

## SYNTHESE

# BORSTRECONSTRUCTIE NA KANKER: WAT IS EEN REDELIJK ERELOON?





## **SYNTHESE**

# **BORSTRECONSTRUCTIE NA KANKER: WAT IS EEN REDELIJK ERELOON?**

SOPHIE GERKENS, STEFAAN VAN DE SANDE, ROOS LEROY, ANNE-SOPHIE MERTENS, JONATHAN SCHREIBER, DRIES VAN HALEWYCK, JAN BELLAERT, HANS VAN BRABANDT, NATHALIE SWARTENBROEKX, CAROLINE OBYN





## ■ VOORWOORD

Het is uitzonderlijk dat wij niet overtuigd zijn van de resultaten van één van onze eigen rapporten. Let wel, we hebben de gevraagde berekeningen uitgevoerd met een maximum aan voorzorgen en met de vereiste methodologische nauwkeurigheid. We zijn dus echt wel overtuigd van de kwaliteit van ons werk. Maar het was de vraag zelf die ons werd gesteld, die ons van bij het begin problematisch leek.

Het meningsverschil tussen de plastisch chirurgen en het RIZIV over de erelonen die « redelijkerwijs kunnen worden geëist » voor de autologe borstreconstructies is de voorafbeelding van wat ons de komende jaren te wachten staat, zolang ons systeem de problemen niet ten gronde aanpakt.

Want intussen blijven we verder werken met diezelfde nomenclatuur die in de loop der jaren een onwaarschijnlijk aantal toevoegsels en ad hoc verbouwingen heeft opgestapeld, als vrucht van deze of gene onderhandeling, en vaak met weinig of geen objectiveerbare onderbouw. Met haar iets meer dan vijftig jaren komt deze constructie behoorlijk gehavend uit de strijd, en vertoont zij een aantal moeilijk uit te leggen incoherenties.

Het echte antwoord op de vraag die ons in dit rapport bezighoudt- wat zou een redelijk ereloon zijn voor een autologe borstreconstructie?- mag niet opnieuw zorgen voor het zoveelste oplapwerk van onze nomenclatuur. Om uiteindelijk tot evenwichtige en billijke erelonen te komen, zonder de ongegronde verschillen van vandaag, is de enige oplossing dat de zaken globaal worden aangepakt: een grondige herziening die de intellectuele acte en de know-how als basis van het beroep van arts herwaardeert, en die vervolgens factoren zoals ervaring, kennis, risico, ongemak, enz, erin integreert.

Om terug te komen op de resultaten van onze studie: zij kunnen dus enkel een tijdelijke oplossing bieden voor een probleem dat te acuut geworden is om nog te wachten op de voltooiing (of zelfs maar de opstart?) van de gigantische werf van de herziening van de nomenclatuur. Het zou immers onrechtvaardig zijn dat de borstkankerpatiënten gegijzeld blijven door een problematiek waar zij tenslotte niets mee te maken hebben.

Christian LÉONARD  
Adjunct Algemeen Directeur

Raf MERTENS  
Algemeen Directeur



## ■ KERN- BOODSCHAPPEN

- Plastisch chirurgen in België vinden het ereloon voor een autologe borstreconstructie zoals bepaald in de nomenclatuur te laag. Ter compensatie rekenen ze hun patiënten 'esthetische supplementen' aan, die enkele duizenden euro's kunnen bedragen<sup>a</sup>, hetgeen voor vele patiënten moeilijk ligt. Om een oplossing te vinden voor dit probleem, zijn er onderhandelingen gepland tussen het RIZIV en vertegenwoordigers van de plastisch chirurgen.
- Het KCE kreeg de dringende opdracht om op een objectieve basis een 'kostprijs' te berekenen ter ondersteuning van deze onderhandelingen. Bedoeling is dat plastisch chirurgen een correcte en redelijke vergoeding ontvangen voor het uitvoeren van autologe borstreconstructies.
- In een eerder rapport (Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, [KCE Rapport 229](#)) pleitte het KCE voor een algemene herziening van de nomenclatuur. Dergelijke hervorming moet echter globaal zijn en mag zich niet beperken tot één interventie binnen één specialisme. Om binnen een korte termijn tegemoet te komen aan de vraag naar een objectieve benadering van de kostprijs van de chirurgische acten voor autologe borstreconstructies, hebben we een beproefde methodologie gebruikt. Deze baseert zich op de effectieve interventietijden en verschillende mogelijke scenario's voor de berekening van een "uurkost".
- De resultaten van onze berekeningen variëren. 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.
- Door de methodologische beperkingen van deze studie en de variabiliteit in de bekomen resultaten kunnen ze enkel beschouwd worden als tijdelijke oplossing, in afwachting van een meer globale herziening van de nomenclatuur. Bij deze herziening kan en moet met andere factoren rekening worden gehouden, zoals de ervaring en expertise van de chirurg, de risico's inherent aan de ingreep (met inbegrip van de medicolegale risico's), de stress, de intellectuele en fysieke inspanning en de ongemakken van het werk.
- De grote onderliggende vraag in dit debat, waartoe dit rapport een aanzet geeft, is wat maatschappelijk gezien een billijk, eerlijk en redelijk uurloon zou zijn voor een zorgverstrekker. Het beantwoorden van deze vraag is geen sinecure.

<sup>a</sup> Gemiddelde € 2620 op basis van de resultaten van de VLK-enquête 2014; "Vlaamse Liga tegen Kanker": [http://www.tegenkanker.be/sites/vlk/files/Rapport\\_Borstreconstructie\\_2014.pdf](http://www.tegenkanker.be/sites/vlk/files/Rapport_Borstreconstructie_2014.pdf)



## ■ SYNTHESE

### INHOUDSTAFEL

■	VOORWOORD.....	1
■	KERN-BOODSCHAPPEN .....	2
■	SYNTHESE .....	3
1	CONTEXT.....	4
1.1	ONDERZOEKSVRAGEN .....	5
2	<b>DE BORSTRECONSTRUCTIE TECHNIEKEN DIE IN BELGIË WORDEN UITGEVOERD.....</b>	<b>5</b>
2.1	DE RECONSTRUCTIES MET EEN IMPLANTAAT .....	6
2.2	DE AUTOLOGE RECONSTRUCTIES .....	6
2.3	AANVULLENDE INGREPEN .....	8
3	<b>DOELTREFFENDHEID EN VEILIGHEID VAN AUTOLOGE RECONSTRUCTIES .....</b>	<b>8</b>
3.1	ZIJN DE VROUWEN TEVREDEN? .....	8
3.2	WAT ZIJN DE MOGELIJKE BIJWERKINGEN?.....	9
3.3	HEEFT RADIOTHERAPIE EEN INVLOED OP DE RESULTATEN?.....	9
4	<b>DUUR EN KOSTPRIJSBEPALING VAN DE CHIRURGISCHE ACTEN.....</b>	<b>9</b>
4.1	BEPALING VAN DE VERSCHILLENDE CHIRURGISCHE HANDELINGEN DIE DEEL UITMAKEN VAN EEN AUTOLOGE BORSTRECONSTRUCTIE .....	11
4.1.1	De eigenlijke reconstructie.....	11
4.1.2	Aanvullende operatieve handelingen.....	13
4.1.3	Operatieve handelingen bij her-ingrepen wegens complicaties .....	14
4.2	BEREKENING VAN DE DUUR VAN ELKE HANDELING .....	14
4.3	BEPALING VAN DE GEBRUIKTE INPUTS (PERSONEEL) EN HUN EENHEIDSKOST (UURKOST).....	16
4.3.1	Uurkost van de plastisch chirurgen.....	17
4.3.2	Uurkost van medewerkers .....	18
4.4	RESULTATEN VAN DE KOSTENSTUDIE .....	18
5	<b>BESLUIT .....</b>	<b>22</b>
■	<b>AANBEVELINGEN .....</b>	<b>23</b>



## 1 CONTEXT

In België wordt elk jaar bij meer dan 10.000 vrouwen de diagnose van borstkanker gesteld. Bij de meesten wordt de tumor operatief verwijderd en soms moet daarbij de volledige borst worden weggenomen. Daarnaast zijn er vrouwen die vernemen dat ze drager zijn van een genetische mutatie, waardoor ze een verhoogd risico op borstkanker lopen. Zij laten soms hun twee borsten preventief verwijderen, naar het voorbeeld van een beroemde Amerikaanse actrice.

De verwijdering van een (deel van een) borst (of van twee borsten) is een verminkende ingreep die vaak het zelf- en lichaamsbeeld ernstig aantast. Dankzij de vooruitgang in de reconstructieve chirurgie kunnen vrouwen die dat wensen hun borst(en) laten reconstrueren. In België wordt een borstreconstructie beschouwd als een onderdeel van de behandeling (of de preventieve aanpak) van kanker, vandaar dat ze wordt terugbetaald door de ziekteverzekering (RIZIV).

Niet alle vrouwen bij wie een borst werd verwijderd, willen echter een reconstructie. De beslissing om de ingreep al dan niet te laten uitvoeren is zeer persoonlijk en wordt om uiteenlopende redenen genomen. Financiële factoren zouden hierbij geen doorslaggevende rol mogen spelen. De voorbije jaren klagen echter steeds meer vrouwen dat ze voor de ingreep aanzienlijke supplementen moeten betalen.

Bij een autologe reconstructie wordt de borst gereconstrueerd met de eigen huid, spieren en/of vetweefsel van de patiënte, dit in tegenstelling tot reconstructies met borstimplantaten. Autologe reconstructies duren lang en zijn precisiewerk. Ze vragen van de chirurg een uitgesproken handigheid en veel ervaring, en bij sommige types ook een specifieke expertise op het vlak van microchirurgie.

Volgens de plastisch chirurgen ligt het ereloon voor autologe borstreconstructies veel te laag. Om de 'gemiste' inkomsten te compenseren, rekenen ze de patiënten 'esthetische supplementen' aan, die enkele duizenden euro's kunnen bedragen.<sup>b</sup>

Onderhandelingen met het RIZIV hebben nochtans al geleid tot een verhoging van de honoraria voor dergelijke ingrepen. Omdat deze verhoging volgens de plastisch chirurgen nog te laag was, wendden ze zich tot de voormalige minister van Volksgezondheid. Zij gaf op haar beurt het KCE de opdracht om de honoraria in kwestie op een objectieve manier te berekenen. Resultaat hiervan is de huidige studie, die cijfermateriaal aanlevert waarop een (eventuele) nieuwe herziening van de RIZIV-tarieven kan worden gebaseerd. Daarnaast evalueerde het KCE de gangbare praktijken in België, en hun doeltreffendheid en veiligheid.

