

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 10/06/2004

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section "Programmation et Agrément"

Réf. : CNEH/D/234-1 (*)

AVIS RELATIF AU PET-SCAN

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 10 juin 2004.

Date de réunion : 8-10-2003, 17-11-2003 (en présence d'experts) et 16-12-2003

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

1. Contexte de la demande d'avis

Le CNEH a donné pour mission au groupe de travail PET-scan d'examiner le rapport d'experts « La Belgique dispose-t-elle de suffisamment de PET-scan -11/2 » en ce qui concerne les causes et les moyens.

Après avoir appris que le rapport demandé par les ministres Aelvoet et Vandenbroucke avait été élaboré par l'Administration, après avoir consulté quelques experts étrangers par e-mail, et que ce rapport était, après 2 ans, en partie dépassé par la pratique médicale actuelle en raison du choix des experts et de l'évolution très rapide sur le terrain, le groupe de travail PET-scan a décidé d'élaborer un nouveau rapport pour le Conseil national des établissements hospitaliers.

Pour ce faire, deux experts, le Pr Dr L. Mortelmans, de la Société belge de médecine nucléaire et le Dr L. Kiebooms, de l'Association professionnelle de médecins spécialistes en médecine nucléaire, ont été invités à apporter des informations sur la situation actuelle concernant la tomographie par émission de positrons, sur la base de rapports écrits qu'ils ont eux-mêmes rédigés. Ces rapports ont été élaborés au terme d'une large enquête menée au sein des centres PET-scan et grâce à une évaluation du groupe de travail PET-scan de la Société belge de médecine nucléaire et la section Médecine nucléaire de l'Association professionnelle des médecins spécialistes belges.

2. Résumé des avis précédents sur le sujet

Par le passé, le CNEH a élaboré deux avis relatifs à la programmation et à l'agrément des PET-scans.

2.1. Un premier avis, l'avis du 13.4.2000, se basait sur une étude approfondie de la situation dans les pays industrialisés et sur les témoignages d'une douzaine d'experts belges en la matière. Cet avis tenait compte des applications cliniques du PET de l'époque, avec une estimation des besoins, avec la capacité d'examen par appareil, avec la problématique d'accessibilité et avec les implications financières y afférentes. Sur la base de ces critères, il a été décidé qu'il fallait 19 PET-scans (y compris un appareil par faculté de médecine avec programme d'études complet, dans le cadre de la mission de développement médical). On a proposé une série de critères de normalisation, de façon à arriver à une répartition équitable.

Cet avis était accompagné d'une note de la minorité demandant de ne pas présenter de critères de programmation.

Après cet avis, les ministres compétents ont promulgué, par AR du 12.8.2000, des critères de programmation et d'agrément pour un total de 13 appareils (y compris 7 appareils universitaires).

2.2. Le CNEH situe un deuxième avis du 10.7.2002 dans le prolongement de l'avis général concernant « la normalisation et la programmation » pour la technologie diagnostique in vivo.

Le CNEH estimait que la phase d'évaluation telle que décrite dans l'avis précité était déjà dépassée en ce qui concerne les PET-scans et que l'utilité de la technologie PET était suffisamment prouvée sur le plan scientifique. Le CNEH a constaté que, dans le cadre de la révision de la nomenclature pour le PET-scan, les garanties nécessaires à une bonne pratique clinique et une utilisation efficace ont été prises. Par conséquent, le CNEH a déclaré que la programmation du PET-scan, telle que prévue par AR du 12.8.2000, était dépassée et qu'elle faisait obstacle à un accès équitable. Dès lors, le CNEH a conseillé de suspendre l'AR du 12.8.2000.

3. Résumé de l'actuel avis

En 2004, on peut dire que, sur la base des indications admises pour le remboursement par l'assurance maladie obligatoire en Belgique, le besoin est d'environ 30.000 examens PET par an.

Le nombre d'indications, qui peuvent, à terme, être prises en compte pour une indemnisation, est en constante augmentation : carcinome mammaire, métastases, contrôle après une chimiothérapie, Alzheimer, fièvre d'origine inconnue. Dans l'intervalle, l'effet d'économie du PET-scan pour certaines indications bien précises (tumeurs aux poumons et Alzheimer, entre autres) réalisé en évitant des traitements onéreux et inutiles (chirurgie et chimiothérapie) s'est avéré incontestable. L'actuelle programmation et les critères d'agrément actuels prévus à l'AR du 12.8.2000 ne tiennent pas suffisamment compte de l'infrastructure existante, ne sont pas adaptés à l'évolution rapide du nombre d'indications et créent un déséquilibre entre les services de médecine nucléaire intra-muros qui disposent d'un PET-scan et ceux qui n'en disposent pas, au désavantage de ces derniers.

