

# Evaluatie van de conventie borstreconstructie

Rapport van het InterMutualistisch Agentschap

Katte Ackaert — Studiedienst

## Samenvatting

Omdat de bestaande nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen geen tariefzekerheid kon bieden aan patiënten met een borstreconstructie en hen niet kon behoeden voor torenhoge ereloonsupplementen, is er in 2016 een overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van de Dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en een aantal ziekenhuizen, gesloten (RIZIV, 2023a). De studie van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) gaat na in welke mate de afspraken rond tarieven en cumulverbod van nomenclatuurnummers, die in deze conventie 'borstreconstructie' beschreven staan, nageleefd worden (Ackaert, 2023). Om dit te doen, bestudeerden we eerst het aantal patiënten dat kiest voor een borstreconstructie met eigen weefsel, zowel voor de eigenlijke reconstructie als voor het hermodelleren 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 bijzondere aandacht voor de gefactureerde honorariumsupplementen aangezien de conventie in eerste instantie een betere bescherming wil bieden aan de patiënten tegen torenhoge supplementen. Daarnaast wordt er ook onderzocht 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 afgesproken tarieven en dat het maximum toegelaten percentage patiënten dat honorariumsupplementen aangerekend krijgt, gerespecteerd wordt. Toch is het percentage patiënten bij wie honorariumsupplementen gefactureerd wordt 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 moeten worden om het gecombineerd gebruik van zowel de nomenclatuur als de conventie te vermijden.

Sleutelwoorden: Borstreconstructie, evaluatie conventie, cumulverbod nomenclatuur, honorariumsupplementen, tariefzekerheid, kwantitatieve studie, InterMutualistisch Agentschap (IMA)

## 1. Inleiding

Volgens het Kankerregister worden jaarlijks meer dan 10.000 vrouwen geconfronteerd met de diagnose van borstkanker (Kankerregister, 2023). Borstkanker is daarmee de meest voorkomende kanker bij vrouwen. Vaak is het verwijderen van de borst noodzakelijk. Naast de verwijdering van een borst omwille van borstkanker, ondergaan ook heel wat vrouwen een preventieve borstverwijdering vanwege van een sterk verhoogd risico op borstkanker.

De mogelijkheid bestaat om na een borstamputatie of mastectomie de borst te laten reconstrueren. Dit kan tijdens dezelfde operatietijd gebeuren als deze waarin de borst geamputeerd wordt of enige tijd na de borstverwijdering. Indien de borstreconstructie plaatsvindt op het moment van de mastectomie, spreekt men van een primaire reconstructie. Als er twijfel bestaat over de methode van reconstructie of over 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, spreekt men van een secundaire borstreconstructie. 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 van een reeds gereconstrueerde borst. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een nieuwe ingreep nodig is na een gefaalde (primaire of secundaire) reconstructie, of wanneer de patiënte niet (meer) tevreden is over het resultaat.

Er bestaan verschillende technieken om de borst te reconstrueren. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen chirurgie met gebruik van eigen weefsel van de vrouw of met gebruik van een prothese. Soms worden beide technieken gecombineerd. Zo kan bijvoorbeeld bij chirurgie met gebruik van eigen weefsel een nieuwe borst gemodelleerd worden vertrekkend van eigen huid, vetweefsel en de daarbij horende bloedvaten. Bij de *deep inferior epigastric artery perforator* (DIEP) flap methode wordt een nieuwe borst gemaakt met huid 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 een secundaire borstreconstructie. Ook bilaterale borstreconstructies (reconstructie

van beide borsten) 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 vergen meerdere ingrepen, gespreid in de tijd. De eerste is de eigenlijke reconstructie van de borst (fase 1). Daarna volgen ingrepen om de vorm en symmetrie met de andere borst te verbeteren (fase 2). Indien nodig zullen ook de tepel en de tepelhof gereconstrueerd worden. Dit kan betekenen dat de gereconstrueerde borst wordt aangepast (ipsilateraal) en/of dat de andere borst wordt verkleind of gelift (heterolateraal). De laatste fase (fase 3), het via tatoeage inkleuren van de tepel en de tepelhof, is cosmetisch.

Niet iedereen komt in aanmerking voor een reconstructie met lichaamseigen weefsel. Als de vrouw bijvoorbeeld niet beschikt over een voldoende onderhuidse vetlaag ter hoogte van de buik, is een borstreconstructie met DIEP niet mogelijk en is men verplicht uit te kijken naar een andere lichaamsstreek om weefsel te oogsten. Voor deze vrouwen zijn ook andere methodes mogelijk om een borst te reconstrueren. De ingrepen worden, ongeacht de methode, vergoed door de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV).