De aanpak van de studie is zeker niet optimaal: we moesten de kostprijs van een geïsoleerde ingreep berekenen, wat een zware en inefficiënte methode is, die slechts een beperkte geldigheid heeft. Idealiter wordt hiervoor de nomenclatuur uitgebreid herzien, een zeer moeilijke, maar noodzakelijke taak, waarop hier niet kon worden gewacht. We hebben de huidige opdracht enkel aanvaard omdat een oplossing dringend werd geacht. Voor deze studie moesten we ons dus noodgedwongen baseren op het huidige vergoedingssysteem voor medische interventies. Ze berust dus fundamenteel op een redenering die deels in een kringetje loopt. De resultaten van de studie moeten daarom worden beschouwd als een tijdelijke oplossing voor een delicaat probleem.

<sup>b</sup> Gemiddelde € 2620 op basis van de resultaten van de VLK-enquête 2014; "Vlaamse Liga tegen Kanker".





## 1.1 Onderzoeksvragen

Deze studie probeert een antwoord te bieden op de volgende onderzoeksvragen:

- Welke soorten borstreconstructies worden er momenteel uitgevoerd in België?
- Wat weten we over de **doeltreffendheid** en **veiligheid** van een autologe borstreconstructie in vergelijking met de alternatieve technieken?
  - Wat is de klinische doeltreffendheid, op het vlak van **patiëntentevredenheid**, bij vrouwen die na een mastectomie een autologe reconstructie kregen, in vergelijking met vrouwen die een prothese kregen en vrouwen die geen reconstructie lieten uitvoeren?
  - Wat zijn de **mogelijke complicaties** bij een autologe reconstructie?
  - Wat is de impact van **radiotherapie** op een autologe reconstructie?
- **Hoe berekenen we de kostprijs van de chirurgische acten voor een autologe borstreconstructie?**

## 2 DE BORSTRECONSTRUCTIE TECHNIEKEN DIE IN BELGIË WORDEN UITGEVOERD

Zoals eerder aangehaald zijn er twee grote groepen borstreconstructies: **reconstructies met een implantaat of borstprothese** en **autologe reconstructies** (ook 'met eigen weefsel' genoemd).

Beide methoden kunnen **onmiddellijk** (tijdens dezelfde operatie wordt de tumor verwijderd en de borst gereconstrueerd) of **uitgesteld** (bv. na afloop van de aanvullende chemo- en of radiotherapie) gebeuren. Hoelang men na de aanvullende kankerbehandeling wacht om de reconstructie uit te voeren, hangt van een aantal factoren af, zoals de toestand van de huid na radiotherapie.

### Belgische cijfers

<b>Aantal borstresecties ovv borstkanker:</b>	<b>48 605</b> (2008 - 2011)	
<b>Totaal aantal reconstructies:</b>	<b>8002</b> (2008 - 2011; dus bij ongeveer 1 vrouw op 7, waarbij een stijgende trend wordt gezien, waardoor de verhouding vandaag waarschijnlijk 1 op 5 bedraagt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 75% uitgestelde en 25% onmiddellijke reconstructies</li> <li>• 49% reconstructies met een implantaat en 51% autologe reconstructies. Deze laatste worden als volgt onderverdeeld:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vrije flappen: 32%</li> <li>- Gesteelde flappen: 19%</li> </ul> </li> </ul>
<b>Eventueel aanvullende ingrepen (terugbetaald door RIZIV)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hermodelleren van de andere borst:</b> 39% van de reconstructies (2/5 onmiddellijk en 3/5 uitgesteld)</li> </ul>	Met een stijgende trend voor beide aanvullende ingrepen: vandaag waarschijnlijk 50%



- **Reconstructie van de tepel:** 35% van de reconstructies (1/8 onmiddellijk en 7/8 uitgesteld)

Bronnen: Nationale administratieve databanken met Anonieme Ziekenhuisverblijven (AZV) en de Minimale Klinische Gegevens (MKG) (2008-2011).

## 2.1 De reconstructies met een implantaat

**Prothesen of borstimplantaten** zijn ronde 'zakjes' gevuld met silicone of fysiologisch serum die onder de huid en/of de borstspier worden ingebracht.

**Figuur 1 – Borst reconstructie met een implantaat**

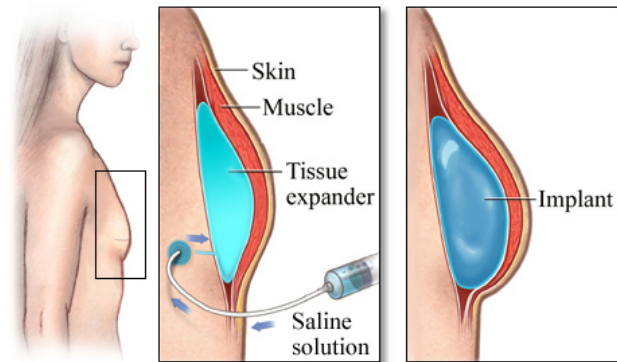


Illustration © MyHealthAlberta – Alberta Health Services

Soms moet er plaats worden gemaakt voor het implantaat door eerst een tijdelijke prothese (expansieprothese) te plaatsen die geleidelijk wordt vergroot om de huid op te rekken. Zodra de tijdelijke prothese de gewenste

omvang heeft gekregen, wordt die gewoonlijk verwijderd en vervangen door de permanente prothese.

Omdat reconstructies met implantaten 'an sich' geen onderwerp zijn van deze studie, gaan we er hier niet verder op in.

- **Honorarium<sup>c</sup> voor een borstreconstructie met een implantaat: €244,36 (2015)**

## 2.2 De autologe reconstructies

Bij autologe reconstructies wordt **het eigen weefsel van de patiënte** gebruikt om het borstvolume te reconstrueren. De 'flappen' kunnen bestaan uit huid, vetweefsel en/of spierweefsel.

Getransplanteerd weefsel kan maar overleven ('aanslaan') als het doorbloed wordt. De doorbloeding van getransplanteerd weefsel kan men op twee manieren bekomen: ofwel laat men de weefsels vastzitten aan hun oorspronkelijke bloedvaten (men spreekt dan over een **gesteelde flap**), ofwel snijdt men bij het preleveren van het weefsel de bloedvaten door en verbindt men die met de bloedvaten van de nieuwe locatie (men spreekt dan over een **vrije flap**). In dit laatste geval kan het weefsel op een afstand van de borst worden weggenomen, zoals bijvoorbeeld uit de onderbuik, de binnenkant van de dijk, de onderrug of de bil. De uiteindelijke keuze van de donorplaats hangt vooral af van de lichaamsbouw van de patiënte.

De techniek van vrije flappen is mogelijk dankzij de vooruitgang in de microchirurgie, waardoor heel fijne bloedvaatjes (en zenuwen) aan elkaar kunnen worden gehecht. Ze vereist wel een intensere postoperatieve opvolging.

Reconstructies met een flap duren langer en zijn zwaarder voor de patiënte dan reconstructies met een prothese, omdat eerst het weefsel moet worden weggenomen en vervolgens de borst moet worden gereconstrueerd.

<sup>c</sup> Onder honorarium verstaan we het bedrag zoals voorzien in de RIZIV-nomenclatuur.



**Figuur 2 – Voorbeeld van een gesteelde flap: LDF-flap**

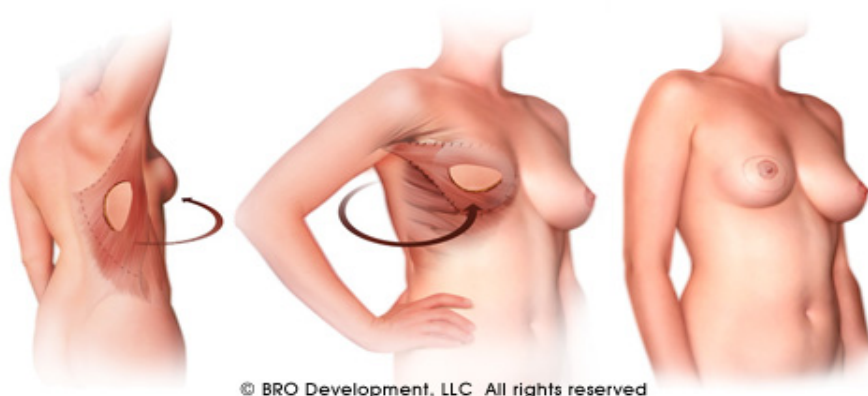


Illustration © BRO Development, LLC. All Rights Reserved.  
www.breastreconstruction.org

Bij een LDF-flap (afgeleid van *latissimus dorsi*, een brede rugspier) gebruikt men de brede, platte rugspier om het volume van de verwijderde borst te reconstrueren. De chirurg maakt de spier los van de rug **maar laat ze vastzitten aan haar bloedvaten**, en laat ze onder de huid van de oksel naar de voorzijde van de borstkas draaien. Het transplantaat kan ook nog vetweefsel bevatten en een stukje huid van de rug, dat kan worden gebruikt voor de nieuwe borst.

De flap van de brede rugspier wordt ook vaak gebruikt voor het bedekken van een prothese, zodat de borst een meer natuurlijke vorm krijgt, terwijl de prothese voor het volume zorgt.

Een ander voorbeeld van een gesteelde flap is de **TRAM** (*transverse rectus abdominus myocutaneous*) waarbij de rechte buikspier en het bijbehorende vetweefsel worden gebruikt.

