMERMAN D., DE TOEUF J., SMIETS P., VAN DAELE B.
en VAN DEN OEVER R.

1. Korte situering van de adviesaanvraag

De NRZV heeft de werkgroep PET-SCANNER de opdracht gegeven het expertenrapport "Beschikt België over voldoende PET-SCANNERS – 11/02", naar oorsprong en draagkracht te onderzoeken.

Nadat is komen vast te staan dat het rapport op vraag van de Ministers Aelvoet en Vandenbroucke werd opgesteld door de administratie via het raadplegen van enkele buitenlandse experten, die via e-mail werden gecontacteerd, en dat door de keuze van de experten en de zeer snelle evolutie op het terrein het rapport terzake na 2 jaar minstens deels reeds achterhaald is door de huidige medische praktijk, heeft de werkgroep PET-SCANNER besloten autonoom een nieuw advies ten behoeve van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen uit te werken.

Hiertoe werden twee experten, prof. dr. L. Mortelmans, voor de Wetenschappelijke Vereniging van Nucleaire Geneeskunde en dr. L. Kiebooms, voor de Beroepsvereniging van Geneesheren-Specialisten in de Nucleaire Geneeskunde, uitgenodigd om toelichting te geven over de status praesens inzake positronen emissie-tomografie aan de hand van door hen opgestelde schriftelijke rapporten. Deze rapporten kwamen tot stand na een breed onderzoek in de PET-centra zelf en via evaluatie door de werkgroep PET binnen het Belgisch Genootschap voor Nucleaire Geneeskunde en de Sectie Kerngeneeskunde van de Vereniging van Belgische Specialisten.

2. Samenvatting van de vroegere adviezen over het onderwerp

In het verleden werden twee verschillende adviezen door de NRZV uitgebracht ivm de programmatie en erkenning van PET-scanners.

2.1. Een eerste advies dd 13.04.2000 was gebaseerd op een uitgebreide studie van de situatie in de Westerse wereld en op de getuigenissen van een twaalfstal Belgische experten terzake. In dit advies werd rekening gehouden met de toenmalige klinische toepassingen van PET, met een raming van de behoeften, met de onderzoekscapaciteit per toestel, met de toegankelijkheidsproblematiek en met de financiële implicaties. Op basis van deze criteria werd besloten tot een objectieerbare nood aan 19 PET-camera's (inbegrepen 1 toestel per faculteit Geneeskunde met volledig leerplan, in het kader van de ontwikkelingsgeneeskundige opdracht). Een aantal normeringscriteria werden voorgesteld om tot een billijke verdeling te komen. Samen met dit advies was een minderheidsnota waarin werd gepleit om geen

programmamacriteria voor te stellen.
Na dit advies hebben de bevoegde ministers via het KB dd 12.08.2000
programmatie- en erkenningscriteria uitgevaardigd voor een totaal van 13
toestellen (incl. 7 universitaire).

2.2. Een tweede advies dd 10.07.2002 werd door de NRZV gesitueerd in het verlengde van het algemeen advies inzake "normering en programmatie" voor diagnostische technologie in vivo. De NRZV was van mening dat de fase van evaluatie zoals beschreven in geciteerd advies de facto voor de PET-scan reeds achter de rug lag, en dat het nut van de PET-technologie voldoende wetenschappelijk bewezen was. De NRZV stelde vast dat naar aanleiding van de herwerking van de nomenclatuur voor de PET-scan de nodige garanties voor goede klinische praktijk en doelmatig gebruik zijn opgenomen. De NRZV stelde dat bijgevolg de programmatie van de PET-scan, zoals voorzien in het KB dd 12.08.2000, voorbijgestreefd was en de gelijke toegang verhinderde. De NRZV adviseerde dan ook om het KB 12.08.2000 op te heffen.