De bestaande nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen bleek echter ontoereikend om de vaak zeer complexe chirurgie te vergoeden. Patiënten liepen het risico op torenhoge ereloonsupplementen, die de hospitalisatieverzekeringen bovendien niet altijd dekten. In 2016 besloot men dit probleem van gebrek aan tariefzekerheid voor de patiënt aan te pakken. Sinds oktober 2016 bestaat er een 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. De conventie biedt, zoals tevens voorzien in de nomenclatuur, tussenkomst bij reconstructie met gebruik van een microchirurgische vrije perforatorflap. Hierbij zijn de vergoedingen voor de artsen substantieel hoger dan in de nomenclatuur. In veel gevallen betreft het de DIEP maar afhankelijk van de plaats van weefselafname, zijn ook andere ingrepen mogelijk zoals bijvoorbeeld *superior gluteal artery perforator* (SGAP), *inferior gluteal artery perforator* (IGAP) of *lateral intercostal artery perforator* (LCFAP).

De conventie voorziet tussenkomst voor borstreconstructie 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: 1) de microchirurgische transplantatie van weefsel, 2) het remodeleren van de borst(en) met inbegrip van een eventuele tepelreconstructie en 3) de tatoeage van de tepel en de tepelhof. Met de overeenkomst 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 kost ten laste van de patiënt tot een redelijk bedrag. Wat dat redelijk bedrag inhoudt, staat niet gespecificeerd in de overeenkomst. Indien een ziekenhuis de conventie ondertekent, dienen alle artsen in dat ziekenhuis zich te houden aan de conventie. Voor en binnen iedere fase zijn honoraria voorzien. Ze zijn aangepast aan de duurtijd en de complexiteit van de operatie en de opvolging. Er gelden modaliteiten voor de aanrekening van eventuele supplementen. De aanrekening van esthetische supplementen is verboden, onafhankelijk van de kamerkeuze van de patiënt. Honorariumsupplementen daarentegen kunnen – net als kamer-supplementen – enkel worden aangerekend wanneer de patiënt bij ziekenhuisopname kiest voor een eenpersoonskamer en er ook effectief verblijft. Binnen de conventie zijn de honorariumsupplementen geplafonneerd: per fase is een maximum vastgelegd voor de honorariumsupplementen in een eenpersoonskamer. Bovendien mag een patiënt niet onder druk gezet worden om te kiezen voor een eenpersoonskamer. Bij tenminste gemiddeld 40% van de ingrepen mogen geen ereloon-supplementen aangerekend worden. Ook krijgt de patiënt ten minste zeven dagen voorafgaand aan de ingreep een bestek en een ontwerp van opnameverklaring. Het bestek bevat alle nuttige medische informatie alsook financiële informatie zodat de gevolgen van de kamerkeuze op voorhand gekend 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 en meer voorspelbaar te maken.

Het rapport van het InterMutualistisch Agentschap (IMA), dat samengevat wordt in dit artikel, beschrijft in welke

mate de conventie haar voornaamste doelen bereikt, namelijk:

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

## 2. Methodologie

De databank van het 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 deze databank. Naast het vergoedbare gedeelte zijn ook de eigen bijdragen van patiënten voor vergoedbare prestaties (i.e. remgelden) en de eventuele gefactureerde supplementen opgenomen. Het is van deze databank Gezondheidszorgen dat de studie van het IMA gebruik maakt.

Voor deze studie werden de facturatiegegevens van het jaar 2020 geselecteerd (opnamedatum 2020, ontslagdatum kan 2021 zijn bij klassieke opname). 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.

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 in dit artikel niet besproken. Verstrekkingen van fase 2 en 3 die plaatsvinden in 2020 voor een borstreconstructie uit 2019 (fase 1) zijn wel meegenomen in de huidige analyse. Indien er gefactureerd is via de conventie, dan volgen deze fase 2 en fase 3 op interventies uit 2019 of 2020 aangezien de 3 fasen binnen een tijdsspanne van één jaar afgerond moeten zijn om aan de terugbetalingsvoorwaarden te voldoen (anderhalf jaar omwille van COVID-19) (RIZIV, 2023b). Indien er gefactureerd werd via de nomenclatuur, is er geen tijdslijm en kan fase 1 ook vóór 2019 plaatsvinden.

