



# Borstreconstructie

## Evaluatie van de conventie

5 juni 2023

**Auteurs:** Katte Ackaert



IMA • AIM  
Intermutualistisch Agentschap



## Colofon

<b>Onderwerp:</b>	De studie evalueert de 3 fasen van een borstreconstructie, gefactureerd via de conventie, in het jaar 2020.
<b>Publicatiedatum:</b>	5 juni 2023
<b>Redactie:</b>	Erik Roelants
<b>Aanbevolen referentie:</b>	Ackaert, Katte (2023), Borstreconstructie: evaluatie van de conventie, IMA Intermutualistisch Agentschap, Brussel.
<b>Contactgegevens:</b>	VZW IMA • Bolwerklaan 21 B7 • 1210 Brussel Tel. 02 891 72 11 • <a href="mailto:ima-aim@intermut.be">ima-aim@intermut.be</a> • <a href="http://www.ima-aim.be">www.ima-aim.be</a> KBO 0478.655.210 • RPR Brussel

*Dit document is beschikbaar op de website [www.ima-aim.be](http://www.ima-aim.be).*

*Elke gedeeltelijke reproductie van dit document is toegestaan mits bronvermelding.*

# Inhoudstafel

<b>Abstract</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Methodologie</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Resultaten</b> .....	<b>8</b>
3.1. Aantal ingrepen/vrouwen.....	8
3.2. Leeftijd (fase 1).....	12
3.3. Ligduur .....	12
3.4. Aantal ziekenhuizen en artsen (fase 1) .....	13
3.5. Naleving conventie .....	13
3.6. Eenpersoonskamer .....	17
3.7. Kosten .....	18
<b>4. Conclusie</b> .....	<b>23</b>
<b>Referenties</b> .....	<b>25</b>
<b>Bijlagen</b> .....	<b>26</b>

# Abstract

De studie gaat na of de afspraken, die in de conventie 'borstreconstructie' beschreven staan, nageleefd worden. Ze beschrijft het aantal patiënten dat kiest voor een borstreconstructie met eigen weefsel, zowel voor de eigenlijke reconstructie als voor het remodelleren van de borst met de eventuele reconstructie van de tepel. Ook het aantal patiënten dat in een latere fase kiest voor een tatoeage van de tepel en de tepelhof, komt aan bod. Enkele parameters van het ziekenhuisverblijf worden onder de loep genomen, evenals de kosten voor de patiënt met een bijzondere aandacht voor de gefactureerde honorariumsupplementen. De conventie wil immers in eerste instantie een betere bescherming bieden aan de patiënten tegen torenhoge supplementen. Daarnaast wordt er ook gekeken of het cumulverbod gerespecteerd wordt voor de verschillende fasen van een borstreconstructie.

Algemeen kan er geconcludeerd worden dat de artsen en de ziekenhuizen zich houden aan de voorziene tarieven en dat het maximumpercentage patiënten die honorariumsupplementen aangerekend krijgen, gerespecteerd wordt. Toch is het percentage patiënten met honorariumsupplementen beduidend hoger bij aanrekening via de conventie in vergelijking met aanrekening via de nomenclatuur. Ook het cumulverbod met prestaties uit de nomenclatuur wordt grotendeels gerespecteerd. Hierbij kan de bedenking gemaakt worden dat de regels aangescherpt kunnen worden om gecombineerd gebruik van zowel nomenclatuur als conventie te vermijden.



# 1. Inleiding

In België wordt jaarlijks bij meer dan 10.000 vrouwen borstkanker vastgesteld [1]. Borstkanker is daarmee de meest voorkomende kanker bij vrouwen. Vaak is het verwijderen van de borst noodzakelijk. Daarnaast ondergaan ook heel wat vrouwen een preventieve borstverwijdering omwille van een sterk verhoogd risico op borstkanker. De indicatiestelling voor preventieve mastectomie versus gerichte opvolging blijft een punt van discussie [2, 3, 4, 5].

De mogelijkheid bestaat om na een borstampuatie of mastectomie de borst te laten reconstrueren. Dit kan tijdens dezelfde operatie gebeuren als waarin de borst geamputeerd wordt of enige tijd na de borstverwijdering. Indien de borstreconstructie plaatsvindt op het moment van de mastectomie, spreken we van een primaire reconstructie. Als er twijfel bestaat over de methode van reconstructie of het behandelingsplan van de kanker, wordt de borstreconstructie uitgesteld. In sommige gevallen moet er gewacht worden tot na het beëindigen van radio- en/of chemotherapie. Als de borstreconstructie uitgesteld wordt naar een later moment, spreken we van een secundaire borstreconstructie. Een tertiaire reconstructie is een reconstructie die volgt op de primaire of op de secundaire reconstructie.

Er bestaan verschillende technieken om de borst te reconstrueren, op te delen in chirurgie met gebruik van eigen weefsel van de vrouw of met gebruik van een prothese. Soms worden beide gecombineerd. Zo kan bijvoorbeeld een nieuwe borst gemodelleerd worden vertrekkend van eigen huid, vetweefsel en de daarbij horende bloedvaten. Bij de DIEP flapmethode (deep inferior epigastric artery perforator) wordt

een nieuwe borst gemaakt met huid (een vrije flap) en vetweefsel afkomstig van de buik. Via microchirurgie worden de bloedvaten van dat weefsel aangesloten op bloedvaten ter hoogte van de borstkas. Deze techniek kan zowel worden toegepast bij een primaire als secundaire borstreconstructie. Ook bilaterale borstreconstructies kunnen worden uitgevoerd met een DIEP flap, indien voldoende weefsel beschikbaar is ter hoogte van de buik. Bestraling van de borst in een eerder stadium vormt geen bezwaar voor deze vorm van borstreconstructie.

Vrijwel alle borstreconstructies vereisen meerdere ingrepen, gespreid in de tijd. De eerste ingreep is de eigenlijke reconstructie van de borst. Daarna volgen ingrepen om de vorm en symmetrie met de andere borst te verbeteren. Indien nodig zal ook de tepel en de tepelhof gereconstrueerd worden. Dit kan betekenen dat de gereconstrueerde borst wordt aangepast en/of dat de andere borst wordt verkleind of gelift. De laatste fase is cosmetisch: het via tatoeage inkleuren van de tepel en de tepelhof.

Niet iedereen komt in aanmerking voor een reconstructie met lichaamseigen weefsel. Als de vrouw bijvoorbeeld niet beschikt over voldoende onderhuidse vetlaag ter hoogte van de buik, is een borstreconstructie met DIEP niet mogelijk en is men verplicht om weefsel te gebruiken van een andere lichaamsstreek. Voor deze vrouwen zijn ook andere methodes mogelijk om een borst te reconstrueren. De ingrepen worden vergoed door het RIZIV.

De vergoedingen in de bestaande nomenclatuur bleken ontoereikend om de vaak zeer complexe chirurgie te vergoeden. Dit had torenhoge ereloon-supplementen als gevolg die vaak maar gedeeltelijk door de bestaande hospitalisatieverzekeringen werden gedekt.