3. Samenvatting van het huidig advies

Anno 2004 kan er gesteld worden dat er op basis van de voor terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering aanvaarde indicaties in België behoefte bestaat aan circa 30.000 onderzoeken PET per jaar. Het aantal indicaties, dewelke mogelijk op termijn in aanmerking komen voor verzekeringsvergoeding neemt gestaag toe: mammacarcinoom, metastasen, controle na chemotherapie, Alzheimer, koorts van onbekende oorsprong. Het kostenbesparend effect van de PET-scan voor welbepaalde indicaties (longtumoren en Alzheimer o.a.) via het vermijden van nutteloze dure behandelingen (chirurgie en chemotherapie) is inmiddels onomstotelijk bewezen. De huidige programmatie en de huidige erkenningscriteria vervat in het KB d.d. 12.08.2000 houden onvoldoende rekening met de reeds bestaande infrastructuur, zijn niet aangepast aan de snelle evolutie van het aantal indicaties en creëren een nadelig onevenwicht tussen de intramurale diensten nucleaire geneeskunde met resp. zonder PET-scanner. De PET-scanners in universitaire ziekenhuizen worden gedeeltelijk voor onderzoeksdoeleinden aangewend, waardoor de bestaande capaciteit niet volledig voor de 30.000 klinische toepassingen per jaar beschikbaar is. Omwille van medisch-ethische redenen mag de wachttijd voor het uitvoeren van een PET-scan niet meer dan twee weken bedragen en bij voorkeur wordt de wachttijd zelfs ingekort tot maximum één week. De kostenvergoeding voor het uitvoeren van een PET-scan via het honorarium, de forfaitaire betoelaging via A3-B3 onderdelen in het budget van financiële middelen en de beperkte terugbetaling van het isotoop $F^{18}DG$ (173,53 €), is op heden onvoldoende kostendekkend in verhouding tot de reële kosten en tot de gehanteerde vergoedingen in de ons omringende landen. Het aantal patiëntonderzoeken per dag blijft door de beschikbaarheid en de aard (halfwaardetijd) van het isotoop beperkt tot 8 per dag gemiddeld voor de huidige mix aan bestaande installaties in België. Voor 30.000 onderzoeken per jaar met 1600 onderzoeken per toestel en slechts gedeeltelijk klinische beschikbaarheid

van de universitaire PET-scanners is er op heden behoefte aan bijna 20 toestellen in België.

4. Voorstelling van het volledige advies

4.1. De indicaties

De indicaties van FDG-PET zijn voornamelijk te vinden in de oncologische pathologie, hoewel belangrijke nieuwe indicaties te vinden zijn in andere gebieden (bv Alzheimer, koorts van onbekende oorsprong, vasculitis, ...).

In de wetenschappelijk erkende oncologische indicaties is PET in ongeveer 1/3 van de gevallen het onderzoek dat de te volgen therapie bepaalt.

Schematisch kan men de indicaties onderverdelen in 3 groepen:

- a) indicaties waarvan het medisch nut wetenschappelijk werd bewezen en die opgenomen zijn als terugbetaalde indicatie in de RIZIV-nomenclatuur
- b) indicaties waarvan het medisch nut wetenschappelijk werd bewezen, maar die NIET opgenomen zijn in de RIZIV-nomenclatuur
- c) indicaties waarvan het medisch nut blijkt uit casuïstiek, maar nog niet bewezen is door statistische studies.

4.2. De kost voor de gezondheidszorg

Uit de literatuur, zowel als uit de dagelijkse praktijk, blijkt dat gericht en efficiënt gebruik van FDG-PET niet leidt tot een meerkost, maar wel integendeel tot een globale besparing. Deze besparing wordt niet gerealiseerd door substitutie tov andere diagnostische modaliteiten zoals CT en NMR (dit zou een illusie zijn), maar wel door het vermijden van een niet-aangepaste therapie (heelkunde, radiotherapie, chemotherapie) die als nutteloos kan bestempeld worden wegens het stadium van de aandoening, en de daaraan verbonden kosten (zowel honoraria als hospitalisatiekosten).

Uit de huidige gegevens blijkt dat de medisch gefundeerde indicaties thans overeenkomen met 30.000 nieuwe patiënten/jaar, hetgeen ruwweg een verdubbeling is tov het eerste advies van de NRZV (2000).

