

Patiëntvriendelijk akkoord met esthetisch chirurgen rond tarieven voor borstreconstructies – IMA engageert zich tot monitoring 05/07/2016

Geen enkel supplement meer in een meer- of tweepersoonskamer. Plafonnering op 100 procent ereloonsupplementen in een eenpersoonskamer. Hogere erelonen vanuit de ziekteverzekering voor de plastisch chirurgen. En een betere multidisciplinaire opvolging. Dat zijn de krachtlijnen van het akkoord dat ziekenfondsen en artsen sloten over borstreconstructies om medische redenen. Daarmee komt een einde aan een jarenlange discussie waarbij patiëntes de rekening moesten betalen. Het IMA en de ziekenfondsen engageren zich ertoe de afspraken die instellingen en chirurgen zijn aangegaan op te volgen.

Hoogdringend tariefafspraken

Elk jaar ondergaan meer dan 2000 vrouwen een borstreconstructie ten gevolge van de amputatie van 1 of 2 borsten om medische redenen (kanker, genetisch risico ...). Deze ingreep wordt terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, maar al jaren is er discussie over het feit dat ook de patiëntes heel diep in eigen portemonnee moeten tasten omdat sommige artsen torenhoge supplementen aanrekenen. In het laatste akkoord artsen – ziekenfondsen is dan ook terecht opgenomen dat tariefafspraken nodig zijn.

IMA brengt kosten in kaart

Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) ging na hoeveel de patiëntes zelf moeten betalen. Het analyseerde daartoe de gegevens van alle ziekenfondsen over de afgelopen 5 jaar (2009-2013). Het betreft ereloonsupplementen en andere kosten waar de verplichte ziekteverzekering niet voor tussenkomt, de zogenaamde niet-terugbetaalbare verstrekkingen. De kostenanalyse concentreert zich op 1 specifieke ingreep van borstreconstructie, de DIEP [\[1\]](#). Bij deze ingreep gebruikt men enkel lichaamseigen weefsel. Hierbij wordt een flap bestaande uit huid en vet van de buik, tussen navel en schaambeent, naar de borstkas getransfereerd. De door het IMA bestudeerde kosten werden op de dag van de ingreep aangerekend aan de patiënte, zonder rekening te houden met andere kosten gelinkt aan het verblijf (verblijfskosten, ereloonsupplementen van andere artsen tijdens dat verblijf ...) (zie bijlage 1).

- Bij 1 op de 2 verblijven in kamers waar ereloonsupplementen wettelijk zijn toegelaten (60 % van de gevallen) worden **aanzienlijke ereloonsupplementen aan de patiëntes aangerekend, gaande van 1620 tot 7860 euro.**
- In 46 % van de gevallen (ongeacht het type kamer en de er geldende supplementenregeling) rekent men bovendien prestaties aan die niet vergoed worden door de verplichte ziekteverzekering. Afhankelijk van het type kamer en het aantal borstreconstructies, gaat het om **2000 tot 4000 euro bijkomende kosten ten laste van de patiëntes.**

Samengevat: tussen 2009 en 2013 **betaalden alle patiëntes samen méér voor borstreconstructies dan de ziekteverzekering**, met name 15 miljoen euro tegenover 11 miljoen euro.

Overleg loont

Onder impuls van de heer Jo De Cock, voorzitter van de Medicomut, werden gedurende maanden onderhandelingen gevoerd met de ziekenfondsen en artsen. Bedoeling was om enerzijds tegemoet te komen aan de vraag van de plastisch chirurgen om de erelonen van bepaalde technieken van borstreconstructie te herwaarderen (vanuit de ziekteverzekering wordt 2,4 miljoen euro vrijgemaakt voor het bekostigen van de hogere erelonen voor plastisch chirurgen) en anderzijds aan de vraag van de ziekenfondsen om de patiëntenfactuur te minderen. Dankzij zijn aanhoudende inzet en de onderhandelingsbereidheid van beide partijen is een patiëntvriendelijk akkoord tot stand gekomen, dat in de toekomst de nodige garanties voor een toegankelijke en kwalitatieve zorg inhoudt.