Om dit probleem van tariefzekerheid aan te pakken, bestaat sinds oktober 2016 een overeenkomst (artikel 22-overeenkomst) tussen het Verzekeringscomité van de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en een aantal ziekenhuizen voor de vergoeding van een totale uni- of bilaterale borstreconstructie met eigen weefsel [6]. In 2019 werden enkele verfijningen en wijzigingen doorgevoerd aan de conventie.

De conventie biedt, zoals al voorzien in de nomenclatuur, tussenkomst bij reconstructie met gebruik van een microchirurgische vrije perforatorflap, waarbij de vergoedingen substantieel hoger zijn dan in de nomenclatuur. In veel gevallen betreft het de DIEP maar afhankelijk van de plaats van weefselafname zijn andere ingrepen mogelijk (SGAP, IGAP, LCFAP...).

De conventie voorziet tussenkomst voor 'reconstructie' in drie situaties:

- verlies van een borst bij kanker, infectie, trauma of heringreep na falen van een vrije flap;

- verlies van één of beide borsten na preventieve mastectomie omwille van een sterk verhoogd risico op borstkanker;
- afwezigheid van borstweefsel bij het syndroom van Poland (een ontwikkelingsdefect van de borst).

De overeenkomst omvat een terugbetaling van de microchirurgische transplantatie van weefsel (fase 1), een remodellering van de borst(en) met inbegrip van een eventuele tepelreconstructie (fase 2) en de tatoeage van de tepel en de tepelhof (fase 3). Daarmee wordt dus de volledige reconstructie beoogd. Indien een eerste fase gefactureerd wordt via de conventie, moeten ook de daaropvolgende fasen binnen de conventie afgerekend worden. Facturatie via afzonderlijke nomenclatuurnummers is niet toegestaan binnen de conventie.

Eén van de doelen van de conventie is het beperken van de eigen bijdragen van de patiënten tot een redelijk bedrag. De overeenkomst specificeert niet wat dat redelijk bedrag inhoudt. Indien een ziekenhuis de conventie ondertekent dienen alle artsen in dat ziekenhuis zich eraan te houden.

Voor en tijdens iedere fase zijn honoraria voorzien. Deze zijn aangepast aan de duurtijd en de complexiteit van de operatie en de opvolging. Er gelden modaliteiten voor de aanrekening van een ereloonsupplement, rekening houdend met de kamerkeuze. Het aanrekenen van esthetische supplementen is verboden.

Per fase is een maximum vastgelegd voor de honorariumsupplementen in een eenpersoonskamer, die zijn dus geplafonneerd. Bovendien mag een patiënt niet onder druk gezet worden om te kiezen voor een eenpersoonskamer. Bij tenminste gemiddeld 40% van de ingrepen mogen geen supplementen aangerekend worden.

De patiënt krijgt ten minste zeven dagen voorafgaand aan de ingreep een bestek en een ontwerp van opnameverklaring. Het bestek bevat alle nuttige medische en financiële informatie zodat de gevolgen van de kamerkeuze op voorhand beschikbaar zijn voor de patiënt en de patiënt een geïnformeerde toestemming kan geven. Op deze manier wenst de conventie de aanrekenbare kosten voor de patiënt transparanter te maken.

De databank van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) bundelt de facturatiegegevens van de zeven Belgische ziekenfondsen. Alle geneeskundige verstrekkingen die in het kader van de verplichte ziekteverzekering door de ziekenfondsen (gedeeltelijk) worden terugbetaald, komen terecht in een databank. Voor deze studie maken we gebruik van de databank Gezondheidszorgen, waarbij een selectie werd gemaakt van de data van het jaar 2020. Om het volledige traject van een borstreconstructie te analyseren, is gebruik gemaakt van de gegevens van 2020 en het eerste semester

van 2021. Op het moment van de analyse waren de gegevens van 2021 nog niet volledig. Hierdoor is er slechts voor een beperkt aantal personen een volledig traject beschikbaar.

In dit rapport gaan we na of de conventie zijn voornaamste doelen bereikt, namelijk:

- de hoge kosten voor de patiënt beperken tot een aanvaardbaar niveau;
- het cumulverbod tijdens de verschillende fasen.





## 2. Methodologie

Voor de analyse maken we gebruik van gegevens met betrekking tot zorguitgaven opgenomen in de databanken van het IMA. De databanken van het IMA beheren de facturatiegegevens van alle leden van de zeven Belgische ziekenfondsen. Dit is exhaustieve data voor meer dan 11 miljoen personen die in België wonen of 98% van de bevolking. Het betreft enkel de verstrekkingen geregistreerd in het kader van terugbetalingen via de verplichte ziekteverzekering. Naast het vergoedbare gedeelte nemen we ook de eigen bijdragen van patiënten voor vergoedbare prestaties (i.e. remgelden) en de eventuele gefactureerde supplementen mee.

Het rapport presenteert de resultaten voor het prestatiejaar 2020 (opnamedatum 2020, ontslagdatum kan 2021 zijn bij klassieke opname). De analyses hebben zowel betrekking op fase 1, fase 2 als fase 3 van een borstreconstructie. Soms is er nood aan een bijkomende verstrekking na fase 1 en wordt er een flaprevisie uitgevoerd. De gegevens van deze flaprevisies worden eveneens geanalyseerd. De analyse van verstrekkingen van fase 2 en 3 die plaats vinden in 2020 voor een borstreconstructie uit 2019 (fase 1), zijn ook aanwezig.

Anderzijds hebben enkele analyses ook betrekking op de eerste helft van 2021 in combinatie met gegevens van 2020. De resultaten van volledige trajecten, dus van de drie fasen van een borstreconstructie, worden beschreven. Vereiste is wel dat de start van de reconstructie (fase 1) in het jaar 2020 plaatsvindt. De conventie bepaalt dat alle fasen afgerond moeten zijn binnen een tijdsduur van één jaar, te starten op de dag van de reconstructie zelf. Omwille van COVID-19 is deze termijn verlengd

[7]. Wanneer de volledige reconstructie omwille van het uitstel van niet-dringende ingrepen niet kan plaatsvinden binnen de reglementair voorziene periode van 1 jaar, wordt dit uitstel beschouwd als een gedocumenteerde verwikkeling en wordt de periode verlengd tot 18 maanden op voorwaarde dat ten minste één dag van de tijdsduur van één jaar valt binnen de COVID-19-periode (vanaf 1 maart 2020). Deze maatregel liep ten einde op 31 januari 2023. Aangezien het IMA op het moment van de dataselectie beschikt over de facturatiegegevens t.e.m. het tweede kwartaal van 2021, is het mogelijk dat er verstrekkingen ontbreken om een volledig traject te reconstrueren. Het zullen dus vooral verstrekkingen van fase 2 en 3 zijn die ontbreken om het volledige traject van een patiënt na te gaan indien fase 1 op het einde van het jaar 2020 plaatsvindt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de termijn van anderhalf jaar moeilijk te controleren valt aangezien het verplicht noteren van de kant van het lichaam die geopereerd wordt, enkel verplicht is voor de eigenlijke borstreconstructie (fase 1). Bij fase 2 en 3 is er geen verplichte aanduiding van de linker- of rechterborst, en wordt de kant van de ingreep dan ook dikwijls niet ingevuld. Een verstrekking van fase 2 of 3 die binnen de termijn van anderhalf jaar na fase 1 teruggevonden wordt in de databank, wordt dan ook beschouwd als een correcte toepassing van de regel terwijl deze verstrekking misschien werd uitgevoerd voor de andere borst die voordien geopereerd werd.