Les PET-scans dans les hôpitaux universitaires sont en partie utilisés à des fins de recherche, la capacité existante n'est dès lors pas entièrement disponible pour les 30.000 applications cliniques effectuées par an. Pour des raisons d'ordre médico-éthique, le temps d'attente pour la réalisation d'un examen PET-scan ne peut dépasser deux semaines et il est de préférence raccourci à une semaine maximum.

Le remboursement des coûts pour la réalisation d'un examen PET-scan par le biais des honoraires, par la subsidiation forfaitaire par le biais des sous-parties A3-B3 dans le budget des moyens financiers et par le remboursement limité de l'isotope F18 DG (173,53 €) est, à ce jour, insuffisant pour pouvoir couvrir les coûts réels, par rapport aux indemnisations octroyées dans les pays voisins.

La disponibilité et le type (demi-vie) d'isotope limitent encore le nombre d'examens de patients réalisés à 8 par jour en moyenne pour l'ensemble des installations existantes en Belgique. Pour 30.000 examens par an, avec 1600 examens par appareil et seulement une disponibilité partielle des PET-scans universitaires pour les examens cliniques, on a actuellement besoin de près de 20 appareils en Belgique.

4. Présentation de l'avis dans son ensemble

4.1. Les indications

Les indications de FDG-PET se rapportent principalement à la pathologie oncologique, bien qu'il y ait de nouvelles indications importantes dans d'autres domaines (par exemple Alzheimer, fièvre d'origine inconnue, vasculite, ...).

Pour les indications oncologiques reconnues scientifiquement, le PET-scan permet, dans 1/3 des cas, de déterminer quelle est la thérapie à suivre.

Schématiquement, on peut scinder les indications en trois groupes

- a) les indications dont l'utilité médicale a été prouvée scientifiquement et qui sont reprises comme indications remboursées dans la nomenclature INAMI ;
- b) les indications dont l'utilité médicale a été prouvée scientifiquement, mais qui ne sont PAS reprises dans la nomenclature INAMI
- c) les indications dont l'utilité médicale est probable dans la casuistique, mais qui n'a pas encore été prouvée par des études statistiques.

4.2. Le coût des soins de santé

Il ressort de la littérature, ainsi que de la pratique quotidienne, que l'utilisation spécifique et efficace du FDG-PET n'entraîne pas de surcoût, mais induit au contraire une économie globale. Cette économie n'est pas réalisée par la substitution d'autres modalités diagnostiques telles que CT et RMN (ce serait illusoire), mais en évitant une thérapie non adaptée (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie), qui peut s'avérer inutile en raison du stade avancé de l'affection et des coûts y afférents (honoraires et frais d'hospitalisation).

Il ressort des données actuelles que les indications étayées médicalement correspondent actuellement à 30.000 nouveaux patients/an, ce qui constitue globalement un doublement par rapport au premier avis du CNEH (2000). On s'attend à une nouvelle augmentation du nombre de patients au cours des prochaines années, vu que les indications du FDG-PET ne sont pas encore stabilisées.

4.3. l'accessibilité pour les patients

Si l'on considère le type d'indications étayées médicalement et le fait que le seul examen FDG-PET détermine dans 1/3 des cas la thérapie optimale, il est inacceptable de devoir attendre plus longtemps qu'une à deux semaines pour réaliser l'examen FDG-PET. Le nombre d'appareils doit donc être suffisant pour ne pas qu'il y ait de listes d'attente plus longues.

En outre, l'examen doit pouvoir être réalisé à une distance raisonnable de l'hôpital qui adresse le patient, et le cas échéant, du domicile du patient (attention à la problématique des frais de transport vers le centre PET !).

Enfin, l'examen doit rester accessible sur le plan financier pour chaque patient : la pathologie oncologique peut toucher tous les patients, qu'ils soient riches ou pauvres (NB : En n'agréant pas les centres PET, mais en tolérant qu'ils fonctionnent, on a forcé ces centres à choisir entre supporter eux-mêmes les coûts ou les facturer au patient, ce qui entraîne une médecine à deux vitesses).