- **Honorarium<sup>c</sup> voor een borstreconstructie met een gesteelde flap: €488,72 voor een LDF en €814,53 voor een TRAM (2015)**

**Figuur 3 – Voorbeeld van een vrije flap: de DIEP**

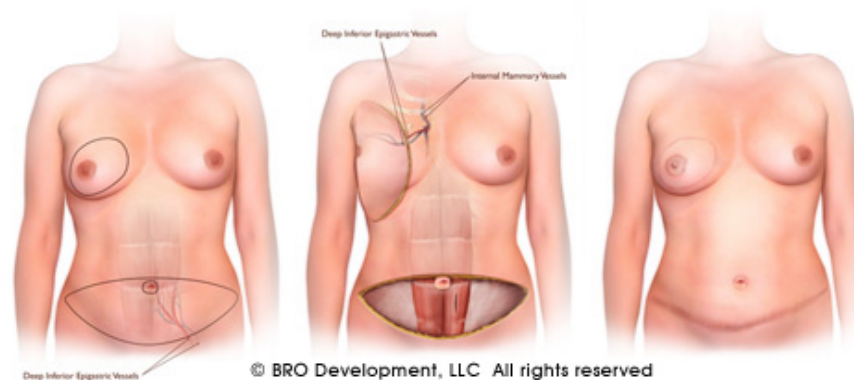


Illustration © BRO Development, LLC. All Rights Reserved.  
www.breastreconstruction.org

Bij een vrije flap worden de bloedvaten van het transplantaat zorgvuldig geselecteerd, losgemaakt van het omliggende weefsel (dissectie), **doorgesneden en vervolgens d.m.v. microchirurgie verbonden met de bloedvaten** in de buurt van de te reconstrueren borst. De vrije-flaptechniek die in België het meest wordt toegepast, is de **DIEP**. Daarbij worden huid en vetweefsel (geen spieren) weggenomen uit de onderbuik, samen met de diepe inferieure epigastrische ader en slagader (*Deep Inferior Epigastric Perforator*, vandaar de naam DIEP). Bij een variant wordt gebruik gemaakt van de oppervlakkige inferieure epigastrische slagader (*Superficial Inferior Epigastric Artery* of SIEA).



Andere types van vrije flappen zijn de verschillende vormen van de GAP-flap (*gluteal artery perforator flap*) die uit de bil wordt genomen, de TUG (*Transverse upper gracilis flap*) vanuit de binnenkant van de dij, de PAP (*Profunda artery perforator flap*) vanuit de achterkant van de dij, en de LAP (*Lumbar Artery Perforator Flap*) vanuit de onderrug. Daarnaast bestaan er ook 'vrije' versies van de TRAM-flap.

- **Honorarium<sup>c</sup> voor een borstreconstructie met (eender welke) vrije flap: €1527,24 (2015)**

### 2.3 Aanvullende ingrepen

Na de borstreconstructie kunnen vorm en volume (eventueel in een tweede fase) nog worden aangepast, bijvoorbeeld door middel van 'lipofilling' (een injectie met eigen vetweefsel dat door middel van liposuctie uit andere delen van het lichaam wordt weggezogen).

Soms zijn er ook kleine ingrepen nodig, om de twee borsten symmetrisch te maken, om littekens te corrigeren of om de donorzone aan te passen. Hiervoor worden de gebruikelijke technieken van de plastische chirurgie gebruikt.

Daarnaast kan ook een **reconstructie van de tepel** worden uitgevoerd. Dit gebeurt ook in twee fasen: eerst wordt de tepel met een beetje weggenomen huid opnieuw gevormd, en vervolgens worden tepel en tepelhof getatoeëerd in dezelfde kleur als die van de andere borst. Voor de tatoeage is geen ziekenhuisopname nodig; ze is eenvoudig en duurt niet lang.

Van de aanvullende ingrepen betaalt het RIZIV momenteel enkel de reconstructie van de tepel en de tatoeage terug, en het symmetrisch maken van beide borsten na een unilaterale borstresectie.

- **Honorarium<sup>c</sup> voor het remodelleren (symmetrisch maken) van de andere borst: €366,54 (2015)**
- **Honorarium<sup>c</sup> voor een reconstructie van de tepel: €146,61 (2015)**
- **Honorarium<sup>c</sup> voor de tatoeage: €48,57 (2015)**

## 3 DOELTREFFENDHEID EN VEILIGHEID VAN AUTOLOGE RECONSTRUCTIES

Voor ons onderzoek naar de **veiligheid** en **doeltreffendheid** (gemeten aan de hand van de **tevredenheid** van de patiënten) van autologe borstreconstructie-technieken bestudeerden we de internationale wetenschappelijke literatuur. We formuleerden de volgende onderzoeksvragen:

- Hoe **tevreden** zijn vrouwen na een autologe reconstructie, in vergelijking met vrouwen die *geen* reconstructie kregen en in vergelijking met vrouwen met een borstimplantaat?
- Wat zijn de **mogelijke complicaties** van een autologe reconstructie?
- Wat is de impact van **radiotherapie** op een autologe reconstructie?

De methodologische details (o.a. de beperking tot systematische literatuuroverzichten), de resultaten en de bespreking van dit literatuuronderzoek staan uitvoerig beschreven in deel 2 van het [wetenschappelijk rapport](#)

### 3.1 Zijn de vrouwen tevreden?

Op basis van de gevonden literatuur is het moeilijk om betrouwbare conclusies te trekken, omdat de studies methodologisch niet sterk zijn. Vaak gaat het over een klein aantal vrouwen en de gehanteerde criteria (o.a. wat is "tevredenheid") zijn niet altijd duidelijk. Zo is het momenteel ook niet duidelijk op welk moment je het best patiëntentevredenheid kan meten na een borstreconstructie en hoe dit evolueert in de tijd. Het is verder ook best mogelijk dat vrouwen die voor een borstreconstructie kiezen al vóór hun ziekte verschilden qua visie op lichaamsbeeld of seksualiteit met vrouwen die geen reconstructie laten uitvoeren; beide groepen nadien vergelijken zal dus een vertekend beeld geven.

Het staat dus wetenschappelijk niet vast of vrouwen na een autologe reconstructie meer of minder tevreden zijn dan vrouwen zonder borstreconstructie, of vrouwen met een borstimplantaat.



### 3.2 Wat zijn de mogelijke bijwerkingen?

De volgende complicaties van autologe reconstructies worden vermeld in de internationale literatuur: volledig of gedeeltelijk afsterven van de flap, infecties, het wegwijnen van vetweefsel ("fat necrosis", wat zowel klinisch als radiografisch sterk kan lijken op herval van de borstkanker en dus tot angst en onzekerheid kan leiden), bloedingen, het opengaan van de wonde en vasculaire complicaties (zoals bijvoorbeeld longembolen). Hoe vaak deze complicaties voorkomen varieert nogal sterk van studie tot studie.

Bovendien moeten we opnieuw heel voorzichtig zijn met de interpretatie van de gegevens uit de geraadpleegde literatuur omwille van de methodologische beperkingen (zie deel 2 van het [wetenschappelijk rapport](#) voor meer details). Zo houden de studies zelden rekening met de ervaring van het chirurgisch team en is de opvolging van de meeste patiëntengroepen wellicht veel te kort om betrouwbare uitspraken te formuleren.

Door het feit dat er geen gerandomiseerde studies beschikbaar zijn, is "selection bias" ook niet uit te sluiten.

Schattingen over de complicaties in België op basis van administratieve gegevens, zijn terug te vinden in deel 3.3.2 van het [wetenschappelijk rapport](#).

### 3.3 Heeft radiotherapie een invloed op de resultaten?

Op basis van de gevonden literatuur is het moeilijk te achterhalen of er meer complicaties zijn bij vrouwen die na de autologe reconstructie ook nog radiotherapie gekregen hebben. Wel zijn er aanwijzingen dat er meer kans is op fibrose wanneer radiotherapie gegeven wordt na een autologe borstreconstructie. De impact van radiotherapie vóór de autologe reconstructie op het resultaat van die reconstructie, is onduidelijk.

## 4 DUUR EN KOSTPRIJSBEPALING VAN DE CHIRURGISCHE ACTEN

Dit hoofdstuk legt uit hoe wij de kostprijs van de chirurgische acten voor een volledige autologe borstreconstructie berekenden. Alle details van deze analyse staan in hoofdstuk 4 van het [wetenschappelijk rapport](#).

Onze berekeningen werden uitgevoerd op basis van de methode voor *activity based costing*, en op basis van een methodologisch rapport dat het KCE in 2012 publiceerde (Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies, [KCE Report 178](#)), hierna 'de KCE-handleiding' genoemd. Onze berekening bestond uit de volgende stappen:

1. Opstellen van een lijst met de verschillende **handelingen** die deel uitmaken van de chirurgische ingreep;
2. Het bepalen van de **kostencomponenten** (inputs) gebruikt voor deze handelingen en hun **eenheidskost**. Wat betreft de kostencomponenten ligt de nadruk op personeel (tijdsinvestering van de plastisch chirurg, de chirurg in opleiding en de 'tattoo nurse'). Andere kostencomponenten zijn opgenomen voor zover ze moeten worden gedekt door het ereloon van de chirurg.
3. **De toewijzing van een kost aan elke handeling**, op basis van de **duur van de handeling**



### Kernbegrippen van dit hoofdstuk

- Honoraria / erelonen = de reglementaire bedragen/tarieven “die zorgverleners (artsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, enz.) of de verzorgingsinstellingen (ziekenhuizen, laboratoria, enz.) mogen aanrekenen voor de verstrekkingen of de gezondheidsdiensten waarvoor de ziekteverzekering (verzekering voor geneeskundige verzorging) een tegemoetkoming betaalt”.
- Kostprijs van een ingreep = som van alle inputs die nodig zijn voor de ingreep (volume) vermenigvuldigd met hun monetaire waarde per eenheid (marktprijs).
- Kostprijs van een act van een arts = opportuniteitskost van de tijdsinvestering door een arts voor een bepaalde act. Volgens de KCE handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies, is de beste manier om de waarde van de tijdsinvestering voor ziekenhuisverstrekkingen door artsen te bepalen om het netto inkomen dat ze genereren te gebruiken. Hun netto inkomen werd daarom gebruikt als proxy voor de marktprijs van die input. Door het gebruik van bruto inkomen in plaats van netto inkomen, kunnen we echter de waarde van de chirurgische acten maar ook van alle andere inputs die worden bekostigd door de chirurg meenemen (wat we de “chirurgische kostprijs” hebben genoemd).