Anderzijds hebben enkele analyses ook betrekking op de eerste helft van 2021 in combinatie met gegevens van 2020. Waar mogelijk, worden de resultaten van volledige

trajecten - dus van de drie fasen van een borstreconstructie - beschreven. Vereiste is wel dat de start van de reconstructie (fase 1) in het jaar 2020 plaatsvond. Aangezien het IMA op het moment van de dataselectie beschikt over de facturatiegegevens tot en met 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 plaatsvond.

Bij de extractie uit de databank werden alle vrouwen geïnccludeerd met minimum één verstrekking, in 2020, voor een borstreconstructie. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen verstrekkingen geattesteerd via de nomenclatuur en verstrekkingen geattesteerd via de conventie. De elf mannen met één of meerdere fasen van een borstreconstructie in 2020, werden niet meegenomen in de analyses.

Voor het berekenen van de kosten werden alle kosten per patiënt meegenomen. Dit wil zeggen dat niet enkel verstrekkingen voor gezondheidszorgen geïnccludeerd werden, maar bijvoorbeeld ook farmaceutische verstrekkingen. Bij een klassieke hospitalisatie (= minstens 1 overnachting) werden alle kosten meegenomen vanaf het moment van opname tot ontslag. Bij daghospitalisatie of ambulante zorgen werden enkel de kosten van die dag meegenomen.

## 3. Resultaten

Aangezien een borstreconstructie zowel gefactureerd kan worden via de nomenclatuur als via de conventie, vergelijkt het IMA beide manieren van facturatie met elkaar, voor verschillende onderdelen. Op die manier kan men beter evalueren of de doelstellingen van de conventie gehaald worden.

### 3.1. Aantal ingrepen/vrouwen

#### 3.1.1. Algemeen

Omwille van uitstel van niet-dringende zorg door de COVID-19-pandemie, is het aantal ingrepen in 2020 lager dan in 2019. Bij 3.623 personen is er in 2020 een verstrekking gefactureerd die verband houdt met een borstrecon-

structie. Dit is 17% lager in vergelijking met 2019. Deze personen hebben een verstrekking gekregen die geattesteerd is via de nomenclatuur of via de conventie; deze verstrekking kan bestaan uit een prestatie van de verschillende fasen van een borstreconstructie of een flaprevisie. Hierna geven we, per fase, de voornaamste bevindingen weer. Flaprevisie maakt geen deel uit van de verdere analyses in deze samenvatting van het IMA-rapport.

#### 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 (56%) één borst laten reconstrueren, de overige hebben een ingreep aan beide borsten ondergaan. De mogelijkheid bestaat om in eenzelfde operatietijd beide borsten te reconstrueren (2x unilateraal via de nomenclatuur of 1x bilateraal via de conventie); dit kan echter ook in verschillende operatietijden (zowel via de nomenclatuur als via de conventie).

In 2020 waren er 1.444 unilaterale ingrepen. Deze unilaterale ingrepen worden in 59% van de gevallen (853 ingrepen) gefactureerd via de nomenclatuur; 41% (591 ingrepen) wordt gefactureerd via de conventie. In 2019 waren deze percentages 70% en 30%. 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.

De 591 unilaterale reconstructies via de conventie 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 werden bij 849 vrouwen middels 853 ingrepen via de conventie. Dit is slechts 79% van het aantal ingrepen van 2019.

In 2020 zijn 43% van de operaties via de conventie (= 363 van de 853 ingrepen) primaire reconstructies. Deze 363 ingrepen vertegenwoordigen 400 mastectomieën, waarvan 11 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. Primaire reconstructies (unilateraal of bilateraal) gebeuren

in 59% van de gevallen bij vrouwen met een borstverwijdering omwille van borstkanker; de overige 41% wordt uitgevoerd bij vrouwen die preventief een mastectomie hebben ondergaan. Het merendeel (59%) van de primaire reconstructies zijn bilaterale ingrepen. Van deze primaire bilaterale reconstructies is 40% gelieerd aan borstamputatie omwille van borstkanker en 60% aan preventieve borstverwijdering. Van de primaire unilaterale reconstructies daarentegen - die 41% uitmaken van het totaal aantal primaire reconstructies - gaat 85% gepaard met een borstverwijdering omwille van borstkanker; 15% volgt op een preventieve mastectomie.

### 3.1.3. Remodellering, inclusief tepelreconstructie (fase 2)

Het remodelleren volgt op een fase 1 reconstructie. In 2020 zijn er 1.921 remodelleringen geattesteerd in België. 51% van de remodelleringen verloopt via de nomenclatuur. Van de 933 remodelleringen via de conventie zijn er 708 gewone remodelleringen en 225 aanvullende of extra remodelleringen. De 933 remodelleringen via de conventie vertegenwoordigen 850 verschillende individuen. 83 vrouwen hebben in 2020 een tweede remodellering gehad op een andere dag dan de eerste remodellering. 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 deze informatie voor meer dan de helft van de ingrepen niet beschikbaar.