Een verdere toename van het aantal patiënten is in de komende jaren te verwachten, vermits de indicaties van FDG-PET nog niet gestabiliseerd zijn.

4.3 De toegankelijkheid voor de patiënten

De aard van de medisch gefundeerde indicaties in acht genomen, en het feit dat FDG-PET als enig onderzoek in 1/3 van de gevallen bepalend is voor de optimale therapie, is het niet aanvaardbaar dat voor een FDG-PET-onderzoek langer dan 1-2 weken moet worden gewacht.

Het aantal toestellen moet dus toereikend zijn om geen langere wachtlijsten te laten ontstaan.

Daarenboven moet het onderzoek kunnen uitgevoerd worden binnen een redelijke afstand van het verwijzend ziekenhuis, c.q. de woonst van de patiënt (cave problematiek vervoerkosten naar het PET-centrum en terug!).

Tenslotte moet het onderzoek ook financieel toegankelijk blijven voor elke patiënt: oncologische pathologie maakt geen verschil tussen armen en rijken (NB: door PET-centra niet te erkennen, maar toch te gedogen dat zij functioneren, heeft men deze centra verplicht te kiezen tussen enerzijds de onkosten zelf te dragen of anderzijds door te rekenen aan de patiënt, hetgeen een geneeskunde met twee snelheden met zich meebrengt).

4.4 De kosten voor het PET-centrum

De kosten voor het PET-centrum kunnen onderverdeeld worden in 4 onderdelen:

- de investeringskosten van de PET-camera, de lokalen en de nodige radioprotectie-apparatuur
- de werkingskosten (personeel, gebruiksgoederen, indirecte kosten)
- de aankoop- of fabricagekosten van de gebruikte tracer, FDG
- de honoraria voor de intellectuele acte (verslag + overleg met de aanvragende clinicus).

De investerings- en werkingskosten worden, voor de erkende centra althans, forfaitair vergoed via de verpleegdagprijs. Deze vergoeding is echter zwaar onvoldoende en gebaseerd op in bepaalde aspecten voorbijgestreefde apparatuur. Nieuwe, performantere apparatuur (nieuwe detectortechnologie; PET-CT; ...) kan hierdoor onmogelijk bekostigd worden (de kost van het basistoestel PET-CT moet heden geraamd worden op 2 tot 2,5 miljoen €).

De aankoopkosten van FDG (thans in de grootte-orde van 350 € per patiënt) worden helemaal niet gedekt door de huidige terugbetaling (173,53 €).

Het ligt voor de hand dat de deficits in betoelaging van investeringskosten, werkingskosten en kosten voor FDG systematisch worden verhaald op de honoraria voor de intellectuele acte (thans 157,34 €). Dit is evenwel geen billijke situatie.

Een eenvoudige berekening (zie technische bijlage) laat toe vast te stellen dat, met de huidige tarieven, de erkende PET-centra die zelf geen FDG produceren, per onderzoek een verlies lijden van ong. 26 €.

Een herijking van deze betoelaging dringt zich dus op, en inzonderheid een billijke regeling ivm FDG.

4.5 Aantal nodige installaties

In acht genomen de belangrijke positieve gevolgen van oordeelkundig gebruik van FDG-PET zowel voor de individuele patiënt (vermijden van nutteloze therapie) en voor de overheid (besparen van de kosten verbonden aan nutteloze therapie), ligt het voor de hand dat zowel het aantal als de geografische spreiding van de toestellen moet toelaten de voorgestelde objectieven te realiseren.

Op basis van 6 onderzoeken/toestel/dag (en rekening houdend met onderhoud van het toestel, mislukte FDG-producties en laattijdige FDG-leveringen) komt men op ongeveer 1200 onderzoeken per toestel en per jaar. Om de nodige 30.000 onderzoeken/jaar uit te voeren zijn dus ongeveer 25 basistoestellen nodig.

Modernere high-end toestellen blijken beduidend meer onderzoeken per dag mogelijk te maken. Het veralgemeend gebruik van deze toestellen, met per jaar 1800-2200 onderzoeken, zou de nood doen dalen tot 13-16 toestellen. De realiteit is evenwel dat deze high-end technologie niet veralgemeend is, en vooral dat de betoelaging via A3/B3 de kosten ervan in slechts zeer geringe mate draagt.