Bij de extractie van de databank worden alle vrouwen geïnccludeerd met minimum één verstrekking voor een borstreconstructie. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen verstrekkingen geattesteerd via de nomenclatuur en verstrekkingen geattesteerd via de conventie (zie bijlage 1). De 11 mannen met één of meerdere fasen van een borstreconstructie in 2020, worden niet meegenomen in de analyses omdat dit cijfer te klein is om afzonderlijke analyses uit te voeren.

Voor het berekenen van de kosten worden alle kosten per patiënt meegenomen. Dit wil zeggen dat zowel verstrekkingen voor gezondheidszorgen als farmaceutische verstrekkingen worden meegeteld. Bij een klassieke hospitalisatie (= minstens één overnachting) worden alle kosten meegenomen vanaf het moment van opname tot ontslag. Bij daghospitalisatie of ambulante zorgen worden enkel de kosten van die dag meegenomen.



## 3. Resultaten

Aangezien een borstreconstructie zowel gefactureerd kan worden via de nomenclatuur als via de conventie, zullen we voor verschillende onderdelen beide vergelijken met elkaar. Dit kan ons een beter zicht geven of de doelstellingen van de conventie gehaald worden.

### 3.1. Aantal ingrepen/vrouwen

#### 3.1.1. Algemeen

Omwille van het uitstel van de niet-dringende zorg door corona is het aantal ingrepen in 2020 lager dan in 2019. Voor 3.623 personen is er een verstrekking gefactureerd die verband houdt met een borstreconstructie. Dit is 83% van het aantal vrouwen in 2019. Deze personen hebben een verstrekking gekregen die geattesteerd is via de nomenclatuur of via de conventie, en deze verstrekking kan bestaan uit een prestatie van de verschillende fasen van een borstreconstructie of een flaprevisie.

#### 3.1.2. Borstreconstructie (fase 1)

2.256 vrouwen zijn in 2020 gestart met de reconstructie van één of beide borsten. Dit zijn 406 vrouwen minder dan in 2019. Van die 2.256 vrouwen hebben er 1.266 één borst laten reconstrueren, de overige hebben een ingreep aan beide borsten ondergaan. De mogelijkheid bestaat om tijdens eenzelfde ingreep beide borsten te

reconstrueren (2x unilateraal via de nomenclatuur of 1x bilateraal via de conventie). Dit kan ook met verschillende ingrepen (zowel via de nomenclatuur of de conventie).

In 2020 waren er 1.444 unilaterale ingrepen. Deze unilaterale ingrepen worden voor 59% (853 ingrepen) gefactureerd via de nomenclatuur, 41% (591 ingrepen) wordt gefactureerd via de conventie. In 2019 zijn deze percentages 70% en 30% (zie bijlage 1). Er is dus een shift naar meer ingrepen via de conventie. Toch wordt de meerderheid van de ingrepen nog altijd geattesteerd via de nomenclatuur, dus zonder tariefzekerheid voor de patiënt in een eenpersoonskamer.

### **Conventie versus nomenclatuur**

Binnen de conventie worden enkel ingrepen vergoed die uitgevoerd zijn via een microchirurgische vrije perforatorflap. Indien er niet via de conventie geattesteerd wordt, bestaat ook via de nomenclatuur mogelijkheden om een tegemoetkoming te bekomen voor de reconstructie van een borst. Hierbij is er geen beperking van de methode. Verschillende methodes zijn mogelijk, waaronder ook de vrije perforatorflap. De 591 unilaterale microchirurgische vrije perforatorflap reconstructies uit de conventie staan in schril contrast met de 36 equivalente reconstructies uit de nomenclatuur. We kunnen dus concluderen dat er nog altijd heel veel reconstructies gefactureerd worden via de nomenclatuur, maar indien een arts kiest voor een reconstructie via een vrije perforatorflap, gebeurt dit bijna altijd via de conventie.

### **Unilaterale reconstructie versus bilaterale reconstructie**

Naast de unilaterale reconstructie, bestaat er ook de mogelijkheid tot een bilaterale reconstructie, waarbij bij borsten na bilaterale preventieve mastectomie gereconstrueerd worden. In de nomenclatuur is hiervoor geen extra nomenclatuurnummer voorzien. Artsen kunnen wel twee unilaterale reconstructies attesteren. Via de conventie bestaat de mogelijkheid wel om een bilaterale reconstructie te factureren. In 2020 worden op die manier 262 bilaterale reconstructies gefactureerd (294 in 2019).

### **Het College van artsen-directeurs**

De conventie voorziet twee procedures voor het bekomen van een verzekeringstussenkomst bij borstreconstructie, afhankelijk van de indicatiestelling. Verzekeringstussenkomst voor een reconstructie na een mutilerende ingreep bij borstkanker of na een bilaterale preventieve borstverwijdering omwille van een sterk verhoogd risico op borstkanker gebeurt 'op factuur'. De indicatiestelling valt binnen de bevoegdheid van het centrum waar de ingreep gebeurt.

Voor andere indicaties is het college van artsen-directeurs (CAD) bevoegd een tegemoetkoming toe te staan (tussenkomst na akkoord). Het betreft:

- verlies van een borst bij infectie, trauma of een nieuwe ingreep na falen van een vrije flap;
- verlies van de contralaterale borst bij preventieve mastectomie (kanker van de ipsilaterale borst)
- afwezigheid van borstweefsel bij het syndroom van Poland (een ontwikkelingsdefect van de borst).

Van de 591 unilaterale en 262 bilaterale reconstructies in 2020 is er 1 unilaterale en 7 bilaterale reconstructies uitgevoerd na akkoord van het CAD. Deze 8 aanvragen zijn verspreid over 6 Vlaamse ziekenhuizen.

De 591 unilaterale reconstructies zijn uitgevoerd bij 587 vrouwen (4 vrouwen hebben in hetzelfde jaar een tweede unilaterale reconstructie gekregen via de conventie). Samen met de bilaterale reconstructies komt dit neer op 1.115 borsten die gereconstrueerd worden bij 849 vrouwen tijdens 853 ingrepen. Dit is slechts 79% van het aantal ingrepen van 2019 via de conventie.

### Primaire, secundaire en tertiaire reconstructies

Borstreconstructies kunnen opgedeeld worden in primaire, secundaire en tertiaire reconstructies. Een primaire reconstructie betekent dat de reconstructie gelijktijdig verloopt met de mastectomie, tijdens dezelfde operatie. Bij een secundaire reconstructie is de reconstructie uitgesteld, d.w.z. dat tijdens een eerste operatie de borst wordt verwijderd, tijdens een tweede ingreep vindt de reconstructie plaats. Die reconstructie kan enkele maanden tot jaren na de borstverwijdering gebeuren. De plaatsing van een definitieve borstprothese die volgt op de plaatsing van een borstexpander of een tijdelijke borstprothese tijdens de eerste fase van de reconstructie, wordt ook beschouwd als een secundaire reconstructie. Een tertiaire reconstructie is een reconstructie die volgt op de primaire of op de secundaire reconstructie. Binnen de conventie kan deze tertiaire reconstructie enkel vergoed worden in geval van medische complicaties van de primaire/secundaire reconstructie indien deze werden uitgevoerd met prothesen of andere technieken dan microchirurgische vrije flap of na goedkeuring van het CAD indien het gaat om een volledig verlies van een DIEP-flap of een ander type perforatorflap [6].