4.4. Les coûts pour le centre PET

Les coûts à supporter par le centre PET peuvent être scindés en 4 composantes :

- les coûts d'investissements liés au PET-scan, aux locaux et à l'appareillage de radioprotection nécessaire.
- les frais de fonctionnement (personnel, biens durables, coûts indirects)
- les coûts d'achat ou de fabrication du traceur utilisé, FDG
- les honoraires pour l'acte intellectuel (rapport+concertation avec le clinicien qui a adressé le patient).

Les coûts d'investissement et de fonctionnement sont, du moins pour les centres agréés, remboursés de façon forfaitaire par le biais du prix de journée. Cependant, ce remboursement s'avère très insuffisant et est basé sur un appareillage dépassé pour certains aspects. De ce fait, un appareillage nouveau et performant ne peut être financé (le coût de l'appareil de base PET-CT doit actuellement être évalué à 2 à 2,5 millions €).

Les coûts d'achat du FDG (actuellement d'un ordre de grandeur de 350 € par patient) ne sont pas couverts par l'actuel remboursement (173,53 €). Il va de soi que les déficits dans l'octroi d'une subsideation des coûts d'investissement, de fonctionnement et des coûts pour la FDG sont systématiquement déduits des honoraires afférents à l'acte intellectuel (actuellement 157,34 €). Cependant, cette situation n'est pas équitable.

Un simple calcul (voir annexe technique) permet de constater qu'avec les tarifs actuels, les centres PET agréés qui ne produisent pas de FDG subissent une perte d'environ 26 € par examen.

Une réévaluation de cette subsideation s'impose, et en particulier d'une réglementation équitable en ce qui concerne le FDG.

4.5. Nombre d'installations nécessaires

En considérant les conséquences positives importantes résultant d'une utilisation judicieuse du PET-FDG, tant pour le patient individuel (éviter une thérapie inutile) que pour l'autorité (économie de coûts liés à la thérapie inutile), il va de soi que le nombre et la répartition géographique des appareils doivent permettre de réaliser les objectifs proposés.

Sur la base de 6 examens/appareil/jour (et en tenant compte de l'entretien de l'appareil, des productions de FDG qui ont échoué et des livraisons tardives de FDG), on en arrive à environ 1200 examens par appareil et par an.

Pour réaliser les 30.000 examens/an, il faut donc environ 25 appareils de base.

Les appareils high-end plus modernes permettent de réaliser beaucoup plus d'examens par jour. L'utilisation généralisée de ces appareils, avec 1800-2200 examens par an, réduirait le besoin de 13 à 16 appareils. Cependant, cette technologie high-end n'est, en réalité, pas généralisée et la subsideation par le biais de A3/B3 ne permet de couvrir qu'une infime partie des frais.

Actuellement, la diversité des installations existant en Belgique laisse supposer que, pour effectuer correctement les 30.000 examens nécessaires/an, il faut plus d'appareils que ce qu'autorise la programmation actuelle.

4.6. Accessibilité pour le nucléariste

Scinder les services de médecine nucléaire en un nombre limité de services disposant d'un PET-scan et une centaine de services sans PET-scan entraîne inévitablement des problèmes.

Cela suscite du ressentiment entre les différents services, mais, de façon plus importante encore, cela entraîne une (sous-)utilisation peu judicieuse des possibilités diagnostiques du PET-scan et donc une réduction des éventuels avantages sur le plan de la santé publique.

En effet, pendant la concertation oncologique multidisciplinaire (récemment introduite par le biais de la nomenclature et du programme de soins oncologie), il n'est pas toujours possible pour le nucléariste qui réalise l'examen de fournir un commentaire aux cliniciens. Ainsi, on ne tire pas profit de l'ensemble des possibilités qu'offre l'examen.

Par conséquent, il est important que le nucléariste local soit davantage impliqué dans l'examen PET. On peut par exemple lui donner accès au centre PET, mais on peut également lui faire parvenir les clichés directement après l'examen par voie électronique, de façon à ce qu'il puisse s'occuper de l'interprétation et du rapport, en concertation avec le nucléariste du centre PET.

