

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

BRUSSEL 14 MAART 2013

**DIRECTORAAT- GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

Kenm. : NRZV/D/423-4 (*)

**ADVIES VAN DE NRZV
INZAKE PROGRAMMATIE, ERKENNING EN FINANCIERING
VAN DE PET-SCANNER**

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 14 maart 2013

Bij de opmaak van dit ontwerp van advies werd dankbaar gebruik gemaakt van de zeer waardevolle bijdragen van de leden van de NRZV en van de verschillende experts.

In het bijzonder wordt er verwezen naar volgende nota's :

- Adviesaanvraag NRZV m.b.t. PET-programmatie (augustus 2012).
Dr. B. DEHAES, prof. Dr. F. JAMAR, Dr. L. KIEBOOMS
- Revision 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 calcul.
Dr. M. DUSART
- Regulatory Framework, Quotum en Kankerincidentie. Werknota 2-12-2012.
Dr. K. DEVIS

Adviesaanvraag

Op 12-07-2012 heeft de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Minister L. ONKELINX een vraag om advies gericht aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in verband met de Positronen Emissie Tomografie (PET).

In het kader van het Nationaal Kankerplan (initiatief 16) met het oog op de ondersteuning van de oncologische beeldvorming met PET, al dan niet in hybride toepassing als PET-CT of PET-MRI en rekening houdende met de aanbevelingen van de Europese Commissie aan België, het rapport "Positron Emissie Tomografie : een update" (report 110A) van het kenniscentrum (KCE) uit 2009 en het advies van een vertegenwoordiging van experts Nucleaire Geneeskunde uit 2010 acht de minister een herziening van de programmatie noodzakelijk op basis van de toenemende op evidentie gebaseerde behoefte.

De uitzonderlijk gedetailleerde adviesaanvraag van 12-07-2012 wenst de volgende zes punten behandeld te zien door NRZV :

1. aanpassing van de programmatie en de criteria waarop deze gebaseerd kan worden, rekening houdend met de opmerkingen van de Europese Commissie uit 2006.

Deze programmatie is heden vastgelegd in artikel 34 van de Wet betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg dd. 27-04-2005.

Tevens wordt gevraagd advies te willen geven of de programmatie betrekking heeft op diensten en/of op toestellen en na te gaan of er een mogelijkheid kan gecreëerd worden voor de associatieve uitbating met uitsplitsing van één programmatorisch gefinancierde plaats over twee sites met het oog op de verbeterde toegankelijkheid binnen een gegarandeerd kwaliteitskader.

2. de billijke verdeling van de diensten over de verschillende gemeenschappen en gewesten
3. een actualisatie van de normen voor de uitbating met inbegrip van het kwaliteitssysteem en de registratie
4. de modaliteiten waarmee een erkende lijst van indicaties voor PET kan worden vastgesteld en periodiek kan worden herzien volgens de evolutie van de wetenschap
5. de wenselijkheid van een uniek elektronisch aanvraagdocument voor PET-onderzoek met centrale registratie en koppeling van MOC-aanvraag-toestel-protocol-gegevens beschikbaar in het patiëntendossier
6. de herziening van de financiering met onderscheid tussen forfaitaire financiering van de werking en de beschikbaarheid enerzijds en een prestatie-afhankelijke financiering voor de intellectuele acte van de arts anderzijds. Het forfait kan via BFM en via het RIZIV worden toegekend op basis van oncologische en radiotherapeutische activiteit van de instellingen. Tenslotte mag dergelijke herijking van de financiering de bestaande erkende centra niet benadelen en moet er aandacht zijn voor de financiering van universitaire diensten die PET-onderzoek uitvoeren in translationeel onderzoek en voor niet-oncologische indicaties.

Voor het formuleren van een advies werd door een ad hoc werkgroep van de NRZV met leden van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, bijgestaan door experts van het

specialisme Nucleaire Geneeskunde, van het RIZIV, van het Kenniscentrum en van de Stichting Kankerregister, vergaderd op 11-09-2012, op 3-10-2012, op 14-11-2012, 05-12-2012 en 07-03-2013.