In 2020 zijn 363 van de 853 operaties via de conventie, primaire reconstructies. Deze 363 ingrepen vertegenwoordigen 400 mastectomieën, waarvan elf personen een dubbele borstverwijdering gekregen hebben, gecombineerd met een unilaterale reconstructie. 26 vrouwen hebben een dubbele mastectomie met een bilaterale reconstructie ondergaan. Bij de overige vrouwen is er één borst verwijderd en is deze direct gereconstrueerd.

Bij de primaire reconstructies is er gekeken naar de oorzaken van de mastectomieën: met of zonder borstkanker. 41% van de primaire reconstructies (unilateraal of bilateraal) wordt uitgevoerd bij een preventieve mastectomie. 15% van de primaire unilaterale reconstructies gaat gepaard met een preventieve mastectomie, dus 85% is te wijten aan borstkanker. Bij de primaire bilaterale reconstructies volgt 60% van de reconstructies op een preventieve borstverwijdering en slechts 40% na borstkanker. Bij de primaire reconstructies is 41% unilateraal en 59% bilateraal.

### Flaprevisie

Sinds 1 juli 2019 is een supplementaire verstrekking gedefinieerd om tegemoet te komen aan de lacune bij het optreden van complicaties waarbij een revascularisatie van de microchirurgische anastomose noodzakelijk is. De flaprevisie moet binnen de zeven dagen volgen op een unilaterale of bilaterale borstreconstructie en uitgevoerd zijn tijdens een andere operatie dan de oorspronkelijke reconstructie [6]. In 2020 zijn er 36 flaprevisies uitgevoerd (9 in de tweede helft van 2019). Van die 36 flaprevisies is 15% uitgevoerd op de dag van de oorspronkelijke reconstructie en 45% na 1 dag.

#### 3.1.3. Remodelleren van de ipsi- en heterolaterale zijde, inclusief tepelreconstructie (fase 2)

In 2020 zijn er 1.921 remodelleringen geattesteerd in België. Het remodelleren volgt op een fase 1 reconstructie. Indien er gefactureerd is via de conventie, dan is deze fase 2 het gevolg van interventies uit 2019 of 2020 aangezien de drie fasen binnen een tijdsspanne van één jaar afgerond moeten zijn om aan de terugbetalingsvoorwaarden te voldoen (anderhalf jaar omwille van COVID-19). Indien gefactureerd wordt via de nomenclatuur, is er geen tijdslimiet en kan fase 1 ook voor 2019 plaatsvinden.

51% van de remodelleringen verloopt via de nomenclatuur. Van de 933 remodelleringen via de conventie zijn er 708 gewone remodelleringen en 225 aanvullende remodelleringen.

De 933 remodelleringen van de conventie vertegenwoordigen 850 verschillende individuen. 83 vrouwen hebben in 2020 een tweede remodellering gehad op een andere dag. Er kan niet nagegaan worden of die 83 extra remodelleringen in hetzelfde jaar interventies zijn voor dezelfde borst of voor de andere borst aangezien het niet verplicht is om de kant van de ingreep mee te delen. Bijgevolg is dit voor meer dan de helft van de ingrepen niet ingevuld.

### 3.1.4. Tatoeage van de tepel en de tepelhof (fase 3)

In België zijn er in 2020 slechts 422 tatoeages gefactureerd, waarvan 303 via de conventie. De oorzaak hiervan is waarschijnlijk tweeledig: de uitgestelde niet-dringende zorg door de coronapandemie en tatoeages van tepel en tepelhof buiten het ziekenhuis door private tatoeëerders.

## 3.2. Leeftijd (fase 1)

De leeftijd waarop een vrouw start met een borstreconstructie loopt uiteen van heel jong tot heel oud (zie tabel 1). De hoogste aantallen zien we tussen de leeftijd van 40 à 60 jaar.

De gemiddelde leeftijd bij de start van een borstreconstructie is 52,7 jaar. Er is echter een verschil in gemiddelde leeftijd afhankelijk of de reconstructie geattesteerd wordt via de conventie of via de nomenclatuur (zie tabel 1). Vrouwen met een borstreconstructie gefactureerd via de nomenclatuur zijn gemiddeld ouder dan vrouwen met een reconstructie gefactureerd via de conventie. Bij een primaire reconstructie, via de conventie, zijn de vrouwen gemiddeld het jongst.

**Tabel 1: Gemiddelde leeftijd en range bij fase 1 borstreconstructie (2020)**

Fase 1	Gemiddelde leeftijd	Leeftijdsklasse
Nomenclatuur + conventie	52,7	16-92
Nomenclatuur	53,4	16-92
Conventie	51,2	21-85
Conventie (primaire reconstructie)	49,6	21-79

## 3.3. Ligduur

De gemiddelde ligduur is afhankelijk van de fase waarin de vrouw zich bevindt. Voor reconstructies via de conventie vinden we volgende ligduren: fase 1, de eigenlijke borstreconstructie, is de belangrijkste fase en heeft de hoogste ligduur. Gemiddeld verblijven vrouwen 6,1 dagen in het ziekenhuis tijdens deze fase. De mediaan is 6 dagen.

Bij fase 2, waarbij één of beide borsten geremodelleerd worden en eventueel de tepel gereconstrueerd wordt, is de gemiddelde ligduur 1,4 dagen en de mediaan 1 dag.

De tatoeage van de tepel en de tepelhof gebeurt ambulantly.

## 3.4. Aantal ziekenhuizen en artsen (fase 1)

### 3.4.1. Ziekenhuizen

In 2020 zijn er 82 ziekenhuizen waar patiënten terecht kunnen voor de eerste fase van een borstreconstructie. 81 van die 82 ziekenhuizen factureren via de nomenclatuur. 53 ziekenhuizen met een erkende coördinerende borstkliniek hebben de conventie ondertekend. Van die 53 ziekenhuizen zijn er 46 die effectief borstreconstructies factureren via de conventie. Er zijn dus 7 ziekenhuizen die de conventie wel ondertekend hebben maar geen ingrepen via de conventie uitvoeren. In meer dan de helft van de ziekenhuizen wordt er dus zowel via de nomenclatuur als via de conventie geattesteerd.

Het aantal ingrepen per ziekenhuis loopt uiteen van 1 verstrekking per jaar tot 236 borstreconstructies per jaar. Voor de reconstructie via de conventie is de range 1 tot 77. 30% van de 46 ziekenhuizen die werken via de conventie voeren minder dan 10 unilaterale of bilaterale reconstructies uit in 2020.

### 3.4.2. Artsen

170 artsen zijn verantwoordelijk voor de borstreconstructies in die 82 ziekenhuizen. 167 artsen factureren via de nomenclatuur en 77 artsen via de conventie. Veel artsen voeren reconstructies uit via beide systemen.