De cette façon, le nucléariste, qui ne dispose pas des facilités PET, peut quand même jouer son rôle à part entière dans le cadre de la concertation oncologique multidisciplinaire, et on peut tirer un avantage maximum de l'examen PET.

4.7. Qu'en est-il de la programmation ?

Actuellement, la programmation prévoit 13 PET-scans. De fait, on exploite davantage de PET-scans et ce, dès avant la programmation.

Les PET-scans agréés ont permis de réaliser 16.894 examens au total en 2002 (NB : Courtrai n'a pas encore commencé ; le centre PET du Limbourg et celui de Charleroi ont commencé depuis seulement 6 mois).

L'extrapolation montre que les centres PET agréés peuvent réaliser environ 20.000 examens/an.

Au vu de l'accroissement des besoins (ils sont actuellement estimés à 30.000/an, mais attention à l'évolution !), il est clair que la programmation actuelle ne peut y satisfaire entièrement. En outre, la répartition géographique des centres PET n'est pas idéale.

Dès lors, la question de la nécessité d'une programmation a été posée. On ne peut donner de réponse univoque.

Les partisans de la suppression complète de la programmation des centres PET avancent les arguments suivants :

-il n'y aura pas de dérapage sur le plan financier, vu que la nomenclature INAMI règle les indications de façon stricte.

-il appartient à chaque hôpital de décider s'il est prêt à assumer le risque financier d'une exploitation PET.

Les opposants à la suppression complète de la programmation avancent les arguments suivants :

-l'implantation libre des centres PET ne va pas nécessairement de pair avec une meilleure répartition géographique.

-la suppression de la programmation entraîne la suspension de la subvention par le biais d'A3/B3 et il ne subsiste donc plus que l'intervention de l'INAMI.

-cette intervention INAMI est clairement insuffisante (à présent ramenée au seul acte intellectuel = 157,34 €) et doit donc être revalorisée jusqu'à un montant minimum de 694,00 €/examen, ce qui ferait augmenter le coût global des 30.000 examens par an (20.820.000 €) de façon plus importante que par le biais de l'actuelle réglementation financière (13.958.820 €).

-fixer un nombre limité d'indications dans la nomenclature INAMI constitue en effet un frein à l'augmentation des dépenses, mais est également un frein à la dynamique des indications. De nouvelles indications, avec confirmation dans la littérature, se feraient encore attendre de nombreuses années, ce qu'il faut éviter, vu les conséquences importantes tant pour le patient individuel que pour l'économie à réaliser par rapport aux thérapies inutiles.

-la discrimination entre les services nucléaires au sein des hôpitaux avec et sans PET est maintenue. Dès lors, il est impossible de garantir une concertation multidisciplinaire oncologique optimale.

-le fait que les hôpitaux s'équipent avec un appareillage médical lourd ne se justifie pas uniquement par des raisons médicales mais parfois aussi par le statut qui y est lié. Les éventuels risques financiers se répercutent alors trop souvent sur les médecins et les patients.

Tout bien considéré, il n'est pas indiqué de maintenir l'actuelle programmation. De la même façon, une suppression totale de la programmation n'est pas une réponse satisfaisante au problème.

Ce qui semble le plus efficient, c'est une adaptation de la programmation aux besoins actuels, avec une évolution rapide en fonction des besoins futurs.

A cet égard, il convient de mettre l'accent sur :

- a. la répartition géographique optimale des centres PET, mais il faut éviter une prolifération injustifiée d'appareils PET dans un cadre concurrentiel de surenchère entre les hôpitaux.
- b. Une optimisation de la collaboration entre les hôpitaux avec et sans PET. Un engagement plus fort dans le cadre d'une demande ciblée pour les examens PET, un contact avec les cliniciens avant et après la réalisation de l'examen, la présence lors de réunions multidisciplinaires avec commentaire sur les images mises à disposition par voie électronique et sur le protocole, font partie de la collaboration formalisée et structurée. De cette façon, le centre PET peut faire,

dans l'intérêt du patient, une utilisation meilleure et ciblée des possibilités diagnostiques du PET-scan.