1. aanpassing van de programmatie

Uit het schrijven van de minister d.d. 12-07-2012 en na ruggespraak met het kabinet blijkt duidelijk dat men zich wenst te baseren op een toekomstige behoefte aan PET-onderzoeken van 86.000, uitgaande van het huidig aantal PET-onderzoeken (2012) van 50 à 55.000 en rekening houdend met zowel een toename van het aantal toestellen als met een toename van de indicaties.

Indien men aanneemt dat het aantal van 86.000 PET-onderzoeken met een groter aantal toestellen (die niet alle in 2013-2014 operationeel zullen zijn) kan worden bereikt na vijf jaar, wil dit zeggen dat vanaf 2018 de jaarlijkse behoefte aan PET-onderzoeken op basis van verruimde oncologische indicatie, follow up van patiënten, onderzoeken voor planificatie van radiotherapie (*treatment planning*) en niet-oncologische indicatie, en het te programmeren aantal PET-toestellen moeten worden herzien met het oog op een maximum aantal benodigde PET-onderzoeken van 100.000 per jaar.

Het PET-onderzoek is een onmisbaar instrument geworden in de oncologie en er zullen voortdurend nieuwe indicaties en ook nieuwe tracers bijkomen, zodat in de toekomst het aanvaarden van nieuwe evidence based indicaties zal verplichten de programmatie steeds weer te herzien.

Een bijkomende reden voor het groeiend aantal PET-onderzoeken in de toekomst is het bedreigd zijn van klassieke tracerproductie (Technetium) in kernreactoren, waardoor op termijn het PET-onderzoek gedeeltelijk de klassieke scintigrafie kan vervangen.

Over het aantal onderzoeken per dag en per jaar dat op een moderne PET-CT of PET-NMR (op dit ogenblik in België nog niet geïnstalleerd) kan worden uitgevoerd bestaan er licht uiteenlopende meningen.

Rekening houdend met het advies van het College Nucleaire Geneeskunde suggereert de minister in haar schrijven voor grosso mode 86.000 PET-onderzoeken een maximum te programmeren aantal toestellen van 24 d.w.z. per toestel jaarlijks 3600 PET-onderzoeken (86.000 onderzoeken/3600 onderzoeken per toestel).

In een zeer gedetailleerde nota van dr. P PAULUS berekent men eveneens een jaarlijks aantal van 3600 PET-onderzoeken (240 werkdagen x (7 patiënten na 1^o levering + 8 patiënten na 2^o levering)), echter wel te verminderen met onderhoud, beschikbaarheid FDG, patiënt-gerelateerde factoren om te komen tot een maximum aantal van 3.200 PET-onderzoeken per toestel per jaar.

Anderzijds wordt er gewezen op een consensus onder de exploitanten-nuclearisten van de 13 erkende PET-centra over een jaarlijks aantal onderzoeken van 3600 per toestel. Tenslotte is er het concrete cijfer van een PET-CT centrum dat in 2012 ruim 4250 PET-onderzoeken in kwalitatieve omstandigheden zal uitgevoerd hebben met het nieuwste type toestel dat een korte “time of flight” heeft. Om begrijpelijke redenen realiseren niet-erkende PET-centra heden een lager aantal jaarlijkse onderzoeken. Het aantal van 86.000 PET-onderzoeken per jaar als toekomstige behoefte is gebaseerd op 26.000 van 60.000 jaarlijkse kankers, die 1 eerste PET krijgen en 15.000 op 60.000 jaarlijkse kankers die meerdere (4) vervolgonderzoeken krijgen (het aantal PET-onderzoeken per kanker wordt berekend op 1,4). Dit aantal houdt dus geen rekening met de niet-oncologische indicaties noch met PET onderzoeken voor planificatie van de radiotherapie (zie hoger), die progressief toenemen.

