

25 sep 2015 -02:10

Borstreconstructie na kanker: wat is een redelijk ereloon?

14 tot 20% van de vrouwen die een borstoperatie hadden omwille van kanker, kiest voor een borstreconstructie. In theorie wordt deze ingreep terugbetaald door de ziekteverzekering. De laatste jaren is er echter een wijd verspreid ongenoegen over de 'esthetische supplementen' die bijkomend voor de operatie worden aangerekend, o.a. voor de autologe reconstructies. Bij deze laatste ingrepen wordt de borst gereconstrueerd met behulp van huid-, spier- en/of vetweefsel van de patiënte. De plastisch chirurgen rekenen deze supplementen aan omdat ze de vergoeding van het RIZIV te laag vinden in verhouding tot de complexiteit van de ingreep.

Aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) werd gevraagd om cijfergegevens te bezorgen, o.a. gebaseerd op een objectieve tijdmeting van de operatieduur. Deze kunnen nu dienen als basis voor discussies over een (eventuele) herziening van de RIZIV-vergoeding.

De belangrijkste hinderpaal bij deze studie was namelijk dat er voor artsen geen basis-uurtarief bestaat dat algemeen wordt aanvaard. Om tot een echte oplossing te komen moeten volgens het KCE alle erelonen globaal worden geherevalueerd, zoals het KCE al voorstelde in zijn conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (KCE-rapport 229). De cijfers in voorliggend rapport kunnen dus enkel een tijdelijke oplossing bieden om uit de impasse te geraken.

Een zeer persoonlijke keuze

Jaarlijks worden meer dan 10 000 vrouwen door borstkanker getroffen. Bij de meerderheid wordt de tumor, of zelfs de volledige borst, operatief verwijderd, wat uiteraard een erg nefaste impact kan hebben op het eigen lichaamsbeeld. Daarom wordt een borstreconstructie in ons land beschouwd als een onderdeel van de behandeling en wordt ze terugbetaald door de ziekteverzekering (RIZIV).

Ongeveer de helft van alle borstreconstructies in ons land zijn autologe reconstructies. De andere helft bestaat uit reconstructies met een borstprothese. Bij autologe reconstructies wordt de borst gereconstrueerd met huid-, spier- en/of vetweefsel van de patiënte. Ze worden ook "eigen weefsel reconstructies" genoemd, en er bestaan verschillende types (DIEP, LDF, TRAM, ...).

Niet alle vrouwen wensen een reconstructie na een borstoperatie: in België bedraagt hun aandeel 14 tot 20% van de geopereerde vrouwen. De beslissing is dan ook zeer persoonlijk, en wordt om heel verschillende redenen genomen. Alleszins zouden financiële overwegingen de keuze van de vrouw niet mogen beïnvloeden.

'Esthetische supplementen'

De laatste jaren is er echter een wijd verspreid ongenoegen over de soms zeer hoge 'esthetische supplementen' die voor een autologe reconstructie uit eigen zak moeten worden betaald. Volgens een onderzoek van de Vlaamse Liga tegen Kanker bedragen deze supplementen gemiddeld 2620€.

De plastisch chirurgen vinden dat deze door hen aangerekende supplementen voor autologe reconstructies gegrond zijn omdat het ereloon dat het RIZIV hen betaalt (bv. 1527€ voor een DIEP) veel te laag ligt in verhouding tot de complexiteit en de zwaarte van de interventie. De ingreep duurt soms zeer

lang en vereist veel deskundigheid en ervaring en, in sommige gevallen, een specifieke expertise in microchirurgie.

Na het mislukken van verschillende onderhandelingen tussen de plastisch chirurgen en het RIZIV werd aan het KCE gevraagd om berekeningen te maken, om te dienen als basis voor discussie bij een (eventuele) herziening van de RIZIV-tarieven. Het was eveneens een goede gelegenheid om de veiligheid van de interventies en de tevredenheid van de patiëntes na te gaan.

Geen betrouwbare gegevens over de graad van tevredenheid van de vrouwen

Uit de wetenschappelijke literatuur kan niet worden opgemaakt of vrouwen na een autologe reconstructie meer of minder tevreden zijn dan degenen die helemaal geen reconstructie hadden of die een reconstructie met een prothese kregen. Er leken zich niet meer complicaties voor te doen dan bij andere chirurgische ingrepen.

Data van tien teams gedurende 3 maanden

Voor de berekening van een billijk ereloon voor de plastisch chirurg baseerde het KCE zich op een beproefde methode. In een eerste stap werd de duur van de verschillende fasen van een interventie zeer nauwkeurig gemeten. Tien Belgische chirurgische teams werden bereid gevonden om gedurende 3 maanden de duur van de verschillende chirurgische fasen van hun autologe reconstructies te meten, net als die van de aanvullende ingrepen (zoals het symmetrisch maken van beide borsten of de reconstructie van de tepel) en die van de eventuele ingrepen bij complicaties.

De volgende stap is het vermenigvuldigen van de gemeten interventieduur vermenigvuldigd met het uurtarief van elk van de betrokken zorgverleners. Wat op het eerste zicht eenvoudig en logisch lijkt, bleek in realiteit echter zeer complex te zijn, omdat er nu eenmaal voor artsen geen basis-uurtarief bestaat dat algemeen wordt aanvaard.

Om die reden werden verschillende scenario's uitgewerkt, gebaseerd op hypothetische uurtarieven. Afhankelijk van het scenario, kwamen er grote verschillen naar boven. Voor een reconstructie met een vrije flap van het type DIEP, die het vaakst wordt uitgevoerd in ons land, schommelt de gemiddelde kostprijs tussen minimum 1125€ (dus lager dan de huidige RIZIV-vergoeding van 1527€) en maximum 2584€. Wanneer er ook nog aanvullende ingrepen worden uitgevoerd, moet bij dit bedrag ook nog de kostprijs daarvan worden toegevoegd, zoals bijvoorbeeld van een lipofilling, een liposuctie, een tepelreconstructie, een tatoeage van tepel en tepelhof, of een littekencorrectie.

Enkel een tijdelijke oplossing

Het KCE benadrukt dat het op die manier berekenen van de kostprijs van één enkele interventie een zeer zware methode is, met slechts een beperkte geldigheid. Het aanvaardde deze opdracht alleen omdat het RIZIV zich, door de impasse in de onderhandelingen, in een delicate situatie bevond en dringend om een oplossing vroeg. De voorgestelde cijfers kunnen daarom enkel worden gebruikt als tijdelijke oplossing. Het echte antwoord op deze vraag moet komen van een globale herevaluatie van de medische erelonen, zoals het KCE ook al voorstelde in zijn conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering (KCE-rapport 229).

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e
verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be