

# Programmatie van magnetische resonantie scanners in België

## A. Huidige situatie

In België is het uitbaten van een MR-toestel geprogrammeerd, dit wil zeggen dat enkel ziekenhuizen die door de overheid hiervoor geaccrediteerd zijn een toestel kunnen uitbaten en hiervoor financiering ontvangen onder de vorm van vaste (Budget Financiële Middelen: A3 en B3) en variabele (honoraria, consultancy en forfait) vergoedingen. In 2006 waren er aldus 68 toestellen geaccrediteerd, in 2008 waren dat er 92 (bron KCE-rapport 37).

In tegenstelling tot MR bestaat er voor CT geen programmering. Het exact aantal CT-scanners in ons land is niet bekend. Alleszins is het totaal aantal CT-onderzoeken beduidend hoger dan het totaal aantal MR-onderzoeken (zie tabel hieronder, bron: OECD, recentste gegevens 2010), met een CT/MR-ratio van ongeveer 2.9/1. Deze ratio is in de volgende jaren weliswaar afgenomen (2.6/1 in 2011), maar desalniettemin blijft CT in ons land de absolute koploper in het Europese peloton.

<b>Onderzoeken per 1000 inwoners (2010)</b>			
	CT	MR	Ratio
België	188,7	65,8	2,9
Canada	126,9	46,7	2,7
USA	265,0	97,7	2,7
Frankrijk	145,4	60,2	2,4
Luxemburg	188,0	79,6	2,4
IJsland	159,8	74,2	2,2
Denemarken	105,2	57,5	1,8
Nederland	66,0	49,1	1,3
Turkije	103,5	79,5	1,3

Wegens het superieure weefselscheidend vermogen van MR (via T1- en T2-weging) en de mogelijkheid om hoogkwalitatieve diagnostische beelden te genereren zonder gebruik van röntgenstralen, is MR een bijzonder interessante diagnostische modaliteit voor vrijwel alle organen en structuren. Zeker in het licht van de actuele bezorgdheid omtrent de gevolgen van overmatige röntgenstralen door medisch gebruik (cfr. campagne "Zuinig met Straling"), bestaat er een toenemende interesse in het gebruik van MR. Volgens de Richtlijnen voor goed gebruik van medische beeldvorming is MR ook de onderzoeksmodaliteit van eerste keuze bij talloze pathologieën. Zelfs wanneer CT en MR equivalente diagnostische informatie kunnen verschaffen, geniet MR de voorkeur omwille van stralenshygiëne, zeker bij kinderen en jonge volwassenen.

## B. Knelpunten

Goede medische praktijkvoering vereist (onder meer) het kunnen beschikken over moderne medische beeldvorming. Het aantal erkende MR-toestellen in ons land blijkt momenteel niet toereikend om de vraag naar MR-onderzoeken te beantwoorden. Er bestaan al dan niet lange wachtlijsten, die in de meeste ziekenhuizen variëren van enkele dagen (bvb. neurologische of oncologische indicaties) tot enkele weken (bvb. osteoarticulaire indicaties).

## **B.1. Gevaren van lange wachtlijsten**

### **B.1.a. Substitutie door andere onderzoeken en bijgevolg hogere stralenbelasting**

Een systematisch lange wachttijd is zowel voor artsen als patiënten moeilijk te aanvaarden. Daardoor opteren de clinici vaak voor een suboptimaal alternatief. Naast de wachttijd is ook de toegankelijkheid tot MR hierbij een bepalende factor. Voorschrijvende artsen in ziekenhuizen zonder MR-faciliteit verkiezen een alternatief onderzoek in het eigen ziekenhuis boven een MR-onderzoek in een ander ziekenhuis (patiëntentransport, wachtlijsten, ...). Dit alternatief betreft echter veelal een CT-scanner. Hoewel CT in sommige gevallen conform de guidelines als een valabel alternatief kan geïndiceerd zijn, veroorzaakt dit een extra stralenbelasting voor de patiënt, ondanks dosisreducerende programma's.

### **B.1.b. Bedreiging van de MR-kwaliteit**

Bij MR-onderzoeken kunnen diverse sequenties gebruikt worden: T1, T2, protondensiteit, 2D, 3D, hoge resolutie sequenties, snelle dynamische sequenties, functionele sequenties, zoals diffusie-weging, spectroscopie, enz. Sommige van deze sequenties nemen heel weinig tijd in beslag (enkele seconden), andere kenmerken zich door een lange meettijd (tot 10 minuten en meer). Voor sommige sequenties (bvb. morfologische T1- of T2-sequenties) bestaan er "snelle" en "trage" alternatieven, die zich onderscheiden door een respectievelijk lagere en hogere beeldresolutie en beeldcontrast.

Het gevaar van lange wachtlijsten is dat systematisch de voorkeur zou gegeven worden aan snellere sequenties, die per definitie niet de optimale diagnostische kwaliteit kunnen leveren en in een aantal gevallen zelfs zullen moeten gevolgd worden door herhaling van het onderzoek met geoptimaliseerde sequenties. Bovendien ontmoedigen lange wachtlijsten het gebruik van complexer en gespecialiseerder sequenties (zoals spectroscopie), waarvoor een veel langere meettijd nodig is in vergelijking met routineonderzoeken.