De huidige mix aan bestaande installaties in België laat vermoeden dat voor het degelijk uitvoeren van de nodige 30.000 onderzoeken/jaar meer toestellen nodig zijn dan wat de programmatie thans toelaat.

4.6 De toegankelijkheid voor de nuclearist

Het opsplitsen van de diensten nucleaire geneeskunde in een beperkt aantal diensten met PET en een 100-tal diensten zonder PET brengt onmiskenbare problemen met zich mee.

Er ontstaat wrevel en naijver tussen diensten, maar belangrijker, er ontstaat een onoordeelkundig (onder)gebruik van de diagnostische mogelijkheden van PET en dus vermindering van de mogelijke baten op het vlak van de volksgezondheid.

Inderdaad, tijdens het multidisciplinaire oncologische overleg (recent ingevoerd via de nomenclatuur en het zorgprogramma oncologie) is het niet altijd mogelijk dat de uitvoerende nuclearist het onderzoek tov de clinici becommentarieert. Zo worden niet de volle mogelijkheden van het onderzoek worden benut.

Het is dus belangrijk de lokale nuclearist meer te betrekken bij het PET-onderzoek. Dit kan door hem fysisch acces te geven tot het PET-centrum, maar het kan ook door hem via elektronische weg de gerealiseerde opnamen onmiddellijk na het onderzoek te laten worden, zodat hij zelf voor de interpretatie en de verslaglegging kan zorgen, in overleg met de uitvoerende nuclearist van het PET-centrum.

Op deze manier kan de nuclearist, die niet zelf over een PET-faciliteit beschikt, toch volwaardig zijn rol spelen in het multidisciplinair oncologisch overleg, en kan het maximum gehaald worden uit het PET-onderzoek.

4.7 Wat met de programmatie ?

De programmatie voorziet thans 13 PET-camera's. De facto zijn er, reeds sinds vóór de programmatie, meer PET-camera's in exploitatie.

De erkende PET-camera's waren in 2002 goed voor een totaal van 16.894 onderzoeken (NB: Kortrijk nog niet opgestart; PET-centrum Limburg en Charleroi elk slechts half jaar).

Extrapolatie toont dat de erkende PET-centra ongeveer 20.000 onderzoeken/jaar kunnen verwerken.

In het licht van de stijgende noden (thans geschat op 30.000/jaar, maar cave evolutie!) is het duidelijk dat de huidige programmatie niet in de noden kan voorzien.

Bovendien is de geografische spreiding van de PET-centra niet ideaal.

De vraag werd dan ook gesteld of programmatie hoe dan ook noodzakelijk is. Hieraan kan geen eenduidig antwoord gegeven worden.

De voorstanders van een volledige opheffing van de programmatie van PET-centra halen aan dat:

- er geen financiële ontsporing dreigt, vermits de indicaties strikt door de RIZIV-nomenclatuur worden geregeld
- het de eigen verantwoordelijkheid van elk ziekenhuis is te beslissen of zij het financieel risico willen dragen van de PET-exploitatie.

De tegenstanders van een volledige opheffing van de programmatie argumenteren dat:

- de vrije inplanting van PET-centra niet noodzakelijk gepaard gaat met een betere geografische spreiding.
- het opheffen van de programmatie gepaard gaat met het staken van de betoelaging via A3/B3 en dus uitsluitend de RIZIV-tegemoetkoming overblijft.
- dat deze RIZIV-tegemoetkoming duidelijk insufficiënt is (thans teruggeschroefd tot enkel de intellectuele acte = 157,34 €) en dus terug moet opgewaardeerd worden tot een bedrag van minstens 694,00 €/onderzoek, hetgeen de totale kost van 30.000 onderzoeken/jaar duurder zou doen uitvallen (20.820.000 €), dan via de huidige financiële regeling (13.958.820 €).
- een vastleggen van een beperkt aantal indicaties in de RIZIV-nomenclatuur inderdaad een rem is op een stijging van de uitgaven, maar evenzeer een rem op de dynamiek van de indicaties. Nieuwe indicaties, met bewijs in de literatuur, zouden in België dan jaren op zich laten wachten, hetgeen moet voorkomen worden, gelet op de belangrijke consequenties zowel voor de individuele patiënt als op de besparingen op nutteloze therapieën.
- de discriminatie tussen nucleaire diensten c.q. ziekenhuizen met PET en zonder PET daardoor niet ongedaan wordt gemaakt, en dan ook geen optimaal overleg op het niveau van het multidisciplinair oncologisch overleg kan gegarandeerd worden.
- het feit dat ziekenhuizen zich uitrusten met zware medische apparatuur niet enkel ingegeven kan zijn door medische redenen, maar soms ook wegens de daaraan verbonden status. Eventuele financiële risico's worden dan te vaak afgewenteld op artsen en patiënten.