- c. Adaptation du nombre de PET-scans aux indications réelles. A cet égard, il faut tenir compte de l'évolution de la technologie sans pour autant encourager la surconsommation.
 - i. La nomenclature des prestations de santé permet, par le biais du modèle actuel d'indications remboursables pour examen PET-scan, de limiter son utilisation.
 - ii. L'enregistrement est un moyen d'évaluation. Ceci a permis au groupe de travail de prouver que l'on n'avait constaté aucun abus. Toutefois, l'enregistrement montre que la pratique clinique a évolué en fonction de la littérature scientifique.
 - iii. Un élargissement de la nomenclature de la série d'indications en fonction de l'état actuel des connaissances médicales et de la pratique clinique est inéluctable, dans l'intérêt du patient. Il convient également de souligner qu'il faut tenir compte de l'importante contribution à l'optimisation des traitements invasifs grâce à l'élimination des thérapies inutiles, ce qui induit une économie.
- d. L'adaptation de la subsidiation par le biais de A3/B3 en fonction de l'évolution des coûts d'investissement et de fonctionnement de l'appareillage.
- e. Le problème du coût global FDG doit être résolu de toute urgence. Pour ce faire, il convient de tenir autant compte des coûts de production de l'isotope que de la livraison (répartition régionale par rapport au centre de production) et de l'utilisation de FDG (en fonction de la technologie PET utilisée : high vs. low-end). Les centres disposant d'un cyclotron parviennent à rester en équilibre budgétaire avec le remboursement actuel. Il est inacceptable que les centres sans cyclotron doivent consacrer entièrement leurs honoraires afférents à l'acte intellectuel au financement complémentaire des FDG. Les coûts de livraison et d'exploitation (spécifiquement par centre qui ne dispose pas de cyclotron) sont des coûts de fonctionnement et il serait dès lors préférable de les prendre en compte par le biais de critères objectifs dans un B3 à adapter par centre.

5. Conclusion

- 5.1. La programmation de services médico-techniques par nombre d'habitants, par hôpital universitaire, par offre de pathologie ou par d'autres paramètres encore ne constitue pas une méthodologie optimale pour gérer les dépenses par le biais de la limitation de l'offre et des nombres. En tout cas, il convient de considérer chaque forme de programmation comme étant très temporaire et rapidement révisable, en raison de l'évolution très rapide de la pratique médicale. L'expérience relative aux chiffres de programmation rapidement dépassés du scanner CT, du tomographe RMN et des services de dialyse, entre autres, constitue un bon exemple.
- 5.2. Si la programmation est abandonnée, il convient d'instaurer un mécanisme de responsabilité financière afin d'éviter une prolifération d'appareils PET dans un contexte concurrentiel de surenchère entre les hôpitaux.
- 5.3. Les services périphériques de médecine nucléaire sans PET-scan doivent pouvoir faire un usage plus optimal de la possibilité diagnostique du PET-scan par le biais

d'une intégration véritable dans le service médico-technique avec PET-scan. Des accords de collaboration formalisés entre hôpitaux dans le cadre de l'utilisation d'un PET-scan doivent mentionner explicitement comment les services périphériques de médecine nucléaire sans PET participent à l'indication, à la demande et à l'interprétation des examens PET.

- 5.4. La nomenclature des prestations de santé peut bel et bien maîtriser les coûts d'utilisation du PET-scan par le biais d'un modèle strict d'indications médicales remboursables pour examens PET-scan et par le biais d'un remboursement limitatif et de l'actuel mode d'enregistrement. Il est bien entendu indiqué d'adapter régulièrement cette série limitée d'indications à l'état des connaissances scientifiques par le biais du Conseil technique médical de l'INAMI.
- 5.5. Il faut trouver d'urgence une solution au lourd déséquilibre entre le coût du FDG et les modalités de remboursement du traceur, qui érode systématiquement le subside octroyé pour l'A3B3 (voir note technique en annexe).
- 5.6. L'actuel double financement des PET-scans agréés et non agréés doit être remplacé par un système univoque d'installations PET agréées et subsidiées de manière égale, dans lequel une répartition géographique adéquate, basée en partie sur l'offre de pathologies (surtout l'oncologie), constitue encore la base d'une accessibilité optimale.
- L'un des experts, le Dr L. Kiebooms, a formulé à cet égard un certain nombre de propositions pratiques. Toutefois, le groupe de travail estime qu'il ne lui appartient pas d'émettre un avis nominatif pour chaque établissement. C'est la raison pour laquelle ces propositions n'ont pas été intégrées dans le rapport final.