2. de verdeling van de diensten per gemeenschap/gewest

Er wordt voorgesteld te spreken van diensten met één PET-toestel. Een uitzondering wordt voorzien voor universitaire ziekenhuizen en voor één erkenning met drie toestellen in Brussel (zie infra).

Iedereen is zich er van bewust, dat de huidige situatie met de facto 13 plus 7 PET-toestellen in exploitatie, verdeeld op een zeer ongelijke wijze over gemeenschappen (8 N/12F) en gewesten (7VI/7Brx/6W), verre van ideaal is en slechts op termijn door het nemen van verschillende en in meerdere fasen geplande maatregelen kan worden gecorrigeerd.

Indien men een maximum aantal PET-onderzoeken per jaar deelt door het maximum aantal onderzoeken per jaar per toestel, (86000/3600) bekomt men een aantal te programmeren PET-toestellen van 24.

In theorie zou men kunnen stellen, dat er louter op basis van wetenschappelijke epidemiologische gegevens zoals de bevolkingsaantallen, ofwel de populatie plus 45 jaar

(45-65 jaar) ofwel de reële kankerincidentie per gewest er een verdeling zou moeten komen van **14 N en 10 F diensten**. Rekening houdend met de bestaande situatie vereist dit echter een correctie, waarbij het aantal PET-toestellen in Brussel dermate moet worden teruggeschroefd, dat dit niet meer realistisch overkomt. Bovendien blijft er de vaststelling, dat Brussel als gewest door de grote concentratie aan universitaire instellingen een belangrijk gedeelte van de bevolking van Vlaams en Waals Brabant bedient (zie door Brussels aanbod gecorrigeerde kankerincidentie). De onmogelijkheid om nu in één beweging dergelijke cijfermatige verdeling volledig door te voeren neemt echter niet weg, dat de overheid in twee of meer stappen kan werken teneinde bij meerdere op elkaar volgende aanpassingen van programmatie een optimale billijke verdeling van de PET-toestellen te bekomen (zie infra).

Volgende verdeling per gemeenschap/gewest van 86.000 onderzoeken: 3600 onderzoeken per toestel = 24 toestellen wordt voorgesteld op basis van :

- bevolkingsaantallen 10.951.266 (Vl. 6.306.638 of 57,59%; W. 3.525.540 of 32,19%; Br. 1.119.088 of 10,22%)
- populatie boven de 45 jaar 4.148.147 (Vl. 2.445.809 of 58,96% ; W. 1.316.834 of 31,74%; Br. 385.504 of 9,29%)
- (de populatieverdeling tussen 45 en 65 jaar met hogere kankerincidentie geeft een gelijkaardige verdeling)
- kankerincidentie
2009: 60.572 (Vl. 36.410 of 60,11%; W. 19.131 of 31,58%; Br. 5.031 of 8,31%)
2010: 62.017 (Vl. 37.132 of 59,87%; W. 19.649 of 31,68%; Br. 5.236 of 8,44%)
- door Brussels' zorgaanbod gecorrigeerde kankerincidentie (Vl. 34.554 of 57,31%; W. 17.509 of 29,00%; Br. 8.229 of 13,69%)

Vlaanderen : **12 toestellen (3 UZ + 9 AZ)**

Wallonië : **7 toestellen (1 UZ + 6 AZ)**

Brussel : **5 toestellen (3 UZ + 2 AZ)** (door samenvoeging van 3 niet-erkende PET-toestellen onder één erkenning ofwel de exploitatie van een gemeenschappelijk PET door de drie instellingen met elk $\frac{1}{3}$ van de A3/B3 financiering)¹

Deze verdeling heeft als effect 192.587 45-plussers per PET voor de Nederlandstalige bevolking en 149.501 45-plussers per PET voor de Franstalige bevolking van België.