Al bij al lijkt het vasthouden aan de huidige programmatie niet aangewezen. Evenzeer is een algehele opheffing van de programmatie geen bevredigend antwoord op het probleem.

Een aanpassing van de programmatie aan de huidige noden, met snelle evolutie volgens de toekomstige noden, lijkt meest efficiënt.

Hierbij dient de nadruk gelegd op:

- a. de optimale geografische spreiding van de PET-centra, maar een onverantwoorde wildgroei aan PET toestellen in een concurrentiële opbodsfier tussen ziekenhuizen moet worden voorkomen.
- b. een optimalisering van de samenwerking tussen ziekenhuizen met en zonder PET. Een sterker engagement in het kader van gerichte aanvraag voor PET onderzoeken, contact met de clinici voor en na het uitvoeren van het onderzoek, aanwezigheid op de multidisciplinaire vergaderingen met toelichting op elektronisch ter beschikking gestelde beelden en commentaar op het protocol, maken deel uit van de gestructureerde en geformaliseerde samenwerking. Op die wijze kan het PET centrum in het belang van de patiënt gericht en kwalitatief hoogstaand gebruik maken van de diagnostische mogelijkheden van de PET-scanner.
- c. aanpassing van het aantal PET-camera's aan de werkelijke indicaties. Hierbij moet rekening gehouden worden met de evolutie in de technologie zonder overconsumptie te stimuleren.
 - i. De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkings kan en heeft via het huidig model van vergoedbare indicaties voor PET-scan onderzoek het gebruik wel degelijk in toom gehouden.
 - ii. De registratie is een evaluatiemiddel. Dit heeft bewezen dat geen misbruiken ter zake door de werkgroep werden vastgesteld, wel toont de registratie aan dat de klinische praktijk mee geëvolueerd is met de wetenschappelijke literatuur.
 - iii. Een uitbreiding van de nomenclatuur van de indicatiereeks aan de huidige stand van de medische wetenschap en klinische praktijkvoering is hoe dan ook onafwendbaar in het belang van de patiënt. Er dient onderstreept te worden dat er rekening moet gehouden worden met de belangrijke bijdrage in de optimalisering van invasieve behandelingen door het vermijden van nutteloze therapieën. Dit heeft een besparend effect.
- d. de aanpassing van de betoelaging via A3/B3 aan de evolutie van de investering- en werkingskost van de apparatuur.
- e. het probleem van de totale FDG-kostprijs dient dringend een oplossing te krijgen. Hierbij moet er zowel rekening gehouden worden met de productiekost van het isotoop als met de aanlevering (regionale spreiding tov productiecentrum) en gebruik van FDG (afhankelijk van de gebruikte PET-technologie : high vs. low-end). Centra met een cyclotron kunnen in budgettair evenwicht blijven met de huidige terugbetaling. Het is onaanvaardbaar dat de centra zonder cyclotron hun intellectueel honorarium volledig moeten besteden aan de bijkomende financiering van FDG. De aanleverings- en gebruikskosten (specifiek per niet-cyclotron centrum) zijn werkingskosten en kunnen dientengevolge dmv objectieve criteria best verrekend worden in een aan te passen B3 per centrum.