- Chirurgische kostprijs (zoals berekend in dit rapport) = kostprijs van de acten van de chirurg(en) + van alle andere inputs die worden bekostigd door de chirurg(en).
- Bruto inkomen = som van de erelonen en andere RIZIV vergoedingen voor aftrek van de afhoudingen en de kosten gedekt door de artsen zelf.
- Netto inkomen = som van de erelonen en andere RIZIV vergoedingen minus de afhoudingen en de kosten gedekt door de artsen zelf.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de termen "handeling", "act" en "ingreep":

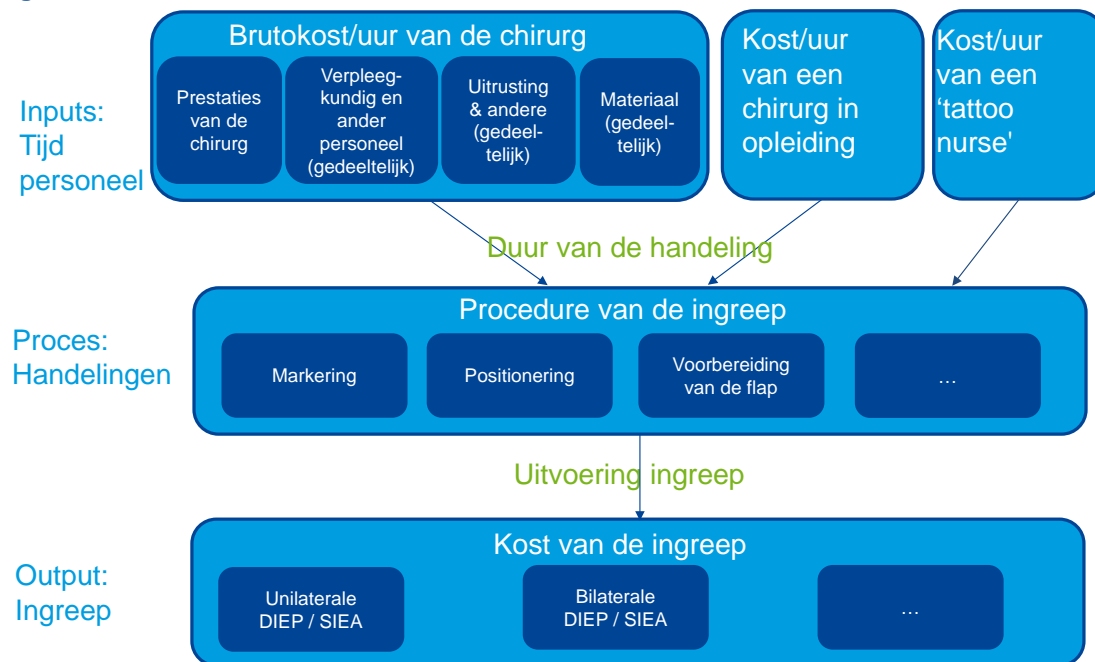
- De term "handeling" verwijst naar de concrete handelingen die worden uitgevoerd in het kader van een medische ingreep. Een lijst van handelingen wordt opgesteld om de kostprijs van een ingreep door de 'activity based costing' methode te schatten."
- De term "act van de chirurg" verwijst naar de "chirurgische handeling" uitgevoerd door de arts tijdens de ingreep.
- De term "ingreep" verwijst naar de gehele procedure, met inbegrip van andere inputs naast die van de chirurg.

De verschillende stappen worden hierna verder uitgelegd.





Figuur 4 – Overzicht van de methode



#### 4.1 Bepaling van de verschillende chirurgische handelingen die deel uitmaken van een autologe borstreconstructie

Aangezien deze studie gaat over de kostprijs van autologe borstreconstructies, **wordt enkel rekening gehouden met de chirurgische handelingen die er rechtstreeks verband mee houden.** De chirurgische handelingen die worden uitgevoerd voor de behandeling van de kanker (mastectomie, klieruitruiming enz.), en die door de ziekteverzekering afzonderlijk worden terugbetaald, maken geen deel uit van onze berekeningen.

We stelden **drie kostencategorieën** vast: de kost van de flapoperatie (de eigenlijke reconstructie), de kost van de aanvullende ingrepen (zoals lipofilling enz.) en de kost van heringrepen omwille van complicaties.

##### 4.1.1 De eigenlijke reconstructie

Figuur 5 hieronder omschrijft de opeenvolgende operatieve handelingen bij een autologe borstreconstructie. De handelingen die werden opgenomen in de berekening van de kostprijs staan in het blauw.



Figuur 5 – Operatieve handelingen bij een autologe (vrije of gesteelde) borstreconstructie



Opmerkingen bij de Figuur:

- De haakjes geven aan dat de handeling niet bij alle ingrepen wordt uitgevoerd.

- De handelingen in het groen (voorbereiding van ingreep en anesthesie, einde van de ingreep) worden meestal uitgevoerd zonder chirurg. Daarom werden ze niet opgenomen in de kosten in het "basis scenario". Omdat de voorbereiding en de laatste afwerking toch soms gebeuren in aanwezigheid van een chirurg, werd de duur en kostprijs van die handelingen in een afzonderlijke scenario berekend.

- Omdat de consultaties vóór en na de ingreep afzonderlijk worden vergoed, werden ze niet in de berekening opgenomen. Uitzondering is de postoperatieve opvolging tijdens de eerste 5 dagen na de ingreep, die eigenlijk vervat zit in het honorarium van de ingreep (vandaar ook in blauw aangegeven).

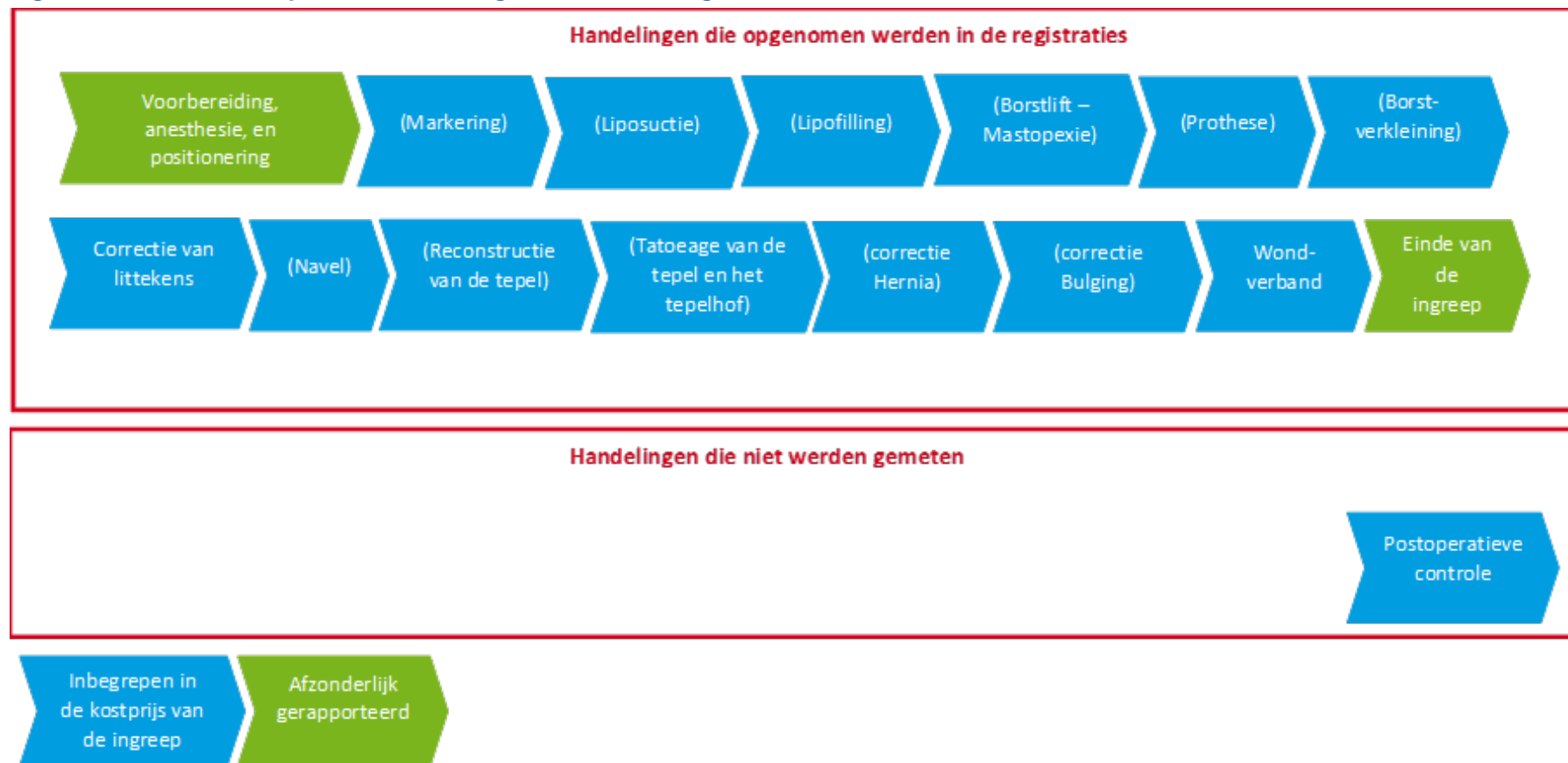




#### 4.1.2 Aanvullende operatieve handelingen

Het honorarium vastgelegd door het RIZIV is bedoeld om de volledige reconstructie te dekken, maar eigenlijk niet het “esthetisch gedeelte”. Bij borstreconstructies is de grens tussen beide echter zeer onduidelijk. Daarom worden de aanvullende operatieve handelingen afzonderlijk gerapporteerd, zodat het RIZIV de keuze heeft ze al dan niet in de kosten van de reconstructie op te nemen.