Deze verdeling² houdt eveneens rekening met de grotere zorgregio's van het Brussels Gewest (Brabant), waarbij 3 van de 4 erkende PET's voornamelijk een Franstalige populatie patiënten bedienen, en laat toe een extra PET te erkennen in Wallonië, maar resulteert in een relatieve onderprogrammatie voor Vlaanderen, hetgeen bij een volgende herziening van de programmatie (bijvoorbeeld na een afschrijvingsperiode van zeven jaar) prioritair moet worden rechtgezet, evenals vervolgens de op dat ogenblik relatieve onderprogrammatie in Wallonië.

¹ Het betreft hier een overgangsmaatregel alleen toepasselijk op het overtal aan niet-erkende PET's in Brussel. Het is uiteraard correct om deze situatie na 5 à 7 jaar recht te zetten en om een structurele onderfinanciering tegen te gaan deze diensten een volwaardige erkenning en financiering te geven in het kader van een nieuwe revisie van de programmatie.

² Indien een 0,5 gefinancierde tweede PET voor de universitaire ziekenhuizen van KUL, UCL, ULg, UGent, UBrussel wordt voorzien (ULB heeft tweede PET in AZ Bordet) geeft dit een totaal aantal van 27 PET's met verdeling $13 + 4 \times 0,5 = 15$ voor de Nederlandstalige bevolking en $11 + 2 \times 0,5 = 12$ voor de Franstalige bevolking.

NB De vertegenwoordigers van de ziekenhuisgroep SANTHEA onderlijnen dat de PET gelokaliseerd in AZ Bordet wordt uitgebaat in het raam van een geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst tussen de ziekenhuizen van het netwerk IRIS en derhalve niet verbonden is aan het universitair ziekenhuis Erasme.

Door de PET van UZ Brussel te beschouwen als een grotendeels op de Nederlandstalige bevolking georiënteerde voorziening bekomt men aldus een verdeling:

13 Nederlandstalige PET (4 UZ en 9 AZ)

11 Franstalige PET (3 UZ en 8 AZ)

hetgeen de ideale wetenschappelijke berekening van 14 N/10/F diensten benadert.

De vertegenwoordiger van Zorgnet Vlaanderen wijst op het feit dat het advies prioritair moet tegemoet komen aan de wensen van de Europese overheid, door voor België een verdeling voor te stellen louter op basis van objectieve elementen, met name op basis van het aantal geregistreerde kankerincidenties. Hij stelt volgend alternatief voor.

De 24 beschikbare PET-toestellen (diensten) worden als volgt verdeeld:

- *1 dienst voor elke faculteit geneeskunde met volledig leerplan (4N/3F)*
 - *de overige 17 diensten volgens de kankerincidentie en overeenkomend met de verklaring van de minister in het parlement over programmatiecriteria : 1 dienst per schijf van 3.600 nieuwe gevallen van kanker geregistreerd bij het Kankerregister per gemeenschap (10N/7F)*
 - *de verdeling van de diensten per gemeenschap op basis van de bij het Kankerregister geregistreerde nieuwe gevallen wordt om de vijf jaar herzien op basis van de meest recente incidentiegegevens.*
3. De **erkenningsnormen** uit het KB d.d. 14-12-2006 waaraan een dienst nucleaire geneeskunde waarin een PET-scanner wordt opgesteld moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de Wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 kunnen als volgt worden aangepast :

Art. 3 § 1.

De globale oncologische activiteit (niet alleen voor longtumoren)

- aantal eerste Multidisciplinaire Oncologisch Consulten/jaar
- aantal radiotherapiebehandelingen (niet aantal simulaties, maar weging van de relevante radiotherapieactiviteit)
- aantal verpleegdagforfaits oncologisch dagziekenhuis/jaar
- aantal oncologisch-chirurgische ingrepen/jaar aan te tonen via uniforme registratie
- verbruik van chemotherapie-medicatie (ATC-code L01)
- anatomopathologische gegevens (Kankerregister)
- erkenning als oncologisch zorgprogramma

Art. 3 § 2.

In een geformaliseerd samenwerkingsverband kan de oncologische activiteit van de samenwerkende ziekenhuizen worden samengebracht. De samenwerkende ziekenhuizen hebben een gemeenschappelijk multidisciplinair oncologisch handboek.