5. Besluit

- 5.1. De programmatie van medisch-technische diensten per inwoneraantal, per universitair ziekenhuis, per pathologieaanbod, of per nog andere parameter blijft een niet optimale methodologie om de uitgaven te beheersen via beperking van aanbod en aantallen. In elk geval dient door de zeer snelle evolutie van de medische praktijk elke vorm van programmatie als zeer tijdelijk en snel herzienbaar te worden beschouwd.
De ervaring met de snel achterhaalde programmatiecijfers van de CT-scanner, de NMR-tomograaf, de dialysediensten, e.a. kan hier als duidelijk voorbeeld gelden.
- 5.2. Indien de programmatie wordt verlaten, dient een duidelijk mechanisme van financiële verantwoordelijkheid te worden geïnstalleerd om een onverantwoorde wildgroei aan PET-toestellen in een concurrentiële opbodsfier tussen ziekenhuizen te voorkomen.
- 5.3. De perifere diensten nucleaire geneeskunde zonder PET-scanner moeten optimaler gebruik kunnen maken van de diagnostische mogelijkheid van de PET-scanner via een werkelijke integratie in de medisch-technische dienst met PET-scanner. Geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen in het kader van een PET-scanner dienen expliciet te vermelden hoe de perifere nucleaire geneeskundediensten zonder PET participeren aan de indicatiestelling, aanvraag en interpretatie van de PET-onderzoeken.
- 5.4. De nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen kan via een strikt model van vergoedbare medische indicaties voor PET-scanonderzoek en via een beperkende vergoeding en de huidige wijze van registratie de kosten voor het gebruik van de PET-scanner wel degelijk in toom houden.
Het is uiteraard aangewezen deze beperkte indicatiereeks via de Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV regelmatig aan te passen aan de stand van de medische wetenschap.
- 5.5. Er dient dringend een oplossing gevonden te worden voor het zwaar onevenwicht tussen kost van FDG en terugbetalingsmodaliteiten van de tracer, die de A3B3-betoelaging stelselmatig erodeert (zie technische nota in bijlage).
- 5.6. De huidige tweeslachtige financiering van erkende en niet-erkende PET-scanners dient te worden vervangen door een eenduidig systeem van erkende en gelijk betaalde PET-installaties, waarbij een correcte geografische spreiding mede op basis van het pathologieaanbod (vooral oncologie) als uitgangspunt voor een optimale toegankelijkheid blijft gelden. Eén van de experts, dr. L. Kiebooms, heeft dienaangaande een aantal praktische voorstellen uitgewerkt. De werkgroep acht het echter niet tot zijn opdracht in deze materie een uitspraak nominatim per instelling te doen. Daarom werden deze voorstellen niet in het eindverslag opgenomen.

Bijlage: technische nota ivm de kostenproblematiek bij PET.

BIJLAGE

Technische nota ivm de kostenproblematiek bij PET

1. Eenvoudige berekeningen (cfr tabel 1) laten toe vast te stellen dat de huidige betoelaging + terugbetalingsmodaliteiten leiden tot een toenemende kost voor de PET-centra.

Inderdaad, met het huidig systeem is de kost van FDG (360 €) groter dan de terugbetaling (honorarium + tracer = 159,99 + 173,53 = 333,52 €). Per bijkomend onderzoek is er dus een structureel deficit van

360-333,52	=	26,48	€.
------------	---	-------	----

Een centrum dat 1000 onderzoeken uitvoert betaalt zelf 26.480 € (1,068 MF !). Dit kan natuurlijk niet de bedoeling zijn ! Het gevolg is ook dat de dotatie A3B3 systematisch afkalft en dat men voor het uitvoeren van meer onderzoeken, minder dotatie krijgt, daar waar een positieve koppeling met het aantal onderzoeken zou moeten bestaan voor het deel B3 (= werking). Inderdaad, de noodzakelijke personeelsbezetting stijgt pro rata van het aantal onderzoeken.