**Figuur 6 – Aanvullende operatieve handelingen die kunnen uitgevoerd worden**

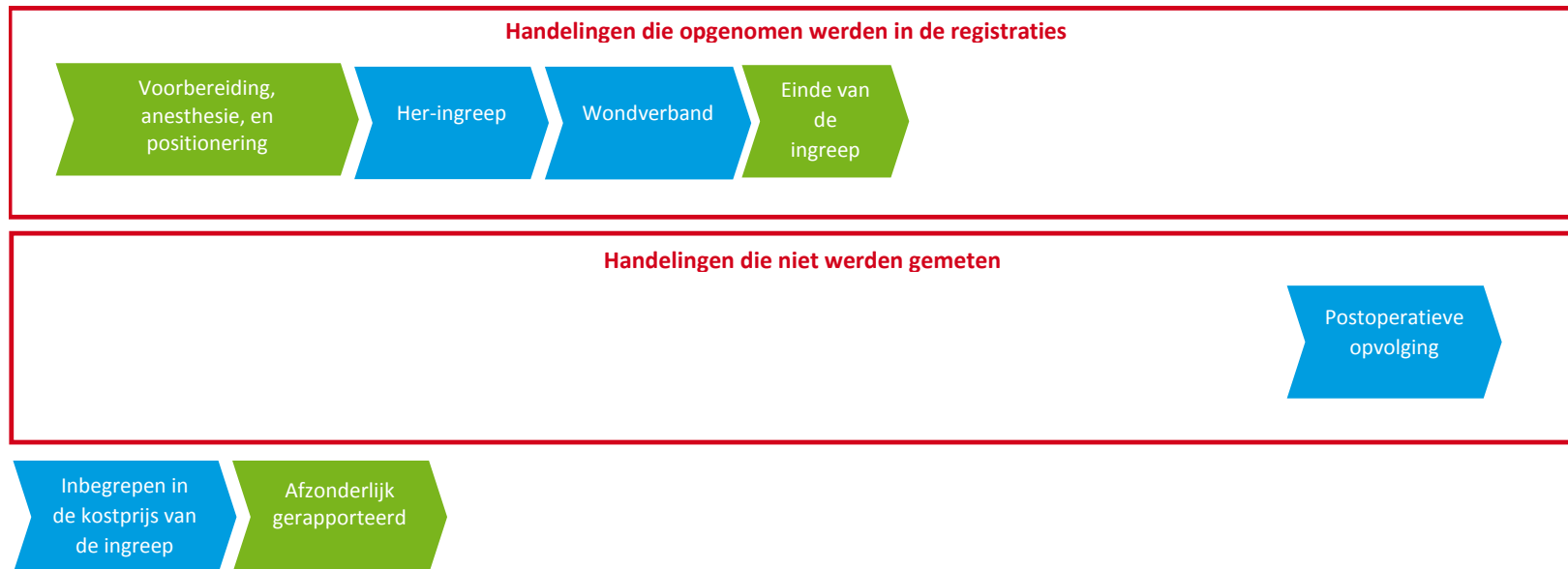




### 4.1.3 Operatieve handelingen bij her-ingrepen wegens complicaties

Omdat we in deze studie weinig her-ingrepen voor complicaties optekenden, en omdat ze zo variabel waren, werkten we hiervoor een vereenvoudigde procedure uit:

**Figuur 7 – Operatieve handelingen bij her-ingrepen wegens complicaties**



### 4.2 Berekening van de duur van elke handeling

Voor het berekenen van de duur van elke handeling vroegen we de medewerking van alle Belgische chirurgische teams die autologe borstreconstructies uitvoeren. We selecteerden tien teams, met een evenwicht tussen Franstalige en Nederlandstalige ziekenhuizen, en tussen universitaire en niet-universitaire. De details van deze selectie staan in deel 4.3.3 van het [wetenschappelijk rapport](#).

Gedurende 3 maanden registreerden de deelnemende teams systematisch **de duur van elke handeling** tijdens een autologe borstreconstructie, de aanvullende ingrepen, en de her-ingrepen wegens complicaties. In totaal werd de tijd gemeten van:

- **174 autologe borstreconstructies**
- **156 aanvullende ingrepen**
- **14 her-ingrepen wegens complicaties**



De **vrije flap van het type DIEP/SIEA** werd het meest door de deelnemende teams uitgevoerd (103 unilaterale en 44 bilaterale ingrepen). De andere, meer zeldzame technieken met een vrije flap (in totaal 12 ingrepen) brachten we in één rubriek samen, om ook tot een voldoende groot aantal te komen. De technieken met een gesteelde flap (alle van het type LDF) werden in onze steekproef minder vaak uitgevoerd (9 ingrepen). Vooral door het gebruik van microchirurgie duurden de technieken met vrije flap langer en vereisten ze meer personeel dan de reconstructies met een gesteelde flap.

De duur van elke handeling wordt uitgedrukt in “cumulatieve werktijd” (*‘man hours’*) en niet in bezettingstijd van de operatiezaal. Voor bepaalde fasen van de ingrepen zijn immers twee chirurgen (of de assistentie van een chirurg in opleiding) nodig en er zijn ook handelingen die gelijktijdig kunnen worden uitgevoerd, zoals het vrijprepareren en wegnemen van het transplantaat en de voorbereiding van het receptorbed. De werktijd van de verschillende chirurgen werd opgeteld tot een “cumulatieve werktijd”.

In tabel 1 wordt de gemiddelde cumulatieve duur van de verschillende types autologe borstreconstructies weergegeven.

Bij een bilaterale reconstructie vraagt een ingreep met een vrije flap ongeveer 50% meer werk dan een unilaterale ingreep.

**Tabel 1 – Aantal geregistreerde ingrepen en gemiddelde cumulatieve werktijd (in ‘man hours’) per reconstructietype**

	DIEP / SIEA		Andere vrije flappen	LDF
	Unilateraal	Bilateraal	Unilateraal	Unilateraal
<b>Aantal ingrepen</b>	103	44	12	9
<b>Gemiddelde cumulatieve werktijd van plastisch chirurgen</b>	7:18	10:10	7:54	4:03
<b>Gemiddelde cumulatieve werktijd van chirurgen in opleiding</b>	4:14	6:44	8:01	3:40

*NB: Omdat deze studie slechts 9 LDF-reconstructies en 12 reconstructies met ‘andere types’ van vrije flappen omvat, moeten de resultaten voor deze types voorzichtig worden geïnterpreteerd.*

Tabel 2 vermeldt het aantal en de gemiddelde cumulatieve duur van de meest uitgevoerde **aanvullende ingrepen**. Sommige van die ingrepen werden in de periode van gegevensregistratie slechts een klein aantal keren uitgevoerd. Daardoor is de betrouwbaarheid van die gegevens spijtig genoeg beperkt.



Tabel 2 – Aantal geregistreerde ingrepen en gemiddelde cumulatieve werktijd (in uren, ‘man hours’) voor de meest uitgevoerde aanvullende handelingen

	Lipofilling		Lipo-suctie	Reconstructie van de tepel		Prothese		Verkleining van de contralaterale borst	Tatoeage van tepel en tepelhof	Litteken-correctie
	Uni-lateraal	Bilateraal		Unilateraal	Bilateraal	Unilateraal	Bilateraal			
<b>Aantal ingrepen</b>	52	17	37	36	18	7	2	15	5	26
<b>Gemiddelde cumulatieve werktijd van plastisch chirurgen</b>	0:45	0:35	0:28	0:27	0:42	0:34	1:57	0:58	0:07	0:18
<b>Gemiddelde cumulatieve werktijd van chirurgen in opleiding</b>	0:30	0:47	0:25	0:17	0:50	0:13	3:06	0:45	0:00	0:22

Alle details van de ingezamelde gegevens en de berekeningen van de gemiddelden staan in hoofdstuk 4 van het [wetenschappelijk rapport](#).

### 4.3 Bepaling van de gebruikte inputs (personeel) en hun eenheidskost (uurkost)

Voor elke hierboven vermelde handeling zijn menselijke (artsen, verplegend personeel enz.), materiële (de uitrusting van de operatiezaal, chirurgisch materiaal enz.) en andere inputs (algemene kosten enz.) nodig. Omdat deze studie gaat over de erelonen van de chirurgen hebben we enkel rekening gehouden met de **kostencomponenten (inputs) die door de erelonen moeten worden gedekt**. De uitrusting van het operatiekwartier, de onderhouds- en schoonmaakkosten enz. komen niet in aanmerking omdat ze op een andere manier worden gefinancierd (door o.a. het BFM – zie kader).

Evenwel, in het Belgische systeem, moeten de erelonen van de artsen alle kosten dekken van medische prestaties die niet (voldoende) worden gefinancierd door het BFM. Een deel van wat normaal zou moeten worden gedekt door het BFM wordt dus in werkelijkheid gefinancierd door **afhoudingen** op de erelonen van de artsen. Die afhoudingen verschillen enorm tussen ziekenhuizen, en ook tussen de verschillende specialismen binnen eenzelfde ziekenhuis. Voor een plastisch chirurg bedragen ze momenteel gemiddeld 22% van het bruto-ereloon (volgens de KCE-handleiding). Sommige chirurgen betalen bepaalde inputs ook volledig zelf (bijv. een verpleegkundig instrumentist). Door de waarde van het werk van de chirurgen te berekenen op basis van hun bruto-inkomen<sup>d</sup> (= vóór aftrek van de afhoudingen en de kosten gedekt door de artsen zelf) zit in onze berekening indirect ook een deel van de kosten van andere inputs vervat (zie het [wetenschappelijk rapport](#), hoofdstuk 4, voor meer details).

<sup>d</sup> “Bruto inkomen”: som van de erelonen en andere RIZIV vergoedingen vóór aftrek van de afhoudingen en de kosten gedekt door de artsen zelf; “netto

inkomen”: na aftrek van de afhoudingen en de kosten gedekt door de artsen zelf.



Zoals reeds vermeld, wordt met het verplegend personeel dat betrokken is bij een borstreconstructie in onze berekening van de kosten geen rekening gehouden omdat zij betaald worden dmv het BFM. De '*tattoo nurse*' is hierop een uitzondering, omdat in een ziekenhuis dat over zo'n verpleegkundige beschikt de tatoeages volledig door hem/haar worden aangebracht tijdens een ambulante sessie. Hun prestaties worden niet gedekt door het BFM, en worden daarom ook opgenomen in onze raming van de kostprijs van een tatoeage.

#### Het systeem voor de financiering van de ziekenhuizen in België heel kort samengevat:

Elke ingreep die in een Belgisch ziekenhuis wordt uitgevoerd, wordt in **hoofdzaak** door twee bronnen gefinancierd:

- **het Budget van Financiële Middelen (BFM)** voor alle infrastructuurinvesteringen (onderdeel A1), de administratieve kosten, het onderhoud en de schoonmaak (onderdeel B1), de kosten van het verpleegkundig personeel en medisch materiaal (onderdeel B2);
- **de erelonen betaald door het RIZIV** voor de verstrekkingen van de artsen, volgens het principe van betaling per prestatie.