Art. 4 § 2.

De dienst moet beroep kunnen doen op een erkende dienst voor radiotherapie en op een erkende dienst medische beeldvorming met NMR – bij voorkeur in situ -.

Art. 4 § 3. eerste lid

In elke dienst mag slechts één PET worden uitgebaat met uitzondering van de universitaire ziekenhuizen (gedefinieerd volgens artikel 4 van de Wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 10 juli 2008) die met het oog op opleiding en door publicatie verantwoord translationeel onderzoek, een tweede toestel mogen opstellen dat voor 50% wordt gefinancierd via BFM en honorariumforfait.

De vereniging van Universitaire Ziekenhuizen wijst erop dat financiering van de tweede PET bij voorkeur kostendekkend gebeurt, eventueel door bijkomende financiering uit de middelen van het Federaal Kankerplan, zo niet door het aantal terugbetaalbare PET-onderzoeken jaarlijks niet te halveren.

Ook pleit de vereniging voor een correcte terugbetaling van nieuwe tracers voor erkende oncologische en niet –oncologische indicaties na behandeling van de betrokken dossiers doe de bevoegde instanties, de Technische Geneeskundige Raad en de Technische Raad voor Radio-isotopen van het RIZIV.

Meerdere leden van de werkgroep dienen volgend alternatief voorstel in uit naam van de ziekenhuiskoepel SANTHEA : de 24 erkenningen zijn erkenningen van een PET-centrum eerder dan van een PET-toestel.

Elk centrum PET bestaat uit een juridisch geformaliseerde samenwerkings-overeenkomst tussen verschillende partnerziekenhuizen, dewelke het geheel van de beheersaspecten van dit centrum regelt.

Elk centrum heeft slechts recht op een A3/B3 subsidie en kan slechts aanspraak maken op maximum 3.600 terugbetaalde PET-onderzoeken, maar heeft de vrijheid om meerdere PET-toestellen op meerdere vestigingsplaatsen te exploiteren.

Om te worden erkend moet een centrum bewijzen jaarlijks 2.500 nieuwe gevallen van kanker te behandelen, gebaseerd op de anatomopathologische diagnose. Deze erkenningsnorm stimuleert de samenwerking tussen ziekenhuizen en vermijdt dat centra, die slechts 1000 PET-onderzoeken per jaar uitvoeren en slechts weinig nieuwe gevallen van kanker totaliseren autonoom een erkenning weten te verkrijgen.

Theoretisch creëert dit ook toegankelijkheid tot de PET-technologie voor de 60.000 nieuwe kankergevallen per jaar (24×2.500 gevallen = 60.000 gevallen). Een ziekenhuis kan zijn kankergevallen niet voor meerdere centra laten meetellen.

Inzake het aantal aanrekenbare PET-onderzoeken en op basis van 1,4 PET-onderzoek per nieuwe kanker, kan elk centrum zijn taak voor zijn 2.500 gevallen opnemen zonder het jaarlijks aantal van 3.600 terugbetaalde PET-onderzoeken te overschrijden ($2.500 \times 1,4 = 3.500$).

Dit voorstel garandeert het respecteren van het globaal budget en laat toe de toegankelijkheid voor de patiënten te vergroten met de vrije keuze voor de ziekenhuizen om PET-toestellen te spreiden dan wel voor de regio's, die de PET-toestellen zouden willen verdelen in het raam van de te verlenen erkenningen.

Omwille van het risico op een volledige ontsporing van het totaal aantal PET-toestellen en het creëren van een structurele onderfinanciering wordt dit voorstel niet door de meerderheid van de werkgroep gedeeld.

Art. 4 § 3. tweede lid

Geen opname-volumecriteria meer weerhouden. Oncologische activiteitscriteria zijn voldoende

Art. 4 § 7

Samenwerking tussen twee diensten met elk een PET moet mogelijk zijn (bv. PET-CT en PET-NMR) om elkaars infrastructuur optimaal te kunnen gebruiken.