Tabel 1: HUIDIG SYSTEEM						
Aantal onderzoeken	A3B3 493.245	Honoraria 159,99	FDG 173,53	Totaal	- kost FDG 360,00	Saldo
200	493.245	31.998	34.706	559.949	72.000	487.949
400	493.245	63.996	69.412	626.653	144.000	482.653
600	493.245	95.994	104.118	693.357	216.000	477.357
800	493.245	127.992	138.824	760.061	288.000	472.061
1000	493.245	159.990	173.530	826.765	360.000	466.765
1200	493.245	191.988	208.236	893.469	432.000	461.469
1400	493.245	223.986	242.942	960.173	504.000	456.173
1600	493.245	255.984	277.648	1.026.877	576.000	450.877

2. De vroegere situatie (cfr tabel 2) houdt wel een positieve koppeling in (cfr. saldo). De opbrengst is vergelijkbaar met die van de huidige situatie voor ongeveer 800 onderzoeken/jaar. De vroegere situatie houdt evenwel ook een positieve incentive in om zoveel mogelijk onderzoeken uit te voeren: opbrengst stijgt pro rata (meer dan de personeelskosten ?).

Tabel 2: VROEGERE SITUATIE					
Aantal onderzoeken	Honoraria 733,57	FDG 173,53	Totaal	- kost FDG 360,00	Saldo
200	146.714	34.706	181.420	72.000	109.420
400	293.428	69.412	362.840	144.000	218.840
600	440.142	104.118	544.260	216.000	328.260
800	586.856	138.824	725.680	288.000	437.680
1000	733.570	173.530	907.100	360.000	547.100
1200	880.284	208.236	1.088.520	432.000	656.520
1400	1.026.998	242.942	1.269.940	504.000	765.940
1600	1.173.712	277.648	1.451.360	576.000	875.360

- De toelage voor investering (A3 = 282.599 €) is niet toereikend voor de aankoop van een high-end toestel, noodzakelijk voor uitvoeren van een groter aantal onderzoeken (meer dan 6 per dag). De toelage, zelfs berekend op 7 jaar, bedraagt slechts 1.978.193 €, hetgeen niet genoeg is voor aankoop + onderhoudscontract + financiële lasten. De kost van een basistoestel PET-CT (thans 90% van de aankopen in de USA) moet geschat worden op minstens 2,5 miljoen euro !
- De toelage voor werking (B3 = 210.646 €) moet de personeelskosten dekken, maar is niet progressief: er is geen koppeling aan het aantal onderzoeken, hetgeen echter billijk zou zijn.
- Als randopmerking ivm FDG: er bestaat een majeure discrepantie tussen centra die zelf hun FDG produceren en centra die FDG aankopen. Voor deze laatste is de kost veel hoger, te wijten aan transport en verval. Een specifieke terugbetaling voor transport zou dit kunnen oplossen, zonder dat de FDG-terugbetaling zou verhogen. De centra die FDG produceren hebben niet dezelfde negatieve balans zoals in de tabel getoond, vermits hun FDG-kost minder is dan de som terugbetaling FDG + honorarium.

Als parameters werden genomen:

– Huidige bedragen:

A3B3 = A3 (investering)	282.599 € (11,400 MF)
= B3 (werking)	<u>210.646 €</u> (8,497 MF)
	493.245 €

Honorarium =	159,99 €
Tracer =	173,53 €

- Vroegere bedragen:

Honorarium = 733,57 €

Tracer = 173,53 €

- Kost FDG = 360 € per patiënt, alles incl.
NB: FDG niet zelf geproduceerd, maar aangekocht.
- De kost van personeel (arts, verpleegkundige) werd niet specifiek in rekening gebracht, hetgeen vanzelfsprekend een verschil maakt tussen vroeger systeem en huidig systeem (vervat in B3).

VERTALING

Advies betreffende de PETSCAN.

Minderheidsnota

Ondergetekenden kunnen niet akkoord gaan met het door de NRZV, afdeling Erkenning en programmatie op donderdag 13 mei 2004 goedgekeurde advies over de PETSCAN.

Het door de administratie van Volksgezondheid gecoördineerde rapport van internationale experts besluit in 2002 dat het aantal in België geprogrammeerde PETSCAN's volstaat. De situatie in België is terzake een van de beste ter wereld.