#### 4.3.1 Uurkost van de plastisch chirurgen

Om de uurkost van de plastisch chirurgen te bepalen, ontwikkelden wij drie scenario's:

- **Scenario A:** op basis van het **gemiddelde bruto-inkomen van de plastisch chirurgen** (supplementen niet inbegrepen), zoals berekend in de KCE-handleiding ([KCE Report 178](#)). Dit bruto-inkomen geldt voor alle activiteiten in het ziekenhuis (dus niet voor de activiteiten in een privépraktijk buiten het ziekenhuis) die worden vergoed door het RIZIV (en die dus niet vallen onder de zuiver esthetische ingrepen). Op basis hiervan werd vervolgens een uurkost berekend zoals hieronder beschreven.

- **Scenario B** werd toegevoegd omdat de plastisch chirurgen hun huidig ereloon ontoereikend vinden. Het is gebaseerd op het **gewogen gemiddeld netto-inkomen van alle medisch specialisten**, waaraan het verschil tussen bruto- en netto-inkomen voor plastisch chirurgen werd toegevoegd (dit om rekening te houden met de afhoudingen en de kosten die plastisch chirurgen volledig zelf betalen). De cijfers voor scenario B komen eveneens uit de KCE-handleiding. Op basis hiervan werd vervolgens een uurkost berekend zoals hieronder beschreven.
- **Scenario C** gaat na wat het ereloon van de chirurg zou zijn als het uurtarief voor een borstreconstructie met een prothese, zou worden toegepast op een autologe borstreconstructie. Om een inschatting te kunnen maken van de uurkost van een borstreconstructie met een implantaat, werd in 3 centra de operatieduur van 14 dergelijke reconstructies afgeleid uit het OK logboek. Op basis van het RIZIV-ereloon gedeeld door de gemiddelde operatieduur, kon een uurkost van een plastisch chirurg die borstreconstructies dmv implantaten uitvoert, worden berekend. Omdat dit scenario op slechts 14 gevallen gebaseerd is, is de betrouwbaarheid van deze schatting beperkt.

#### De 'factureerbare uren' om de uurkost te berekenen

Voor scenario's A en B voorzagen we een bijkomende nuance, door toevoeging van de notie '**factureerbare uren**'. De cijfers van de KCE-handleiding zijn ingedeeld volgens medische specialiteit, op basis van het gemiddelde inkomen van de specialisten voor alle handelingen die ze aan het RIZIV kunnen factureren, vóór afhoudingen, en zonder supplementen. Zij worden berekend per halve werkdag. Om een uurkost te berekenen, moesten we dus het aantal aan het RIZIV factureerbare uren per halve dag schatten. Om dat aantal uren te bepalen, hielden we een enquête onder de plastisch chirurgen die deelnamen aan onze studie. Resultaat: een gemiddelde van 3u21 (3 uur en 21 minuten) en een factureerbaar minimum van 1u49 per halve dag.

Voor elk scenario kozen we **twee uurkostwaarden**. De eerste is gebaseerd op het factureerbaar gemiddelde van 3u21 (in de tabel aangegeven als 'gemiddelde waarde'), de tweede is gebaseerd op het factureerbaar minimum van 1u49, wat dus overeenkomt met een maximale uurkost (in de tabel aangegeven als 'maximale waarde').



In scenario A ligt het gemiddelde inkomen van de plastisch chirurgen lager dan dat van alle specialisten samen (scenario B). Dat verschil komt vooral doordat plastisch chirurgen ook esthetische ingrepen uitvoeren, die niet door het RIZIV worden vergoed. Om een correcte uurkost te berekenen, mochten we enkel rekening houden met het aantal werkuren voor verstrekkingen die door het RIZIV worden vergoed. Het aantal uren 'puur RIZIV-werk' ligt bij plastisch chirurgen lager dan bij andere specialisten.

We merken ook op dat we het gemiddelde RIZIV inkomen van alle specialisten dat we in scenario B gebruikten, niet hebben gedeeld door het gemiddelde aantal 'RIZIV-werkuren' van al deze artsen, omdat dit cijfer niet gekend is. We gebruikten daarom het aantal 'RIZIV-werkuren' van de plastisch chirurgen. Dit geeft een hogere gemiddelde uurkost dan wanneer wij objectieve gegevens hadden gehad over de gemiddelde werktijd van de verschillende artsen. Dit bedrag mag dus zeker niet worden gezien als een correcte gemiddelde uurkost. Het is slechts een fictief bedrag.

Tot slot, stippen we nog aan dat het verschil tussen scenario's A en B nog groter was geweest als de berekening van scenario B was gebeurd op basis van de gemiddelde inkomens van de specialisten die het best worden betaald. De KCE-handleiding wees reeds op de grote verschillen tussen de medische specialismen.

Onze berekeningen worden meer gedetailleerd toegelicht in hoofdstuk 4.7.1 van het wetenschappelijk rapport.

**Tabel 3 – Uurkosten voor de drie scenario's**

Scenario A		Scenario B		Scenario C
Gebaseerd op het gemiddelde bruto-inkomen van de plastisch chirurgen (supplementen niet inbegrepen)		Gebaseerd op het gemiddeld netto-inkomen van alle medische specialisten (rekening houdend met de afhoudingen van plastisch chirurgen en supplementen niet inbegrepen)		Gebaseerd op de tarieven voor een reconstructie met een prothese
Gemiddelde waarde	Maximale waarde	Gemiddelde waarde	Maximale waarde	-
€133,35	€245,71	€163,01	€300,35	€228,02

(Referentiejaar voor de kostenberekeningen: 2013)

#### 4.3.2 Uurkost van medewerkers

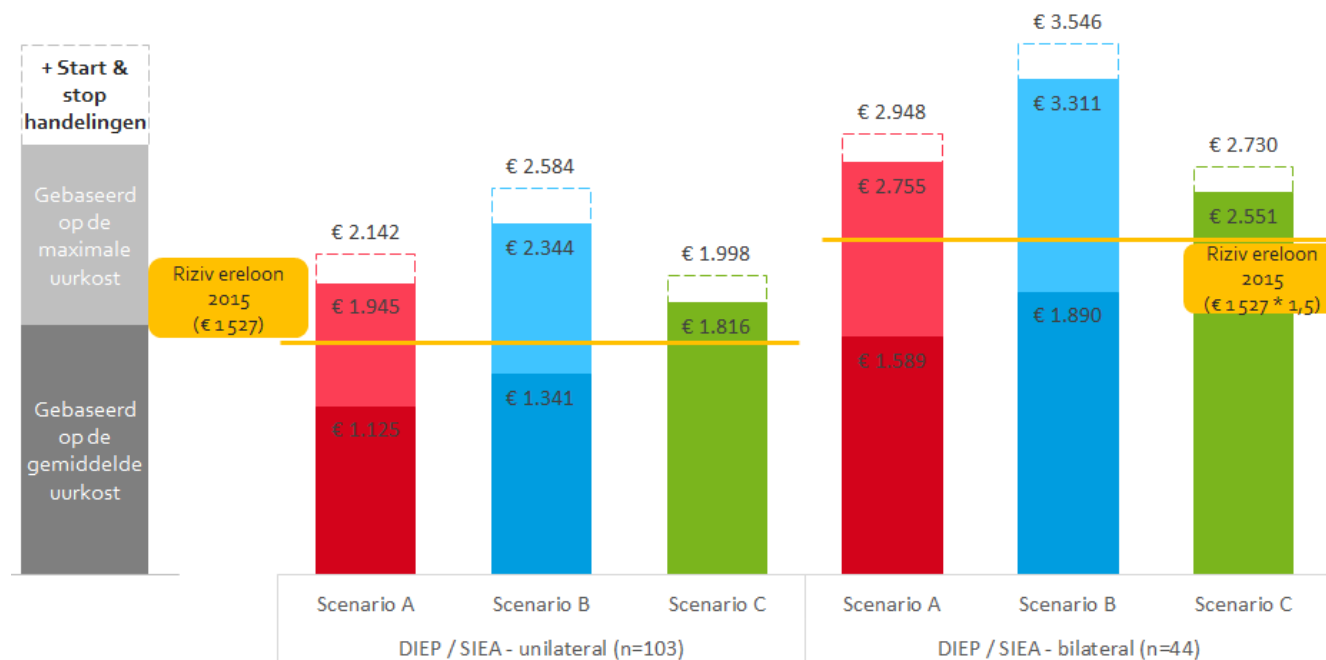
Onder de medewerkers verstaan we de chirurgen in opleiding en de *tattoo nurse*. De raming van de uurkost (met al zijn beperkingen) van deze mensen is terug te vinden in het rapport.

#### 4.4 Resultaten van de kostenstudie

Nadat voor alle handelingen, de duur (in 'man-hours') en uurkost waren bepaald, kon de kostprijs van elke handeling worden berekend (uurkost x duur van de activiteit). Voor de berekening van de chirurgische kostprijs van een ingreep telden we de kostprijs van alle handelingen samen. Vervolgens voegden we de kostprijs van de postoperatieve controle tijdens de eerste 5 dagen toe, want deze zit ook vervat in het RIZIV-ereloon voor de reconstructie. Idealiter hadden we de tijd die de eerste 5 dagen aan postoperatieve opvolging wordt besteed gemeten, maar dit was praktisch niet haalbaar. Omwille van de geringe impact van deze parameter op de totale kostprijs, baseerden we ons op het huidige RIZIV-tarief voor postoperatieve opvolging geldig in andere situaties (code 598006, tarief van € 12,16 per dag), voor een totaal bedrag van € 60,80 (12,60 x 5).



**Figuur 8 – Gemiddelde chirurgische kostprijs van een ingreep met vrije flap van het type DIEP/SIEA uni/bilateraal**



Figuur 8 toont de gemiddelde chirurgische kostprijzen van de reconstructie met een flap van het type DIEP/SIEA, unilateraal en bilateraal. Voor scenario's A en B (gebaseerd op de waarden van de KCE-handleiding) komen de onderste (donkere) delen van de staven overeen met de gemiddelde uurkost (gemiddelde waarde in tabel 3), terwijl de lichtere delen overeenkomen met de maximale uurkost (maximale waarde in tabel 3). Wanneer de kosten gebaseerd zijn op de gemiddelde waarden (donkere delen van de staven), liggen ze niet hoger dan de huidige RIZIV-tarieven voor unilaterale en bilaterale DIEP/SIEA reconstructies. Bij alle andere

scenario's, waaronder scenario C, liggen de kosten, afhankelijk van het scenario, 30 tot 70% hoger.