Art. 5

De medische staf bestaat uit tenminste drie voltijds equivalenten specialisten nucleaire geneeskunde of uitgedrukt in tienden effectieve aanwezigheid in het PET-centrum. Tijdens de openingsuren is er verplicht een geneesheer-specialist in de nucleaire geneeskunde aanwezig in de dienst. De aanwezigheid van een radiofysicus is niet vereist.

Art. 6 § 1 en § 2.

Medewerking aan interne en externe toetsing van de kwaliteit overeenkomstig het KB van 15-02-1999.

- Systematische registratie van de gegevens met type tumor (orgaan, anatomo-pathologisch), de indicatie (oorspronkelijke diagnose, staging, evaluatie van behandelingsresultaat, radiotherapie-sturing, recidief vermoeden), de resultaten en de herkomst van de patiënt (ziekenhuis); jaarlijkse overdracht van deze geanonimiseerde data naar een nationale databank
 - Jaarlijkse inventarisatie door elk centrum van het totaal aantal uitgevoerde onderzoeken met de verdeling in erkende/niet-erkende indicaties/op aanvraag van MOC/andere oncologische indicaties/niet- oncologische indicaties.
 - Elk centrum houdt register bij waarin deze informatie wordt opgetekend.
4. Zoals de programmatiecriteria vereisen ook de **indicaties** op basis van de permanente evolutie in de geneeskunde een geregelde aanpassing. Het wordt aanbevolen om de Werkgroep Medische beeldvorming van de Technisch geneeskundige Raad van het RIZIV te gelasten met de opdracht om minstens per periode van vijf à zeven jaar de wetenschappelijke literatuur te evalueren en aan de hand hiervan de lijst van de erkende PET-indicaties aan te passen na advies van de Wetenschappelijk en Beroepsvereniging van Nucleaire Geneeskunde.
5. Een **uniek elektronisch aanvraagdocument** voor het PET-onderzoek met koppeling van de MOC – de aanvraag – het toestel –het protocol is niet nodig omdat
- de Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV een nomenclatuuraanpassing voorstelt met voorschriftverplichting waarin de diagnostische vraagstelling wordt geëxpliciteerd.
 - een voorafgaand MOC-onderzoek voor alle indicaties niet aangewezen noch realiseerbaar is.

Een uniek identificatienummer van het toestel en een uniek prestatievolgnummer dat op alle protocols en beelden en op het getuigschrift voor verstrekte hulp wordt vermeld samen met het Rijksregisternummer van de patiënt, lijkt aangewezen om een eenvoudige controle op de naleving van de erkenningsnormen en aanrekeningsvoorwaarden mogelijk te maken.

Alle gegevens van het PET-onderzoek (aanvraag, toestel, protocol) dienen steeds beschikbaar te zijn in het patiëntendossier.

6. De **financiering** van de PET gebeurt nu op drie verschillende wijzen, nl. via het Budget Financiële middelen, via de nomenclatuur voor de verrichtingen van de specialist in de nucleaire geneeskunde en via de terugbetaling voor het gebruikte radiofarmacon (tracer).

Forfait via onderdeel A3 en B3 van het BFM

A3	(investeringslast infrastructuur))	282.599 euro/jr
B3	(exploitatie en onderhoud)	259.401 euro/jr
		542.000 euro/jr
Hetzij 542.000 euro/jr x 13 PET-toestellen		7.046.000 euro/jr

De investeringslast (toestel PET) kan beperkt worden tot 7 jaar. Een aanpassing van het bedrag A3 is mogelijk door de op dit ogenblik lagere aankoop prijs van het PET-onderdeel van het toestel. Een aanpassing van het B3-bedrag is mogelijk door een verschuiving naar de nomenclatuurhonoraria van het RIZIV waarmee tenminste gedeeltelijk de personeelskosten dienen te worden gedekt.

Een alternatief bestaat er uit om de volledige onderdelen A3/B3 te verschuiven naar het RIZIV als een soort investeringsbudget, dat over de afschrijvingsperiode van zeven jaar in jaarlijkse schijven wordt toegekend.