De frequentie van ingrepen in 2020 varieert sterk tussen de artsen: van bijna geen ingrepen per jaar tot heel veel. 1 arts doet meer dan 100 ingrepen in 2020 en 37 artsen beperken zich tot 1 ingreep per jaar. De range is dus 1-130.

Als we enkel kijken naar de conventie, dan is de range 1-58. 56% van de 77 artsen doet minder dan 10 unilaterale of bilaterale reconstructies in 2020.

## 3.5. Naleving conventie

Om de naleving van de conventie te beoordelen, kan worden nagegaan voor welk aandeel van elke fase de regel correct wordt toegepast. Voor de microchirurgische transplantatie van eigen weefsel (fase 1), betekent dit geen cumulatie met nomenclatuurnummers van artikel 14a, 14c en 14f.

Voor het remodelleren en de eventuele tepelreconstructie (fase 2) betreft het een verbod op cumulatie met nomenclatuurnummers van artikel 14 tout court.

Bij fase 3 is er een verbod van cumulatie ingesteld met het nomenclatuurnummer voor een tatoeage van tepel en tepelhof (nomenclatuurnummers 252615-252626).



Dit wil zeggen dat er niet tweemaal een tatoeage mag gefactureerd worden, eenmaal via de conventie en nog eens via de nomenclatuur.

In de conventie staat geen tijdsaanduiding van het verbod op cumulatie. De ziekenfondsen nemen aan dat er geen cumulatie mag zijn op dezelfde dag als de ingreep. Daar tegenover staat de geest van de overeenkomst die beoogt een einde te stellen aan de hoge supplementen en de eigen bijdragen voor de patiënten te beperken tot een redelijk bedrag. Door de beperkte interpretatie van de conventieregels kunnen de cumulaties toch worden aangerekend op andere dagen. Dit resulteert in een beïndrukkend hogere kost voor de patiënt en de ziekteverzekering. Deze werkwijze is in strijd met de geest van de conventie. Om beide van elkaar te scheiden, worden er twee analyses gemaakt: 1) geen cumulatie op de dag van de ingreep en 2) geen cumulatie op dag 1 tot dag 30.

### 3.5.1. Naleving conventie fase 1

Artikel 14a van de nomenclatuur omvat de algemene heelkunde, 14c de plastische heelkunde en 14f de bloedvatenheelkunde. Volgens de conventie mag er niet gecumuleerd worden met nomenclatuurnummers van deze artikels.

In 2020 vinden we op de dag van de microchirurgische transplantatie van eigen weefsel 60 prestaties terug van artikel 14a, 14c of 14f. Deze prestaties zijn gefactureerd door 22 verschillende ziekenhuizen. 42% van deze oneigenlijke prestaties is het 'verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels' (220231-220242) (zie tabel 2).

**Tabel 2: Top 10 cumulatie tijdens fase 1 op dag 0 (2020)**

Nomenclatuur	Frequentie	Omschrijving
<b>220231-220242</b>	25	Verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels
<b>252512-252523</b>	14	Plastie van de heterolaterale borst
<b>251591-251602</b>	6	Eenzijdige wegneming van een borstprothese of een borstweefselexpander
<b>236014-236025</b>	<5	Revascularisatie van een groot intrathoracaal bloedvat door endarteriëctomie, endoaneurysmorrhafie, pontage of resectie met enten of anastomose
<b>239330-239341</b>	<5	Heelkundige behandeling van lymfoedeem bij middel van lymfoveneuze of lymfolymfatische anastomose
<b>251716-251720</b>	<5	Subcutaan plaatsen van meer dan één expansie prothese

Nomenclatuur	Frequentie	Omschrijving
<b>251834- 251845</b>	<5	Vorbereiden van bloedvaten thv receptorplaats en inzetten van de flap bij middel van ingewikkelde microchirurgische vaatsutuur: termino-lateraal; tweeloopsanastomose
<b>251930- 251941</b>	<5	Vrijmaken van samengestelde weefselflap (bv. osteo septo cutaan) en klaarmaken van de vaatsteel voor microchirurgische transfert
<b>252453- 252464</b>	<5	Borstreconstructie door transpositie huidlap
<b>252593- 252604</b>	<5	Borstreconstructie door implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander

Naast cumulatie op dag 0, worden er ook nomenclatuurnummers aangerekend op andere dagen tijdens de hospitalisatie of na de hospitalisatie. Tussen dag 1 en dag 30 vinden we op die manier 183 prestaties terug van artikel 14a, 14c of 14f.

De helft van die 183 prestaties wordt gefactureerd in de eerste zes dagen na de ingreep en we weten dat patiënten gemiddeld 6,1 dagen in het ziekenhuis verblijven. Ook op dag 7 worden er nog relatief veel prestaties gefactureerd. Tussen dag 1 en dag 30 wordt bijvoorbeeld nog 25 keer de prestatie 'borstreconstructie door implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander' gefactureerd. We vinden ook 22 keer 'huid- of fascio-cutane flap, hoofdbewerking' terug en eveneens 22 keer de prestatie voor het 'verwijderen van een diepliggend vreemd lichaam'. De hoogste frequenties van nomenclatuurnummers uit artikel 14a, 14c of 14f worden genoteerd op dag 1, 3, 5 en 7. Deze prestaties voldoen aan het cumulverbod op de dag van de ingreep, maar volgen dus niet de geest van de conventie aangezien de factuur toch aan de patiënt gepresenteerd wordt.

### 3.5.2. Naleving conventie fase 2

Om de conventie na te leven in fase 2 mogen artsen met geen enkel nomenclatuurnummer van artikel 14 cumuleren. Deze regel is dus strikter dan voor fase 1.

Op dag 0 vinden we in de databanken van het IMA 56 prestaties terug van artikel 14. Tabel 3 geeft de top 10 weer van meest gebruikte oneigenlijke prestaties van fase 2 op de dag van de ingreep. Eén op de drie oneigenlijke prestaties is een huid- of fascio-cutane flap of het verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels.

**Tabel 3: Top 10 cumulatie tijdens fase 2 op dag 0 (2020)**

Nomenclatuur	Frequentie	Omschrijving
<b>250176-250180</b>	10	Huid- of fascio-cutane flap, hoofdbewerking
<b>220231-220242</b>	9	Verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels
<b>432633-432644</b>	7	Eenzijdige of tweezijdige salpingectomie of ovariëctomie of adnexectomie met pathologisch-anatomische bevestiging
<b>221196-221200</b>	7	Uitsnijden van een misvormd litteken, gevolgd door hechting
<b>220264-220253</b>	<5	Volledige heelkundige behandeling van diepliggende phlegmone
<b>220275-220286</b>	<5	Exerese van een onder de aponeurose gelegen expansieve tumor uit de weke weefsels
<b>241253-241264</b>	<5	Exeresis van uitgebreide vetschort met functionele hinder: Elliptische resectie
<b>250213-250224</b>	<5	Huid- of fascio-cutane flap, in één bewerking over een oppervlakte gelijk of groter dan 100 cm <sup>2</sup>
<b>251731-251742</b>	<5	Verwijderen van een gezwel van de huid of de slijmvliezen of ander letsel rechtstreeks toegankelijk door excisie met plastie en/of greffe
<b>251786-251775</b>	<5	Verwijderen van een kwaadaardig gezwel van de huid of de slijmvliezen volgens een micrografische heelkundige techniek met peroperatieve pathologische anatomie, en met sluiten van de wonden, een eventuele ent en/of plastie inbegrepen
<b>432456-432460</b>	<5	Volledige resectie van het endometrium, inclusief de hysteroscopie en de curettage

Deze 56 prestaties worden aan de patiënten aangerekend door 23 verschillende ziekenhuizen.