Annexe : note technique relative à la problématique du coût afférent au PET.

ANNEXE

Note technique relative à la problématique du coût afférent au PET

- Des calculs simples (cf. tableau 1) permettent de constater que la subvention + les modalités de remboursement actuelles entraînent un coût de plus en plus important pour les centres PET.
En effet, avec le système actuel, le coût du FDG (360 €) est plus important que le remboursement (honoraires+traceur= 159, 99 + 173, 53 = 333, 52 €).
Par examen supplémentaire, il y a donc un déficit structurel de $360 - 333, 52 = 26, 48$ €.
Un centre qui réalise 1000 examens paie 26.480 € (1.068 MBEF !). Ce n'est pas du tout à cela que l'on veut arriver !
Cela a également pour conséquence que la dotation A3B3 diminue systématiquement et que l'on reçoit une dotation moins importante, alors que davantage d'examens sont réalisés, alors qu'il devrait y avoir un couplage positif avec le nombre d'examens pour la partie B3 (= fonctionnement). En effet, l'occupation en personnel nécessaire augmente au prorata du nombre d'examens.

Tableau 1 : système actuel						
Nombre d'examens	A3B3 493.245	Honoraires 159,99	FDG 173,53	Total	Coût FDG 360,0	Solde
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. La situation antérieure (cf. tableau 2) comporte un couplage positif (cf. solde). Le rapport est comparable à celui de la situation actuelle avec environ 800 examens/an. Toutefois, la situation antérieure comporte également un incitant positif pour effectuer autant d'examens que possible. Le rapport augmente en proportion (plus que les coûts en personnel ?).

Tableau 2 : situation précédente					
Nombre d'examens	Honoraires 733,57	FDG 173,53	Total	Coût FDG 360,0	Solde
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

3. Le subside d'investissement (A3= 282.599 €) n'est pas suffisant pour couvrir l'achat d'un appareil high-end, nécessaire à la réalisation d'un plus grand nombre d'examens (plus de 6 par jour). Le subside, calculé sur 7 ans, s'élève à seulement 1.978.193 €, ce qui n'est pas suffisant pour l'achat + contrat d'entretien + charges financières.
Le coût d'un appareil de base PET-CT (qui représente actuellement 90 % des achats aux E.-U.) doit être évalué à au moins 2,5 millions d'Euro.
4. Le subside de fonctionnement (B3= 210.646 €) doit couvrir les frais de personnel, mais n'est pas progressif : il n'y a pas de couplage au nombre d'examens, ce qui serait cependant équitable.

5. Remarque complémentaire relative au FDG : il y a une différence majeure entre les centres qui produisent eux-mêmes le FDG et les centres qui l'achètent. Pour ces derniers, le coût est beaucoup plus élevé, en raison du transport et de la désintégration. Un remboursement spécifique du transport pourrait permettre de résoudre ce problème, sans augmenter le remboursement du FDG. Les centres qui produisent le FDG n'ont pas la même balance négative comme on le voit dans le tableau, vu que leur coût FDG est moindre par rapport à la somme de remboursement du FDG + honoraires.

Ont été pris comme paramètres :

-montants actuels :

A3B3= A3 (investissement) 282.599 € (11,400 MF)

= B3 (fonctionnement) 210.646 € (8,497 MF)

493.245 €

honoraires = 159,99 €

traceur = 173, 53 €

-Montants précédents :

honoraires = 733, 57 €

traceur = 173, 53 €

Coût FDG= 360 € par patient, tout compris.

NB : FDG pas produit par soi-même mais acheté.

- Les frais de personnel (médecin, infirmier) n'ont pas été spécifiquement pris en compte, ce qui entraîne naturellement une différence entre l'ancien système et le système actuel (contenu dans le B3).

Lettre d'accompagnement

« Je vous transmets ci-joint, au nom du Dr Van den Oever, le rapport final du groupe de travail PET.

Le rapport précédent a été adapté en fonction des quelques remarques dont nous avons eu connaissance. Tous les membres du groupe de travail ont eu la possibilité de formuler des remarques.

Le renvoi à la proposition prévoyant d'agréer sans plus les installations « noires » a été supprimé. En effet, plusieurs membres estimaient que la proposition prévoyant pareille intervention ne pouvait figurer dans un avis officiel. Cela ne modifie en rien le contenu du rapport.