Financiering van de prestatie voor de specialist nucleaire geneeskunde

(1)	25.000 PET-onderzoeken via code 442971/982 à 181,25 €	4.531.000 euro
(2)	30.000 PET-onderzoeken voor niet-erkende indicaties of voor niet-erkende PET-centra via code 442595/606 à 301,59 €	9.048.000 euro
		13.579.000 euro

De aantallen (2) zijn een schatting wegens meervoudig gebruik van code 442595/606 (dubbele tomo).

Terugbetaling van het radiofarmacon (bij voorbeeld tracer FDG)

De terugbetaling van het radiofarmacon (bij voorbeeld tracer FDG) gebeurt voor de erkende indicaties in een erkend centrum via de code 442971/982 aan 200 € en voor de niet erkende indicaties en in de niet-erkende centra aan 30 of 50 € met een totale kost van $25.000 \times 200 = 5.000.000$ € plus $30.000 \times 30/50 = 1.200.000$ € ofwel 6.200.000 euro

Totale jaarlijkse kost (2012) voor PET

	onderdeel A3 en B3	7.046.000 euro
	specialist nucleaire geneeskunde	13.579.000 euro
	radiofarmacon	6.200.000 euro
	Totale jaarlijkse kost	26.825.000 euro

Volgende aanpassingen in de financiering van onderzoeken uitgevoerd op de state of the art toestellen worden voorgesteld :

- onderdeel A3 en B3: vermindering van 542.000 euro/jr naar 455.000 of 400.000 euro/jr o.m. omwille van gedaalde aankooprij; een transfer van het onderdeel B3 naar de nomenclatuur als forfaitair honorarium per onderzoek kan worden overwogen wat betreft de personeelskosten (onderhoud à 90.000 euro/jr behouden).

(Het alternatief is een volledige verschuiving van het budget A3/B3 naar het RIZIV als investeringsbudget na correctie cfr.supra)

- Het honorarium van PET-onderzoek voor de specialist nucleaire geneeskunde wordt uniform op 181,25 euro gebracht (2012) voor erkende indicaties en niet-erkende indicaties en voor alle 24 te voorziene PET-centra.

- Het gebruikte radiofarmacon (tracer) wordt vergoed als een RIZIV-forfait per onderzoek à 107,50 €, maximaal 3600 keer per jaar aanrekenbaar per PET-camera. Voor de erkende indicaties wordt een supplementaire tracervergoeding van 60,00 € voor alle erkende indicaties aangerekend zonder beperking in aantal. Dit model van tracerfinanciering dient om het aantal PET-onderzoeken per toestel af te remmen tot 3.600/jaar en tevens om het aantal niet erkende indicaties beperkt te houden.

Benodigd budget

Huidig totaal jaarbudget voor 13 + 7 PET = 26.825.000 euro (2012)

Jaarbudget voor 24 PET bij volledige toepassing (d.w.z. 86.000 onderzoeken/jaar =

(A)	24 x 400.000 €	9.600.000 euro
(B)	86.000 x 181,25 €	15.587.500 euro
(C)	24 x 3600 x 107,5 €	9.288.000 euro
(D)	40.000 x 60,00 €* (47% erkende indicatie)s	2.400.000 euro
		36.875.500 euro/jr

Het is duidelijk dat in de eerste jaren deze uitgaven niet worden gehaald door de geleidelijke uitbreiding naar 24 centra en de geleidelijke groei naar 3600 onderzoeken/jaar voor alle PET-toestellen.

* Bij toename van het percentage erkende indicaties tot 75 % neemt de uitgavenpost onder (D) toe tot 63.750 x 60,00 € = 3.825.000 euro/jr en het totaal budget PET per jaar tot **38.300.500 euro**.

Door de gewenste aanpassing van de nomenclatuur met uitbreiding van de lijst erkende indicaties zal deze toename relatief snel gebeuren.