Naast de 56 verstrekkingen op dag 0, worden er 96 prestaties van artikel 14 gefactureerd tussen dag 1 en dag 30. De hoogste frequenties worden genoteerd op dag 3, dag 14/15 en dag 20/21. Hier is de situatie minder duidelijk aangezien patiënten gemiddeld één dag gehospitaliseerd worden. Niet alle prestaties in de eerste maand na fase 2 kunnen in verband gebracht worden met een borstreconstructie. Een aanzienlijk aandeel van die 96 prestaties behoort tot de specialisatie oftalmologie.

### 3.5.3. Naleving conventie fase 3

In 2020 worden geen oneigenlijke prestaties doorgerekend aan de patiënten tijdens de tatoeage van de areolaire streek.

In sommige van de hierboven beschreven situaties is het mogelijk dat de adviserend arts oordeelt dat het geen oneigenlijke prestaties betreft, en op basis van het medisch dossier toch toestemming heeft gegeven voor bepaalde cumulaties.

## 3.6. Eenpersoonskamer

Eén van de doelstellingen van de conventie is dat er bij tenminste gemiddeld 40% van de ingrepen geen supplementen aangerekend worden. Supplementen aanrekenen is slechts mogelijk in een eenpersoonskamer. Deze supplementen, die niet terugbetaalbaar zijn door de verplichte ziekteverzekering, mogen een maximumbedrag niet overschrijden. Voor de verschillende fasen in de conventie zijn er maxima vastgelegd. Het maximumbedrag blijft hetzelfde ongeacht of de verstrekkingen tijdens één of meerdere operaties worden uitgevoerd. Indien een borstreconstructie gefactureerd wordt via de nomenclatuur i.p.v. via de conventie, is er geen maximumbedrag vastgelegd. Artsen kunnen zelf de hoogte van de honorariumsupplementen bepalen. Bij patiënten die niet kiezen voor een eenpersoonskamer is het verboden om honorariumsupplementen aan te rekenen, zowel via de nomenclatuur als via de conventie.

Supplementen zijn gerelateerd aan de kamerkeuze van de patiënt. In de conventie staat dat er op geen enkele wijze druk mag worden uitgeoefend op de patiënt om zich te laten opnemen in een eenpersoonskamer. Tabel 4 geeft per fase de percentages eenpersoonskamers weer voor borstreconstructies via de conventie of via de nomenclatuur. Voor fase 2 en fase 3 van de borstreconstructie is er weinig verschil tussen de conventie en de nomenclatuur. De maximale honorariumsupplementen die voor deze fasen mogen aangerekend worden via de conventie voor een unilaterale reconstructie (€ 714 voor fase 2 en € 101 voor fase 3), zijn dan ook van een andere grootteorde dan de € 3.222 voor fase 1.

Voor de eerste fase van de borstreconstructie is er wel een duidelijk verschil tussen het percentage vrouwen die in een eenpersoonskamer verblijven via de nomenclatuur of via de conventie. Eén op de twee patiënten verblijft in een eenpersoonskamer indien gefactureerd wordt via de conventie, terwijl slechts één op drie kiest voor een eenpersoonskamer indien de nomenclatuur wordt gebruikt.

**Tabel 4: Percentage patiënten op een eenpersoonskamer, per fase (2020)**

% eenpersoonskamer	Conventie	Nomenclatuur
<b>Fase 1</b>	49,94%	32,77%
<b>Fase 2</b>	23,18%	23,17%
<b>Fase 3</b>	2,97%	0,84%

## 3.7. Kosten

Deze studie wil o.a. de naleving van de conventie evalueren. We hebben er dan ook voor gekozen om de kosten voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de kosten ten laste van de patiënt in kaart te brengen. We berekenen enkel de kosten die gefactureerd zijn via de conventie voor de verschillende fasen. Borstreconstructies die via de nomenclatuur geattesteerd zijn, komen niet aan bod.

### 3.7.1. Kosten fase 1

Bij de verstrekkingen van fase 1 kan een honorariumsupplement van maximum 100% van het honorarium aangerekend worden bij een unilaterale reconstructie in een eenpersoonskamer bovenop het honorarium van € 3.222. Bij een bilaterale reconstructie kan een honorariumsupplement aangerekend worden van maximum 80%. Bij twee- of meerpersoonskamers zijn honorariumsupplementen niet mogelijk. Tabel 5 geeft een overzicht van het honorarium voor fase 1 en de maximale honorariumsupplementen die eventueel mogen aangerekend worden.

**Tabel 5: Tarieven fase 1 (RIZIV)**

Fase 1	Honorarium 2020	Max. honorariumsuppl. 2020	Honorarium 2023	Max. honorariumsuppl. 2023
<b>Unilateraal</b>	3.222,42	3.222,42	3.547,73	3.547,73
<b>Bilateraal</b>	6.120,81	4.896,65	6.738,72	5.390,97

Het aandeel personen zonder honorariumsupplementen is 50%. Daarmee wordt de doelstelling behaald om tenminste gemiddeld bij 40% van de ingrepen geen honorariumsupplementen aan te rekenen.

Bij 1% van fase 1 reconstructies wordt het maximale honorariumsupplement overschreden. Het gemiddeld bedrag die bovenop het maximale honorariumsupplement aan de patiënten gevraagd wordt, is € 3.550 (mediaan: € 3.111). Bij deze vrouwen wordt minimum € 2.352 teveel gefactureerd en maximum € 4.834.

Naast het honorarium voor de arts zijn er ook andere kosten verbonden aan een ziekenhuisverblijf. In tabel 6 zien we de totale kost voor fase 1, van het moment van opname tot ontslag uit het ziekenhuis. Ambulante kosten voor of na de ziekenhuisopname worden niet meegerekend.

In het totale bedrag ten laste van de patiënt is het remgeld verwaarloosbaar. Het zijn de supplementen die dit bedrag omhoog stuwen. Bij minstens de helft van de vrouwen is het totale bedrag ten laste van de patiënt € 4.533 of meer.

**Tabel 6: Totale kost fase 1 (2020)**

	Aantal ingrepen	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	Range
<b>ZIV</b>	795	7.053,87	6.138,84	4.425,41	14.222,24	9.796,83
<b>Remgeld</b>	795	65,35	58,72	1,98	781,84	779,86
<b>Supplement</b>	795	3.671,22	4.480,54	27,00	15.238,39	15.211,39
<b>Tot. patiënt</b>	795	3.736,57	4.532,74	46,53	15.292,44	15.245,91

### 3.7.2. Kosten fase 2

Artsen mogen maximum 95% van het honorarium aanrekenen als honorariumsupplement in een eenpersoonskamer voor het remodelleren van de ipsi- en heterolaterale zijde, inclusief eventuele tepelconstructie (zie tabel 7).