Patiëntvriendelijk akkoord met 6 principes

1. Voor de eigenlijke borstreconstructie wordt een overleg georganiseerd tussen de oncologen en behandelende artsen die de patiënte tijdens haar kankerbehandeling (en amputatie) opgevolgd hebben en de esthetisch chirurg. Uit IMA-data is immers gebleken dat bij 10 % van de patiëntes met borstreconstructies geen kankerverleden teruggevonden werd.
2. Het onderhandeld honorarium is een 'all-in' tarief en omvat zowel reconstructie, hermodellering als tepelreconstructie en tatoeage. Het bedraagt 3722,4 euro voor een unilaterale en 5438,6 euro voor een bilaterale borstreconstructie.
3. In meerpersoonkamers kunnen noch supplementen, noch niet-terugbetaalbare verstrekkingen aangerekend worden.
4. De ereloonsupplementen in eenpersoonkamers worden geplafonneerd op 100 procent. Concreet mogende esthetisch chirurgen een maximaal ereloonsupplement van 2940,44 euro voor een unilaterale ingreep en van 4545,06 euro voor een bilaterale ingreep aanrekenen.
5. De plastisch chirurgen engageren zich om de keuzevrijheid voor het kamertype te respecteren, zoals ook vermeld in de deontologische code. Met andere woorden: ze mogen vrouwen niet richting een verblijf in een eenpersoonkamer duwen, maar moeten de ingreep ook in een twee- of meerpersoonkamer verrichten.
6. Deze engagementen dienen tot slot formeel onderschreven te worden door de instellingen waar de ingrepen plaatsvinden.

Ziekenfondsen voorstander nieuwe aanpak bij borstreconstructie

Daarnaast zijn de ziekenfondsen ook vragende partij om de aanpak en begeleiding van de vrouwen die kandidaat zijn voor een borstreconstructie te herzien:

- De ziekenfondsen stellen immers vast dat dit type ingreep (DIEP) in België bij 40 % van de vrouwen die in 2013 een borstreconstructie lieten uitvoeren, toegepast wordt. Dit hoge aandeel staat in schril contrast met dat van de buurlanden, waar deze techniek slechts 7 % à 15 % van de ingrepen vertegenwoordigt. De ziekenfondsen willen dat de effectieve keuzevrijheid van de patiënte voor het type aan te wenden techniek gevrijwaard blijft en dus reëel is.
- De ziekenfondsen wensen eveneens dat elke patiënte kan kiezen voor welk kamertype zij opteert. We merken op dat voor DIEP-ingrepen de patiëntes in 60 % van de gevallen voor een eenpersoonkamer – met mogelijkheid tot aanrekenen van ereloonsupplementen – 'kiezen', terwijl dit voor andere ingrepen slechts 40 % is.
- Ook vanuit kwalitatief oogpunt kan gehoopt worden dat het akkoord aanleiding zal geven tot verbetering. Internationale standaarden geven aan dat een instelling minstens 30 DIEP-ingrepen per jaar dient uit te voeren om dit kwaliteitsniveau te halen. Over de periode 2009-2013 slaagden daar slechts 7 instellingen in (zie bijlage 2).

Akkoord vraagt nauwkeurige monitoring

De ziekenfondsen zullen het afgesloten akkoord grondig monitoren. Het IMA zal hiertoe nominatief de facturatiepraktijk van de ziekenhuizen opvolgen – na voorafgaandelijke feedback naar de ziekenhuizen voor validatie van de eigen cijfers.

De ziekenfondsen zullen ook duidelijk informeren over de ziekenhuizen die niet toetreden tot het akkoord. In die ziekenhuizen zal de ziekteverzekering enkel tussenkomen volgens het lagere tarief en blijft het risico dat patiëntes met hoge supplementen geconfronteerd zullen worden. De ziekenfondsen zullen deze ziekenhuizen duidelijk kenbaar maken aan patiëntes, huisartsen en specialisten.

Perscontact

Katrien De Weirdt | Woordvoerder IMA-persbericht ikv IMA-studie borstreconstructies
T 02 515 05 12 | G 0470 27 58 79 | E katrien.deweirdt@socmut.be