## **B.2. Bedreigingen voor uitbreiding van de MR-capaciteit**

Om de wachtlijsten te verkorten, kan geopteerd worden om de MR-capaciteit te verhogen. Dit kan zowel gebeuren door de operationele uren van bestaande MR-faciliteiten uit te breiden, als door nieuwe MR-faciliteiten in gebruik te nemen. In beide gevallen moeten extra kosten in rekening gebracht worden. Het ontbreken van financiering kan hier echter een vertragende of obstruerende factor zijn.

### **B.2.a. Toename van de operationele uren**

Er kan geopteerd worden voor het langer open houden van een bestaande MR-faciliteit, door avond-, zaterdag-, en/of zondagconsultaties in te richten. Het organiseren van dergelijke consultaties, waarbij extra medische en verpleegkundige bestaafing moet voorzien worden, en waarbij rekening moet gehouden worden met extra vergoedingen (nacht- en weekendwerk), heeft een niet te verwaarlozen impact op de exploitatiekosten.

### **B.2.b. Installatie extra MR-toestellen**

De installatie en exploitatie van een MR-toestel vereist een zware financiële inspanning, die mede gefinancierd wordt via het BFM. Voorgenomen besparingen in de A3/B3 kunnen dit financieeringsmechanisme zwaar verstoren, niet alleen voor de financiering van nieuwe toestellen, maar eveneens en niet onbelangrijk voor noodzakelijke investeringen in upgrades en gespecialiseerde hard- en software van bestaande toestellen om de kwaliteit op peil te houden.

## **C. Te onderzoeken**

### **C.1. Is budgetneutrale uitbreiding van het MR-park haalbaar?**

In een vorige nota werd gesteld dat "...bijkomende MR's binnen de nieuwe financieringstechnieken, met respect voor de beschikbare budgettaire ruimte (zullen) kunnen geïnstalleerd worden, respectievelijk door budgettaire compensatie, door een equivalente vermindering van het aantal CT-scanners, door een eventuele bijkomende aanpassing van de toegestane middelen als gevolg van de prijsevolutie of door eventuele herinvesteringen van middelen".

Budgetneutraliteit wordt nagestreefd in de veronderstelling dat 1 CT-onderzoek zal vervangen worden door 1 MR-onderzoek; aangezien beide onderzoeken ongeveer hetzelfde RIZIV-tarief hebben is budgetneutraliteit min of meer mogelijk. Via het in de vorige nota voorziene kadaster en moratorium op CT-toestellen, kan inderdaad gestreefd worden naar een bevrozing en zelfs een daling van het volume CT-onderzoeken, ten voordele van een groter volume MR-onderzoeken. Dit kan overigens verder in de hand gewerkt worden dankzij het correct gebruik van de guidelines.

Toch moet onderzocht worden wat het effect van een 1 op 1 substitutie (CT naar MR) zal zijn voor de financiële balans van de radiologische dienst. Het uitbaten van een MR is immers een duurder aangelegenheid dan een CT en de werkbelasting is hoger (meer data, langere scantijden). Bij gelijkblijvende financiering (zowel BFM als honoraria), betekent zuivere substitutie van CT door MR (1 op 1) zonder bijkomende financiering een voor de radiologische diensten deficitair proces (zelfde inkomsten, hogere kosten).

Tegelijk moet nagegaan worden of een stijging van het MR-budget (via honoraria en/of BFM) verdedigbaar is: het aanwenden van MR, zoals geïndiceerd door de guidelines, laat niet alleen in vele gevallen een performanter diagnostiek toe, maar reduceert bovendien altijd de stralenbelasting voor de bevolking. Op die manier wordt een budgetstijging voor MR een investering in diagnostische performantie en stralenshygiëne.

### **C.2. Hoeveel en welke MR-toestellen moeten er bijkomen?**

Hier komen veel parameters aan bod (zie o.a. KCE-rapport 106). Te onderzoeken pistes zijn: het aantal relatoren aan het vereiste aantal onderzoeken per capita (+ vergelijking met cijfers uit het buitenland), aan de regionale verspreiding voor optimale toegankelijkheid, rekening houdend met de hoge (en toenemende) proportie ambulante uitgevoerde onderzoeken, aan de aanwezigheid van een vasculaire interventionele dienst, of aan het aantal MR-indicaties om aan de guidelines te kunnen voldoen.

Een andere vraag is welk type MR-toestellen er moeten/kunnen bijkomen: 1.5T, 3.0T, low-field MR met beperkte indicatiegebieden, mobiele MR, open MR, ...

### **C.3. Hoe het gevaar van MR-overconsumptie neutraliseren?**

De vrees bestaat dat meer MR-toestellen zal leiden tot een explosie van het budget MB, bijvoorbeeld door het uitvoeren van snelle, maar niet altijd even kwaliteitsvolle sequenties die veel onderzoeken per tijdseenheid toelaten, of het uitvoeren van extra MR-onderzoeken zonder daling van het aantal CT-onderzoeken. Daarom moet naar

maatregelen worden gezocht om ongebreidelde overconsumptie te vermijden. Te onderzoeken pistes omvatten onder meer:

- het uitsluitend uitvoeren van MR-onderzoeken indien deze conform de guidelines zijn
- het opstellen van minimale kwaliteitsvereisten waaraan MR-onderzoeken dienen te voldoen
- het uitwerken van een gedifferentieerde terugbetaling voor verschillende onderzoekstechnieken (standaardonderzoeken versus tijdrovende gespecialiseerde/functionele onderzoeken, ...)
- het niet onbeperkt toelaten van extra MR-toestellen (gecontroleerde programmering)