AVIS RELATIF AU PETSCAN
NOTE DE MINORITE

Les signataires de la présente ne peuvent marquer leur accord sur l'avis approuvé par le CNEH, section programmation & agrément, relatif au PETSCAN ce jeudi 13 mai 2004.

Le rapport d'experts internationaux, coordonnée par l'administration de la santé publique, conclut en 2002 que le nombre de PETSCAN programmés en Belgique est suffisant. La situation en Belgique est à cet égard une des meilleures du monde.

Le rapport déposé en 2003 par le Professeur L. Mortelmans, Président de la Société belge de Médecine Nucléaire conclut que le potentiel actuel en PETSCAN en Belgique est sous-employé. En outre, cet avis doit être complété suite à la mise en service des derniers PETSCAN agréés (Charleroi, Courtrai et Limbourg), ce qui augmente encore ce potentiel.

Par ailleurs, les PETSCAN les plus récents permettent l'examen d'un plus grand nombre de patients (actuellement de l'ordre de 12 par jour).

Ces deux éléments aboutissent en fait à une augmentation significative du nombre de patients susceptibles de bénéficier d'un examen par PETSCAN.

Il n'y a d'ailleurs pas à l'heure actuelle de liste d'attente anormale pour un examen de PETSCAN : le délai d'attente ne dépasse jamais deux semaines, ce qui est conforme aux recommandations de l'Union professionnelle des nucléaristes.

Dans les rapports des experts, la problématique de l'efficacité thérapeutique n'est pas quantifiée : la plus-value diagnostique entraîne-t-elle des modifications thérapeutiques significatives susceptibles d'engendrer une compensation financière de ces dépenses diagnostiques accrues ?

Comment garantir à la société que les dépenses considérables liées à une augmentation du nombre de PETSCAN sont utiles et pertinentes en terme de survie des patients et comment limiter une éventuelle utilisation exagérée d'une technique lourde et coûteuse sans la démonstration d'une réelle plus-value thérapeutique ?

L'élargissement envisagé des indications d'un examen par PETSCAN doit faire l'objet d'une analyse très détaillée tant sur le plan médical que sur le plan budgétaire, prouvant la réalité économique globale qui résulterait notamment d'une diminution des frais de traitement.

Il convient en tout état de cause de conserver un impératif de programmation basé sur l'accessibilité des installations et veillant à une bonne répartition géographique.

Une des limitations actuelles du fonctionnement des PETSCAN est l'accessibilité et le coût du FDG. Il importe qu'une analyse de ce facteur soit concrétisée au niveau de la santé publique et des affaires économiques. Le monopole actuel de la firme Nordion doit pouvoir être revu, de manière à accéder à une situation (normale) de concurrence. Ce faisant, le prix du FDG pourrait à l'avenir être revu à la baisse.

Sur le plan des principes, il ne peut être admis que la révision éventuelle de la situation actuelle aboutisse à la reconnaissance a posteriori des PETSCAN installés et fonctionnant illégalement en dehors de la programmation officielle.

Le double circuit de financement actuel (BMF et honoraires) des installations agréées doit être maintenu car il permet d'éviter dans une certaine mesure tout dérapage budgétaire.

Notons enfin que la notion même d'un sous-financement structurel grave des hôpitaux est difficile à défendre objectivement quand des investissements très coûteux (en PETSCAN comme dans d'autres domaines) sont consentis par le secteur hospitalier dans la perspective d'un recours accru aux remboursements de l'INAMI et au budget des soins de santé.

En conclusion de quoi, les signataires rejettent l'ensemble des propositions de modification de la réglementation émises dans l'avis en question.

Ils proposent, compte tenu de l'évolution normale de la technologie médicale, de surveiller l'évolution des besoins dans le secteur et, dans l'éventualité où une augmentation du nombre de PETSCAN en Belgique s'avérerait nécessaire à l'avenir, d'adopter dans ce cas les mêmes critères de programmation que ceux qui ont été appliqués dans l'actuelle réglementation.

Yves SMEETS,
Membre de la section programmation
& agrément du CNEH

Prof. Michel COLLARD,
Membre de la section programmation
& agrément du CNEH

Prof. Philippe LEJEUNE,
Membre de la section programmation
& agrément du CNEH

Mme Marie Camille COLLINET,
Membre de la section programmation
& agrément du CNEH