**Tabel 7: Tarieven fase 2 (RIZIV)**

Fase 2	Honorarium 2020	Max. honorariumsuppl. 2020	Honorarium 2023	Max. honorariumsuppl. 2023
<b>Unilateraal</b>	749,58	713,89	825,25	785,95
<b>Bilateraal</b>	872,28	830,75	960,33	914,60
<b>Bijkomend</b>	374,79	356,94	412,62	392,97

Het aandeel personen zonder honorariumsupplementen in fase 2 is 72%. De doelstelling om bij tenminste gemiddeld 40% van de ingrepen geen honorariumsupplementen aan te rekenen, wordt hiermee ruimschoots behaald en is te verklaren door het feit dat slechts een vierde van de vrouwen op een eenpersoonskamer verblijven tijdens het remodelleren van de ipsi- en heterolaterale zijde.

Bij 4% van fase 2 reconstructies wordt het maximale honorariumsupplement overschreden. Het gemiddeld bedrag die bovenop het maximale honorariumsupplement aan de patiënten gevraagd wordt, is € 124 (mediaan: € 36). Bij deze vrouwen wordt minimum € 18 teveel gefactureerd en maximum € 1.535. Deze bedragen worden

aangerekend door elf verschillende ziekenhuizen, maar voornamelijk door twee artsen.

In tabel 8 zien we de totale kost voor fase 2. Deze verstrekking vindt plaats zowel met als zonder overnachting in het ziekenhuis. Indien de ingreep zonder overnachting in het ziekenhuis doorgaat, dan worden enkel de kosten meegerekend van de dag van de ingreep. Bij een klassieke hospitalisatie worden alle kosten meegerekend van het moment van opname tot ontslag.

**Tabel 8: Totale kost fase 2 (2020)**

	Aantal ingrepen	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	Range
<b>ZIV</b>	830	1.520,60	1.563,77	374,79	10.915,33	10.540,54
<b>Remgeld</b>	830	19,53	12,00	0,00	188,84	188,84
<b>Supplement</b>	830	522,21	47,39	0,00	9.657,44	9.657,44
<b>Tot. patiënt</b>	830	541,74	68,85	0,00	9.773,64	9.773,64

In het totaalbedrag ten laste van de patiënt is het remgeld, eveneens zoals bij fase 1, verwaarloosbaar. Het gemiddelde supplement daarentegen bedraagt € 522, maar de helft van de vrouwen krijgt een factuur met maximum € 47 supplement en een totaal bedrag van € 69 of minder.

### 3.7.3. Kosten fase 3

Het honorarium voor een unilaterale tatoeage bedraagt € 101 (zie tabel 9), een bilaterale tatoeage het dubbele. Artsen mogen maximum 100% honorariumsupplementen aanrekenen zowel bij een unilaterale als bilaterale tatoeage.

**Tabel 9: Tarieven fase 3 (RIZIV)**

Fase 3	Honorarium 2020	Max. honorariumsuppl. 2020	Honorarium 2023	Max. honorariumsuppl. 2023
<b>Unilateraal</b>	101,35	101,35	111,58	111,58
<b>Bilateraal</b>	202,70	202,70	223,16	223,16

Bij 1% van fase 3 reconstructies wordt het maximale honorariumsupplement overschreden. Dit betreft slechts drie overtredingen, telkens in hetzelfde ziekenhuis.

Het aandeel personen zonder honorariumsupplementen in fase 3 is 86%. Slechts 3% van de vrouwen verblijven tijdens fase 3 in een eenpersoonskamer, de supplementen

worden dus aangerekend tijdens een ambulante verstrekking door gedeconventioneerde artsen.

Tabel 10 geeft de totale kost voor fase 3 weer. Gemiddeld betaalt de patiënt € 56 uit eigen zak.

**Tabel 10: Totale kost fase 3 (2020)**

	Aantal ingrepen	Gemiddelde	Mediaan	Minimum	Maximum	Range
<b>ZIV</b>	302	151,27	111,21	101,35	579,07	477,72
<b>Remgeld</b>	302	5,19	0,00	0,00	148,65	148,65
<b>Supplement</b>	302	50,49	0,00	0,00	450,00	450,00
<b>Tot. patiënt</b>	302	55,68	7,02	0,00	450,00	450,00

#### 3.7.4. Kosten volledig traject

Een volledig traject omvat de drie fasen. Normaal gezien moeten deze drie fasen vervolledigd zijn binnen het jaar. Door COVID-19 is deze termijn verlengd tot anderhalf jaar. Op het moment van de analyses zijn er in de databanken van het IMA gegevens beschikbaar tot en met het eerste semester van 2021. Door de uitgestelde niet-dringende zorg omwille van corona en het beperkt beschikbaar zijn van gegevens van 2021, zijn er slechts 46 volledige trajecten. Deze trajecten starten in 2020 en kunnen vervolledigd zijn in 2020 of 2021.

De gemiddelde ZIV-kost voor een volledig traject bedraagt € 8.876, de mediaan € 8.010 (zie tabel 11).

Het remgeld is beperkt tot gemiddeld € 74 (mediaan: € 62). Het zijn de supplementen die ervoor zorgen dat het bedrag ten laste van de patiënt oploopt tot gemiddeld € 4.115. De helft van de vrouwen betaalt € 5.569 of meer, met uitschieters tot € 9.258 eigen bijdrage.



**Tabel 11: Totale kost volledig traject (2020 + eventueel 2021)**

	<b>Aantal ingrepen</b>	<b>Gemiddelde</b>	<b>Mediaan</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Range</b>
<b>ZIV</b>	46	8.875,99	8.010,44	5.884,60	12.213,87	6.329,27
<b>Remgeld</b>	46	73,78	62,25	24,20	186,32	162,12
<b>Supplement</b>	46	4.040,77	5.486,60	117,64	9.204,23	9.086,59
<b>Tot. patiënt</b>	46	4.114,55	5.569,18	188,07	9.258,18	9.070,11



## 4. Conclusie

Het aandeel ingrepen gefactureerd via de conventie stijgt jaar na jaar. Toch worden nog altijd bij zes op de tien vrouwen een factuur afgeleverd via de nomenclatuur. Deze vrouwen hebben geen enkele tariefzekerheid. Men kan zich de vraag stellen of het nuttig is om de twee systemen in stand te houden, facturatie via de conventie en facturatie via de nomenclatuur. Indien men kiest voor tariefzekerheid voor de patiënt, dan lijkt het logisch om enkel nog terugbetaling te voorzien voor ingrepen via de conventie. De conventie kan hierbij uitgebreid worden zodat ook andere technieken om een borst te reconstrueren in de conventie opgenomen worden.

Voor de vier op de tien patiënten die meer tariefzekerheid hebben via de conventie ging deze studie gedeeltelijk na of de voorwaarden van de conventie correct toegepast worden. De nadruk wordt gelegd op het aanrekenen van verboden cumulaties, het niet overschrijden van de maximale supplementen en op het beperken van eigen bijdragen voor de patiënt tot een redelijk bedrag. Allen houden verband met elkaar. Indien oneigenlijke prestaties gefactureerd zijn of de maximale supplementen overschreden worden, dan resulteert dit in een beduidend hogere kost voor de patiënt (en voor de ZIV).