Het in 2003 door prof.L.Mortelmans, de voorzitter van de Belgische Vereniging voor nucleaire geneeskunde, ingediende rapport besluit dat het huidige PETSCAN-potentieel in België te weinig gebruikt wordt. Bij dat aantal moeten dan nog de laatst erkende PETSCAN's (Charleroi, Kortrijk en Limburg) bijgeteld worden, wat het potentieel nog verhoogt.

Met de meest recente PETSCAN's kan er een groter aantal patiënten (voor het ogenblik 12 per dag) onderzocht worden.

Die beide elementen leiden inderdaad tot een beduidende toename van het aantal patiënten dat met een PETSCAN onderzocht kan worden.

Voor het ogenblik bestaan er overigens geen abnormale wachtlijsten voor PETSCAN-onderzoeken. Men moet nooit langer dan twee weken wachten, wat overeenstemt met de aanbevelingen van de beroepsvereniging voor nucleaire geneeskunde.

In de verslagen van de experts wordt de problematiek van de therapeutische efficiëntie niet in cijfers uitgedrukt : leidt de diagnostische meerwaarde tot beduidende therapeutische wijzigingen gepaard gaand met een financiële compensatie van die toegenomen diagnostische uitgaven ?

Hoe kan de maatschappij er zeker van zijn dat de aanzienlijke uitgaven ingevolge een toename van het aantal PETSCAN's nuttig en relevant zijn voor de overlevingskansen van de patiënten en hoe kan men beletten dat een zware en dure techniek (zonder bewijs van een werkelijke therapeutische meerwaarde) te veel gebruikt wordt.

De overwogen verruiming van de indicaties voor een PETSCAN-onderzoek moet het voorwerp uitmaken van een zeer gedetailleerd onderzoek op medisch en budgettair vlak, en waarbij aangetoond moet kunnen worden dat hierdoor de kosten voor behandelingen zullen afnemen.

Men dient in ieder geval een programmatieverplichting te behouden, gebaseerd op de toegankelijkheid van de installaties en een goede geografische spreiding.

Een van de huidige beperkingen op de werking van PETSCAN's is de toegankelijkheid en de kostprijs van de FDG. Een analyse van deze factor moet op het vlak van volksgezondheid en economische zaken concrete vorm krijgen. Het huidige monopolie van de firma Norton moet herzien worden, zodat de (normale) concurrentie weer kan spelen. Hierdoor kunnen de prijzen van de FDG in de toekomst naar onder herzien worden.

Principieel kan er niet aanvaard worden dat de eventuele herziening van de huidige situatie leidt tot een erkenning a posteriori van de geïnstalleerde PETSCAN's die illegaal en buiten de officiële programmatie werken.

Het huidige dubbele financieringscircuit ((budget van financiële middelen en erelonen) van de erkende installaties moet behouden worden aangezien hierdoor budgettaire ontsporingen enigszins vermeden kunnen worden.

We vestigen er de aandacht op dat de notie zelf van zware structurele onderfinanciering van de ziekenhuizen objectief moeilijk verdedigd kan worden, wanneer er in de ziekenhuissector in het licht van een toegenomen beroep op RIZIV-terugbetalingen en het budget van volksgezondheid zeer dure investeringen (in PETSCAN's en op andere vlakken) gedaan worden.

Bij wijze van conclusie : ondergetekenden verwerpen het geheel van de voorstellen tot wijziging van de reglementering in het advies.

Gelet op de normale evolutie van de medische technologie stellen ze voor om te waken over de evolutie van de behoeften in de sector en om, als het aantal PETSCAN's in België in de toekomst verhoogd moet worden, dezelfde programmatiecriteria te hanteren als in de huidige reglementering.

Yves SMEETS,
Lid van de afdeling Erkenning en programmatie van de NRZV

Prof. Michel COLLARD,
Lid van de afdeling Erkenning en programmatie van de NRZV

Prof. Pphilippe LEJEUNE,
Lid van de afdeling Erkenning en programmatie van de NRZV

Mevr. Marie Camille COLLINET,
Lid van de afdeling Erkenning en programmatie van de NRZV