### 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. Enkele mogelijke oorzaken hiervan zijn: de uitgestelde niet-dringende zorg door de coronapandemie, een niet-noodzakelijke stap in het proces van reconstructie bij sommige vrouwen en tatoeages van tepel en tepelhof buiten het ziekenhuis door private tatoeëerders.

## 3.2. Ligduur

De gemiddelde ligduur in het ziekenhuis is afhankelijk van de fase van borstreconstructie waarin de vrouw zich bevindt. Voor reconstructies via de conventie vindt het IMA volgende ligduren: fase 1, de eigenlijke borstreconstructie, heeft de langste 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 geremo-

delleerd 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, zonder ziekenhuisopname.

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

### 3.3.1. Ziekenhuizen

In 2020 zijn er 82 ziekenhuizen in België waar de eerste fase van een borstreconstructie uitgevoerd wordt. 81 van die 82 ziekenhuizen factureren via de nomenclatuur. In meer dan de helft van de ziekenhuizen wordt er zowel via de nomenclatuur als via de conventie geattesteerd. 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. Deze 7 ziekenhuizen factureren alle ingrepen via de nomenclatuur.

De range van het aantal ingrepen per ziekenhuis loopt uiteen van 1 borstreconstructie per jaar tot 236 borstreconstructies per jaar. Voor de reconstructie via de conventie is de range 1 tot 77. Van de 46 ziekenhuizen die werken via de conventie voert 30% minder dan 10 uni- of bilaterale reconstructies uit in 2020.

### 3.3.2. Artsen

In 2020 stonden 170 artsen in 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.

Het aantal ingrepen loopt sterk uiteen tussen de artsen en varieert in 2020 tussen 1 en 130. Eén arts deed meer dan 100 ingrepen in 2020 en 37 artsen voerden slechts één ingreep uit. Als er enkel gekeken wordt naar de conventie, dan is de range 1-58. 56% van de 77 artsen voerde minder dan 10 uni- of bilaterale reconstructies uit in 2020.

## 3.4. In welke mate wordt de conventie nageleefd?

Om de naleving van de conventie te beoordelen, wordt onderzocht voor welk aandeel van elke fase van reconstructie de regels correct worden toegepast. Voor de microchirurg-

gische transplantatie van eigen weefsel (fase 1), betekent dit geen cumulatie met nomenclatuurnummers van artikel 14a, 14c en 14f. Artikel 14a van de nomenclatuur omvat de algemene heekunde, 14c de plastische heekunde en 14f de bloedvatenheekunde.

Voor het hermodelleren en de eventuele tepelreconstructie (fase 2) betreft het een verbod op cumulatie met nomenclatuurnummers van het gehele artikel 14. Deze regel is dus strikter dan voor fase 1.

Bij fase 3 is er een cumulverbod met het nomenclatuurnummer voor een tatoeage van tepel en tepelhof. Dit wil zeggen dat er niet twee maal een tatoeage mag gefactureerd worden per borst, éénmaal via de conventie en éénmaal via de nomenclatuur.

In de conventie is niet bepaald gedurende welke periode het cumulverbod geldt. Door de ziekenfondsen wordt aangenomen 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 ereloonsupplementen en de eigen bijdragen voor de patiënten te beperken tot een redelijk bedrag. Door de gelimiteerde interpretatie van de conventieregels kunnen de cumuls toch worden aangerekend op andere dagen. Dit resulteert in een beduidend hogere kost voor de patiënt en de ziekteverzekering wat juist ingaat tegen het doel dat met de conventie wordt nagestreefd. Om beide van elkaar te scheiden, worden er twee analyses gemaakt: 1) geen

cumul op de dag van de ingreep en 2) geen cumul op dag 1 tot dag 30.

### 3.4.1. Naleving conventie fase 1

In 2020 vindt het IMA 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 oneigenlijk gefactureerde prestaties is het 'verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels' (220231-220242) (zie Tabel 1).

Naast cumul op dag 0, dit is de dag zelf van de ingreep, worden er ook nomenclatuurnummers aangerekend op andere dagen tijdens de hospitalisatie of na de hospitalisatie. Tussen dag 1 en dag 30 na de ingreep vindt het IMA 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, wetende dat patiënten gemiddeld 6,1 dagen in het ziekenhuis verblijven. Ook op dag zeven worden nog relatief veel prestaties gefactureerd.