Scenario A, gebaseerd op de huidige officiële tarieven, leidt tot een schatting die de plastisch chirurgen te laag vinden; dit was ook de reden van deze studie. Precies om uit die vicieuze cirkel te geraken, verkenden we de twee andere scenario's.

De resultaten van de andere ingrepen worden samengevat in onderstaande tabellen. Voor de details verwijzen we naar het wetenschappelijk rapport, deel 4.


**Tabel 4 – Ingrepen met vrije flap: gemiddelde chirurgische kost van de verschillende technieken (+/- standaard deviatie ( $\sigma$ )) voor elk scenario**

	Huidig RIZIV honorarium	Scenario A				Scenario B				Scenario C	
		Gebaseerd op het gemiddelde bruto inkomen van de plastisch chirurgen (supplementen niet inbegrepen)				Gebaseerd op het gemiddeld netto inkomen van alle medische specialisten (rekening houdend met de afhoudingen van plastisch chirurgen en supplementen niet inbegrepen)				Gebaseerd op de tarieven voor een reconstructie met een prothese	
		Gemiddelde (gebaseerd op het gemiddeld aantal factureerbare uren per halve dag)		Maximale waarde (gebaseerd op het minimum aantal factureerbare uren per halve dag)		Gemiddelde (gebaseerd op het gemiddeld aantal factureerbare uren per halve dag)		Maximale waarde (gebaseerd op het minimum aantal factureerbare uren per halve dag)		-	
		Zonder begin- en eind- handelingen	Met begin- en eind- handelingen	Zonder begin- en eind- handelingen	Met begin- en eind- handelingen	Zonder begin- en eind- handelingen	Met begin- en eind- handelingen	Zonder begin- en eind- handelingen	Met begin- en eind- handelingen	Zonder begin- en eind- handelingen	Met begin- en eind- handelingen
<b>Unilaterale DIEP/SIEA (n= 103)</b>	€1527	€1125 $\sigma$ =€356	€1231 $\sigma$ =€356	€1945 $\sigma$ =€646	€2142 $\sigma$ =€646	€1341 $\sigma$ =€432	€1472 $\sigma$ =€432	€2344 $\sigma$ =€789	€2584 $\sigma$ =€789	€1816 $\sigma$ =€600	€1998 $\sigma$ =€600
<b>Bilaterale DIEP/SIEA (n= 44)</b>	€2291	€1589 $\sigma$ =€595	€1693 $\sigma$ =€595	€2755 $\sigma$ =€1100	€2948 $\sigma$ =€1100	€1890 $\sigma$ =€724	€2018 $\sigma$ =€724	€3311 $\sigma$ =€1340	€3546 $\sigma$ =€1340	€2551 $\sigma$ =€1011	€2730 $\sigma$ =€1011
<b>Unilaterale LDF (n= 9)</b>	€489	€685 $\sigma$ =€271	€801 $\sigma$ =€271	€1145 $\sigma$ =€441	€1358 $\sigma$ =€441	€806 $\sigma$ =€314	€947 $\sigma$ =€314	€1367 $\sigma$ =€521	€1628 $\sigma$ =€521	€1069 $\sigma$ =€409	€1267 $\sigma$ =€409
<b>Unilaterale S-GAP/I-GAP/PAP/ TUG/LAP (n= 12)</b>	€1527	€1286 $\sigma$ =€499	€1386 $\sigma$ =€499	€2175 $\sigma$ =€911	€2359 $\sigma$ =€911	€1521 $\sigma$ =€606	€1643 $\sigma$ =€606	€2607 $\sigma$ =€1114	€2832 $\sigma$ =€1114	€2035 $\sigma$ =€845	€2206 $\sigma$ =€845





**Tabel 5 – Aanvullende ingrepen: gemiddelde chirurgische kost van de verschillende ingrepen (+/- standaard deviatie ( $\sigma$ )) voor elk scenario (Inclusief kosten van gerelateerde activiteiten, zoals de marking)**

	Huidig RIZIV honorarium	Scenario A				Scenario B				Scenario C	
		Gebaseerd op het gemiddelde bruto- inkomen van de plastisch chirurgen (supplementen niet inbegrepen)				Gebaseerd op het gemiddeld netto inkomen van alle medische specialisten (rekening houdend met de afhoudingen van plastisch chirurgen en supplementen niet inbegrepen)				Gebaseerd op de tarieven voor een reconstructie met een prothese	
		Gemiddelde (gebaseerd op het gemiddeld aantal factureerbare uren per halve dag)		Maximale waarde (gebaseerd op het minimum aantal factureerbare uren per halve dag)		Gemiddelde (gebaseerd op het gemiddeld aantal factureerbare uren per halve dag)		Maximale waarde (gebaseerd op het minimum aantal factureerbare uren per halve dag)			
		Zonder begin- en eind-handelingen	Met begin- en eind-handelingen	Zonder begin- en eind-handelingen	Met begin- en eind-handelingen	Zonder begin- en eind-handelingen	Met begin- en eind-handelingen	Zonder begin- en eind-handelingen	Met begin- en eind-handelingen	Zonder begin- en eind-handelingen	Met begin- en eind-handelingen
Lipofilling Unilateraal (n=52)	€0	€160 $\sigma$ =€68	€189 $\sigma$ =€68	€258 $\sigma$ =€123	€311 $\sigma$ =€123	€186 $\sigma$ =€83	€222 $\sigma$ =€83	€305 $\sigma$ =€150	€371 $\sigma$ =€150	€242 $\sigma$ =€115	€292 $\sigma$ =€115
Lipofilling Bilateraal (n=17)	€0	€144 $\sigma$ =€75	€173 $\sigma$ =€75	€222 $\sigma$ =€139	€276 $\sigma$ =€139	€165 $\sigma$ =€91	€200 $\sigma$ =€91	€261 $\sigma$ =€170	€326 $\sigma$ =€170	€210 $\sigma$ =€129	€260 $\sigma$ =€129
Liposuctie (n=37)	€0	€121 $\sigma$ =€82	€150 $\sigma$ =€82	€187 $\sigma$ =€142	€241 $\sigma$ =€142	€139 $\sigma$ =€98	€174 $\sigma$ =€98	€220 $\sigma$ =€172	€285 $\sigma$ =€172	€177 $\sigma$ =€133	€227 $\sigma$ =€133
Reconstructie van de tepel- Unilateraal (n=36)	€147	€116 $\sigma$ =€43	€145 $\sigma$ =€43	€180 $\sigma$ =€77	€233 $\sigma$ =€77	€133 $\sigma$ =€52	€168 $\sigma$ =€52	€211 $\sigma$ =€94	€276 $\sigma$ =€94	€170 $\sigma$ =€72	€219 $\sigma$ =€72
Reconstructie van de tepel - Bilateraal (n=18)	€221	€161 $\sigma$ =€73	€190 $\sigma$ =€73	€254 $\sigma$ =€128	€307 $\sigma$ =€128	€186 $\sigma$ =€87	€221 $\sigma$ =€87	€298 $\sigma$ =€155	€364 $\sigma$ =€155	€239 $\sigma$ =€119	€289 $\sigma$ =€119
Prothese Unilateraal (n=7)	€0	€130 $\sigma$ =€30	€159 $\sigma$ =€30	€207 $\sigma$ =€49	€260 $\sigma$ =€49	€150 $\sigma$ =€35	€186 $\sigma$ =€35	€244 $\sigma$ =€59	€309 $\sigma$ =€59	€195 $\sigma$ =€46	€244 $\sigma$ =€46
Prothese Bilateraal (n=2)	€0	€375 $\sigma$ =€81	€404 $\sigma$ =€81	€606 $\sigma$ =€122	€660 $\sigma$ =€122	€436 $\sigma$ =€92	€471 $\sigma$ =€92	€718 $\sigma$ =€142	€784 $\sigma$ =€142	€569 $\sigma$ =€116	€619 $\sigma$ =€116
Borstverkleining Unilateraal (n=15)	€0	€195 $\sigma$ =€65	€224 $\sigma$ =€65	€318 $\sigma$ =€115	€371 $\sigma$ =€115	€228 $\sigma$ =€78	€263 $\sigma$ =€78	€377 $\sigma$ =€140	€443 $\sigma$ =€140	€298 $\sigma$ =€107	€348 $\sigma$ =€107
Tatoeage van tepel en tepelhof (n=5)	€49	€95 $\sigma$ =€31	€124 $\sigma$ =€31	€120 $\sigma$ =€56	€174 $\sigma$ =€56	€101 $\sigma$ =€37	€137 $\sigma$ =€37	€132 $\sigma$ =€68	€198 $\sigma$ =€68	€116 $\sigma$ =€52	€166 $\sigma$ =€52
Correctie van littekens (n=26)	€0	€97 $\sigma$ =€25	€126 $\sigma$ =€25	€144 $\sigma$ =€46	€197 $\sigma$ =€46	€109 $\sigma$ =€30	€145 $\sigma$ =€30	€166 $\sigma$ =€58	€232 $\sigma$ =€58	€136 $\sigma$ =€43	€186 $\sigma$ =€43



## 5 BESLUIT

Van oudsher zijn chirurgische erelonen in België gebaseerd op een ruwe schatting van de tijd en complexiteit van de uitgevoerde ingrepen, vergeleken met een aantal referentie-ingrepen. Zo diende de appendicectomie als basis voor de berekening van de erelonen van de buikchirurgie. Maar in de loop der jaren werd er door de verschillende specialismen met het RIZIV onderhandeld, waardoor er **toenemende en onverdedigbare ongelijkheden ontstonden** tussen de erelonen van de verschillende specialisten, en zelfs tussen verschillende ingrepen binnen eenzelfde specialisme.

De autologe borstreconstructies zijn hiervan een sprekend voorbeeld. De plastisch chirurgen vinden dat hun erelonen, vergeleken met deze voor andere ingrepen, te laag liggen, hoewel ze al eens werden verhoogd. Ter compensatie rekenen ze hun patiënten daarom hoge 'esthetische supplementen' aan. Met deze studie wilden we objectieve waarden aanreiken, ter ondersteuning van eventuele nieuwe onderhandelingen over deze erelonen.