Het verbod van cumulatie, voor de verschillende fasen, met verstrekkingen uit de nomenclatuur wordt grotendeels gerespecteerd. Bij slechts een kleine minderheid worden kosten en supplementen onterecht aangerekend. Toch kan hierbij een bedenking gemaakt worden. In de conventie staat geen tijdsaanduiding voor het verbod

op cumulatie. De verzekeringsinstellingen interpreteren dit verbod als geen cumulatie op de dag van de ingreep. In de resultaten zien we dat de verboden verstrekkingen toch gefactureerd worden door de verstrekkingen niet op dag 0 te registreren, maar de prestaties alsnog aan te rekenen op een latere datum. Hiermee wordt de kostenbeperking voor de patiënt, overeengekomen via de conventie, omzeild.

Honorariumsupplementen mogen slechts aangerekend worden op een eenpersoonskamer. In de conventie staat dat op geen enkele wijze druk uitgeoefend mag worden op de patiënt om te kiezen voor een eenpersoonskamer. Bovendien waarborgt de conventie dat tenminste bij gemiddeld 40% van de ingrepen geen supplementen worden aangerekend. Voor de verschillende fasen van de reconstructie wordt die 40% gehaald. Voor fase 2 en 3 is dit zelfs 72% en 86%. Bij fase 1, waarbij de maximale supplementen kunnen oplopen tot € 3.222 voor een unilaterale reconstructie en € 4.897 voor een bilaterale reconstructie, is het percentage patiënten zonder supplementen heel wat lager. Bij slechts 50% van de patiënten worden geen honorariumsupplementen aangerekend. Dit komt omdat één op de twee patiënten, via de conventie, op een eenpersoonskamer verblijft. Dit in tegenstelling tot één op de drie personen die kiest voor een eenpersoonskamer indien de facturatie niet via de conventie verloopt, maar via de nomenclatuur.

Ten slotte hebben we nog enkele aanbevelingen voor het beleid:

- Zorg ook voor bescherming tegen hoge supplementen voor patiënten waarbij de borstreconstructie geattesteerd wordt via de nomenclatuur, aangezien een minderheid van de patiënten de bescherming geniet van de conventie, of breid de conventie uit en voorzie enkel terugbetaling voor ingrepen via de conventie.
- Verplicht het noteren van de kant van het lichaam (linker- of rechterborst) in fase 2, 3 en 4 zodat effectief kan gecontroleerd worden of de termijn van een jaar (nu tijdelijk anderhalf jaar wegens COVID-19) gerespecteerd wordt.
- Verduidelijk de bestaande regels i.v.m. cumulatie van nomenclatuurnummers van artikel 14 zodat er geen misvattingen kunnen bestaan over registratie van nomenclatuurnummers na dag 0. Indien de conventie niet enkel betrekking heeft op prestaties die geattesteerd worden op dag 0, dan kan de formulering van de conventie herzien worden om de gereguleerde periode te expliciteren of uit te breiden aangezien de cumulaties niet stroken met de geest van de conventie. De conventie wenst tariefzekerheid te bieden voor het geheel van de borstreconstructie.

Is de doelstelling van bij minimum 40% van de ingrepen geen supplementen te factureren ambitieus genoeg aangezien 50% van patiënten via de conventie op een eenpersoonskamer verblijft en slechts 33% van de vrouwen met een factuur via de nomenclatuur?

# Referenties

[1] Kankerregister: [Belgian Cancer Registry — Tabellen op jaarbasis \(kankerregister.org\)](#)

[2] Nice guidelines: [Recommendations | Familial breast cancer: classification, care and managing breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer | Guidance | NICE](#)

[3] NTVG: [Geen aangetoonde genmutatie, maar toch preventieve contralaterale mastectomie | NTVG](#)

[4] Gezondheid wetenschap: [Is preventieve borstamputatie bij erfelijke borstkanker niet nodig? · Gezondheid en wetenschap](#)

[5] Robays Jo, Stordeur Sabine, Hulstaert Frank, van Maerken Tom, Claes Kathleen, Janin Nicolas, Matthijs Gert, 't Kint de Roodenbeke Daphné, Berlière Martine, Wildiers Hans, Poppe Kris. Oncogenetic testing and follow-up for women with familial breast/ovarian cancer, Li Fraumeni syndrome and Cowden syndrome. Good Clinical Practice (GCP). Brussels . Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 236. D/2015/10.273/09.. English.

[6] RIZIV: [Terugbetaling van borstreconstructie met eigen weefsel - RIZIV \(fgov.be\)](#)

[7] RIZIV: [Conventies-Medische-Directie-COVID-aanpassingen-20221220.pdf \(fgov.be\)](#)

# Bijlagen

## Bijlage 1: Verstrekkingen borstreconstructie

Nomenclatuur	
<b>252453-252464</b>	Borstreconstructie door transpositie huidlap
<b>252475-252486</b>	Borstreconstructie door middel van een gesteelde spier-huidlap die niet uit de rechte buikspier komt
<b>252490-252501</b>	Reconstructie van de areola en de tepel
<b>252512-252523</b>	Plastie van de heterolaterale borst
<b>252534-252545</b>	Borstreconstructie door middel van een gesteelde flap van de rechte buikspier (TRAM)
<b>252556-252560</b>	Borstreconstructie door middel van een microchirurgische vrije flap
<b>252571-252582</b>	Borstreconstructie door middel van een vrije perforatorflap (huid en vetweefsel)
<b>252593-252604</b>	Borstreconstructie door implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander
<b>252615-252626</b>	Tatoeage van de areolaire streek
Pseudonomenclatuur - Conventie	
<b>252652-252663</b>	Unilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite)
<b>252674-252685</b>	Bilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap, (met inbegrip van het sluiten van de donorsite)
<b>252696-252700</b>	Unilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van Geneesheren-Directeurs voorafgaand aan de ingreep
<b>252711-252722</b>	Bilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een micro-chirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van Geneesheren-Directeurs voorafgaand aan de ingreep

<b>252733-252744</b>	Unilaterale reconstructie van de areola en de tepel en opnieuw modelleren van één of twee borsten door een borstplastie, inclusief eventuele implantatie van een borstimplantaat of een borstweefsexpander
<b>252755-252766</b>	Bilaterale reconstructie van de areola en de tepel en opnieuw modelleren van één of twee borsten door een borstplastie, inclusief eventuele implantatie van een borstimplantaat of een borstweefsexpander
<b>252770-252781</b>	Aanvullend opnieuw modelleren van één of twee borsten door een borstplastie, inclusief eventuele implantatie van een borstimplantaat of een borstweefsexpander
<b>252792-252803</b>	Unilaterale tatoeage van de areolaire streek door de plastisch chirurg of onder diens supervisie
<b>252814-252825</b>	Bilaterale tatoeage van de areolaire streek door de plastisch chirurg of onder diens supervisie
<b>252836-252840</b>	Flaprevisie binnen de 7 dagen volgend op één van de verstrekkingen 252652-252663, 252674-252685, 252696-252700 of 252711-252722, en uitgevoerd tijdens een andere operatietijd dan voor-noemde verstrekkingen. De revisie bestaat uit de revascularisatie van de perforatorflap door middel van een microchirurgische anastomose