**Afhankelijk van het gebruikte scenario, variëren de resultaten van deze studie. Voor unilaterale reconstructies met een vrije flap van het type DIEP (het type dat in ons land het meest wordt uitgevoerd in geval van autologe reconstructie) variëren de gemiddelde resultaten van € 1125 (wat lager is dan het huidige RIZIV-tarief van € 1527) tot € 2344, afhankelijk van het scenario. Dit bedrag stijgt wanneer de handelingen aan het begin en het eind van de ingreep worden meegerekend (tot € 2584), of als men er de aanvullende ingrepen aan toevoegt (bijvoorbeeld met € 371 extra voor een lipofilling). Deze bedragen kunnen worden gebruikt als basis voor de discussie tijdens de onderhandelingen met plastisch chirurgen.**

We merken op dat deze cijfers wel enkel als **voorlopige oplossing** kunnen worden gebruikt. Het echte antwoord hangt immers af van een **globale herziening van de medische erelonen**, zoals het KCE ook voorstelde in zijn conceptueel kader voor een hervorming van de financiering van de

ziekenhuizen ([KCE rapport nr 229](#)). Om de onevenwichten weg te werken, zal een methodiek moeten worden gebruikt die veel complexer is dan degene die wij toepasten in deze studie, wat een eenvoudige berekening was op basis van de tijd die de verschillende handelingen vereisen. Bij deze herziening moet er met nog veel andere factoren rekening worden gehouden, zoals de ervaring en expertise van de chirurg, de risico's inherent aan de ingreep (met inbegrip van de medicolegale risico's), de stress, de intellectuele en fysieke inspanning en de ongemakken van het werk.

Dergelijke oefening kan ook niet worden beperkt tot één enkele specialiteit. Ze moet aandacht schenken aan de relatieve waarde van de handelingen van alle medische disciplines. Op die manier kan de samenhang verzekerd worden en kan de globale impact op het budget worden nagegaan. Dit veronderstelt dus **een gelijktijdige oefening voor alle disciplines** en geen afzonderlijke of opeenvolgende. Zeker niet voor één enkel specialisme, en, a fortiori, nog minder voor één interventie binnen een specialisme.

In zijn conceptueel kader stelt het KCE bovendien voor om het **systeem van ereloon-afhoudingen** af te schaffen en te evolueren naar een systeem waarin de erelonen zuiver het intellectuele en fysieke werk van de arts dekken ([KCE rapport nr 229](#)). Door ons te baseren op het bruto inkomen van de chirurg blijft deze analyse daarentegen binnen de lijnen van het huidige financieringssysteem, volgens het principe dat de ontvangen erelonen ook bepaalde kosten moeten dekken die de ingreep met zich meebrengt, en die niet worden gedekt door het BFM.

Tot slot, de bedragen uit deze studie zijn gebaseerd op **hypothetische uurkosten**, omdat objectieve gegevens ontbreken. In het huidige systeem is het bijvoorbeeld onmogelijk om met zekerheid te weten hoeveel RIZIV werkuren een arts presteert. De enige objectieve gegevens die wij konden verzamelen hebben betrekking op de werktijd van de plastisch chirurgen. Ze kunnen wel verder worden gebruikt voor een toekomstige hervorming.

De grote onderliggende vraag in dit debat, waartoe dit rapport een aanzet geeft, is wat maatschappelijk gezien een billijk, eerlijk en redelijk uurloon zou zijn voor een zorgverstrekker. Het beantwoorden van deze vraag is geen sinecure.



## ■ AANBEVELINGEN<sup>e</sup>

- De resultaten uit deze studie kunnen dienen als basis voor het toekomstige overleg voorzien door het akkoord artsen-ziekenfondsen 2013-2014 over de herwaardering van de erelonen van de plastisch chirurgen. Zoals vermeld in dit akkoord, moet deze herwaardering gepaard gaan met “waarborgen over een evenredige beperking van de gehanteerde supplementen”.
- Meer ten gronde, kan een geïsoleerde herziening van een bepaald specialisme, laat staan de herziening van een geïsoleerde interventie binnen een specialisme, niet als een duurzame oplossing worden beschouwd. Een globale en transversale herziening van de erelonen tussen specialismen maar ook binnen elk specialisme, is nodig. In dit kader verwijst het KCE naar de aanbevelingen van zijn Rapport 229 - *Conceptueel kader voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering*. Daarbij zou moeten:
  - rekening worden gehouden met de duurtijd van de interventie en met andere parameters zoals het niveau van de vereiste expertise, het risico en de stress.
  - een onderscheid worden gemaakt tussen het professionele ereloon dat de werkelijke cognitieve en fysieke 'arbeid' van de arts dekt, en de overige gerelateerde kosten
  - een maatschappelijk debat op gang worden gebracht over wat een aanvaardbaar inkomen is voor specialisten die werken in een zorgsysteem dat voornamelijk wordt gefinancierd door de gemeenschap, en over welke 'tariefzekerheid' aan de sociaal verzekerden moet worden geboden.

---

<sup>e</sup> Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



## COLOFON

Titel:	Borstreconstructie na kanker: wat is een redelijk ereloon? – Synthese
Auteurs:	Sophie Gerkens (KCE), Stefaan Van De Sande (KCE), Roos Leroy (KCE), Anne-Sophie Mertens (Möbius), Jonathan Schreiber (Möbius), Dries Van Halewyck (Möbius), Jan Bellaert (Möbius), Hans Van Brabandt (KCE), Nathalie Swartenbroekx (KCE), Caroline Obyn (KCE)
Project coordinator:	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Nancy Thiry (KCE), Imgard Vinck (KCE)
Externe experts / stakeholders:	Phillip Blondeel (UZ Gent; Royal Belgian Society for Plastic Surgery), Marie-Rose Christiaens (UZ Leuven campus Gasthuisberg), Bart Cooreman (UZ Gent), Bob De Frene (AZ St-Jan Brugge-Oostende AV, Jan Yperman Ziekenhuis, AZ Sint-Augustinus Veurne), Rika Deraemaeker (UMC Sint-Pieter), Bahram Dezfoulian (CHU de Liège), Gerd Fabre (UZ Leuven campus Gasthuisberg), Olivier Ferrali (UMC Sint-Pieter), Philippe Fosseppez (Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth Namur), Frans Missotten (Royal Belgian Society for Plastic Surgery), Xavier Nelissen (CHC), Wouter Peeters (AZ Klina), Jean-Luc Nizet (CHU Liège; Royal Belgian Society for Plastic Surgery), Ward Rommel (Kom op tegen Kanker), Tom David Van Meel (AZ Klina), Marc Vandevooort (AZ Delta), Jean Van Geertruyden (Clinique Edith Cavell), Antonine Wyffels (RIZIV – INAMI)
Externe validatoren:	Stefania Tuinder (Maastricht UMC+); Magali Pirson (ULB); Siok Swan Tan (BMG – IMTA (Institute for Medical Technology Assessment))
Acknowledgements:	<p>We bedanken alle deelnemende teams van volgende ziekenhuizen: UZ Leuven, UZ Gent, CHU de Liège, CHU Saint-Pierre, AZ Delta Roeselare-Menen, CHC Liège, Clinique Edith Cavell (Chirec), AZ Klina Brasschaat, Cliniques et Maternités Saint-Elisabeth Namur, AZ St-Jan Brugge-Oostende, Jan Yperman Ziekenhuis, AZ Augustinus Veurne.</p> <p>We bedanken Carine Van de Voorde (KCE) en Koen Van den Heede (KCE) voor hun bijdrage in de discussie.</p> <p>We bedanken Stephan Devriese (KCE) voor zijn bijdrage aan de data-analyse.</p> <p>We bedanken Nicolas Fairon (KCE) voor zijn bijdrage aan het literatuuronderzoek.</p>
Andere gemelde belangen:	Volgende personen namen deel als plastisch chirurg: Phillip Blondeel (UZ Gent), Bob De Frene (AZ St-Jan Brugge-Oostende AV, Jan Yperman Ziekenhuis, AZ Sint-Augustinus Veurne), Rika Deraemaeker (UMC Sint-Pieter), Bahram Dezfoulian (CHU de Liège), Gerd Fabre (UZ Leuven campus Gasthuisberg), Philippe Fosseppez (Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth Namur), Xavier Nelissen (CHC), Jean-Luc Nizet (CHU Liège), Wouter Peeters (AZ Klina), Marc Vandevooort (AZ Delta), Jean Van Geertruyden (Clinique Edith Cavell).



Marie-Rose Christiaens (departementshoofd oncologische chirurgie en van het 'borstcentrum' van het UZ Leuven) nam deel als medisch specialist in de oncologische chirurgie.

Lidmaatschap van een belangengroep op wie de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Ward Rommel (Kom op tegen Kanker)

Deelname aan een experiment of wetenschappelijke studie in de hoedanigheid van opdrachtgever, hoofdonderzoeker ('principal investigator') of onderzoeker: Magali Pirson (PACHA studie)

Betalingen om te spreken, opleidingsvergoedingen, reisondersteuning of betaling voor deelname aan een symposium: Marc Vandevoot (gaf voordrachten voor het bedrijf 'Mentor')

Voorzitterschap of verantwoordelijke functie in een instelling, vereniging, afdeling of andere entiteit waarop de resultaten van dit rapport een impact kunnen hebben: Phillip Blondeel (voorzitter 'Beautiful After Breast Cancer'), Frans Missotten (voorzitter Belgische Vereniging voor Plastische Heelkunde RBSPS-VBS/GBS), Olivier Ferrali (leidinggevende functie in een ziekenhuisvereniging)

Layout:

Ine Verhulst

**Disclaimer:**

- **De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.**
- **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.**
- **Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).**
- **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**

Publicatiedatum:

25 september 2015

Domein:

Health Technology Assessment (HTA)

MeSH:

Costs and Cost Analysis; Hospital Costs; Operative Time; Reimbursement Mechanisms; Surgical Flaps; Mammaplasty

NLM classificatie:

W74

Taal:

Nederlands

Formaat:

Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot:

D/2015/10.273/74



Copyright:

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Gerkens S, Van De Sande S, Leroy R, Mertens A-S, Schreiber J, Van Halewyck D, Bellaert J, Van Brabandt H, Swartenbroekx N, Obyn C. Borstreconstructie na kanker: wat is een redelijk ereloon? – Synthese. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 251A. D/2015/10.273/74.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.