Tussen dag 1 en dag 30 wordt 25 maal de prestatie 'borstreconstructie door implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander' gefactureerd. Het IMA vindt ook 22 maal 'huid- of fascio-cutane flap, hoofdbewerking' terug en 22 maal de prestatie voor het 'verwijderen van een diepliggend vreemd lichaam'.

Tabel 1: Top 10 cumul prestaties met artikel 14a, 14c of 14f tijdens fase 1 op dag 0 (Bron: IMA, 2020)

Nomenclatuur	Frequentie	Omschrijving
220231-220242	25	Verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels
252512-252523	14	Plastie van de heterolaterale borst
251591-251602	6	Eénzijdige wegneming van een borstprothese of een borstweefselexpander
236014-236025	<5	Revascularisatie van een groot intrathoracaal bloedvat door endarteriëctomie, endoaneurysmorrhafie, pontage of resectie met enten of anastomose
239330-239341	<5	Heelkundige behandeling van lymfoedeem bij middel van lymfoveneuze of lymfolymfatische anastomose
251716-251720	<5	Subcutaan plaatsen van meer dan één expansie prothese
251834-251845	<5	Voorbereiden van bloedvaten thv receptorplaats en inzetten van de flap bij middel van ingewikkelde microchirurgische vaatsutura: termino-lateraal; tweeloopsaanastomose
251930-251941	<5	Vrijmaken van samengestelde weefselflap (bv. osteo septo cutaan) en klaarmaken van de vaatsteel voor microchirurgische transfert
252453-252464	<5	Borstreconstructie door transpositie huidlap
252593-252604	<5	Borstreconstructie door implantatie van een borstimplantaat of een borstweefsel-expander

De hoogste frequenties van facturatie van nomenclatuur-nummers uit artikel 14a, 14c of 14f worden genoteerd op de dagen 1, 3, 5 en 7. Deze prestaties voldoen dan wel aan een cumulverbod op de dag van de ingreep, maar volgen niet de geest van de conventie aangezien de factuur toch aan de patiënt gepresenteerd wordt.

### 3.4.2. Naleving conventie fase 2

Op dag 0 zijn er in de databanken van het IMA 56 prestaties terug te vinden van artikel 14. Tabel 2 geeft de top 10 weer van meest gebruikte prestaties van fase 2 die oneigenlijk gefactureerd zijn via de nomenclatuur op de dag van de ingreep. Eén op de 3 oneigenlijk gefactureerde prestaties is een huid- of fascio-cutane flap of het verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels.

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 1 dag gehospitaliseerd worden. Niet alle prestaties in de eerste maand na fase 2 kunnen in verband gebracht wor-

den met een borstreconstructie. Een aanzienlijk aandeel van die 96 prestaties behoort tot de specialisatie oftalmologie.

### 3.4.3. Naleving conventie fase 3

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

## 3.5. Eenpersoonskamer

Eén van de doelstellingen van de conventie, is dat er bij tenminste gemiddeld 40% van de ingrepen geen ereloon-supplementen aangerekend worden. Ereloonsupplementen aanrekenen is slechts mogelijk in een eenpersoonskamer. Deze supplementen, die niet terugbetaalbaar zijn door de verplichte ziekteverzekering, mogen daarenboven een maximumbedrag niet overschrijden. Voor de verschillende fasen in de conventie zijn er maxima vastgelegd. Het maximumbedrag blijft hetzelfde ongeacht of de verstrekkingen in één tijd of in meerdere operatietijden worden uitgevoerd. Indien een borstreconstructie gefactureerd wordt via de nomenclatuur en niet via de conventie, is er

Tabel 2: Top 10 cumul prestaties met artikel 14 tijdens fase 2 op dag 0 (Bron: IMA, 2020)

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



geen maximumbedrag vastgelegd. Artsen kunnen zelf de hoogte van de ereloonsupplementen bepalen, binnen de grenzen van het maximumpercentage dat is opgenomen in de algemene regeling van het ziekenhuis. Bij patiënten die niet kiezen voor een eenpersoonskamer is het verboden om ereloonsupplementen aan te rekenen, zowel via de nomenclatuur als via de conventie.

Ereloonsupplementen 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. Figuur 1 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 ereloonsupplementen die voor deze fasen mogen aangerekend worden via de conventie voor een unilaterale reconstructie (714 euro voor fase 2 en 101 euro voor fase 3), zijn dan ook van een andere grootteorde dan de 3.222 euro voor fase 1.

Voor de eerste fase van de borstreconstructie is er wel een duidelijk verschil tussen het percentage vrouwen dat in een eenpersoonskamer verblijft 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.

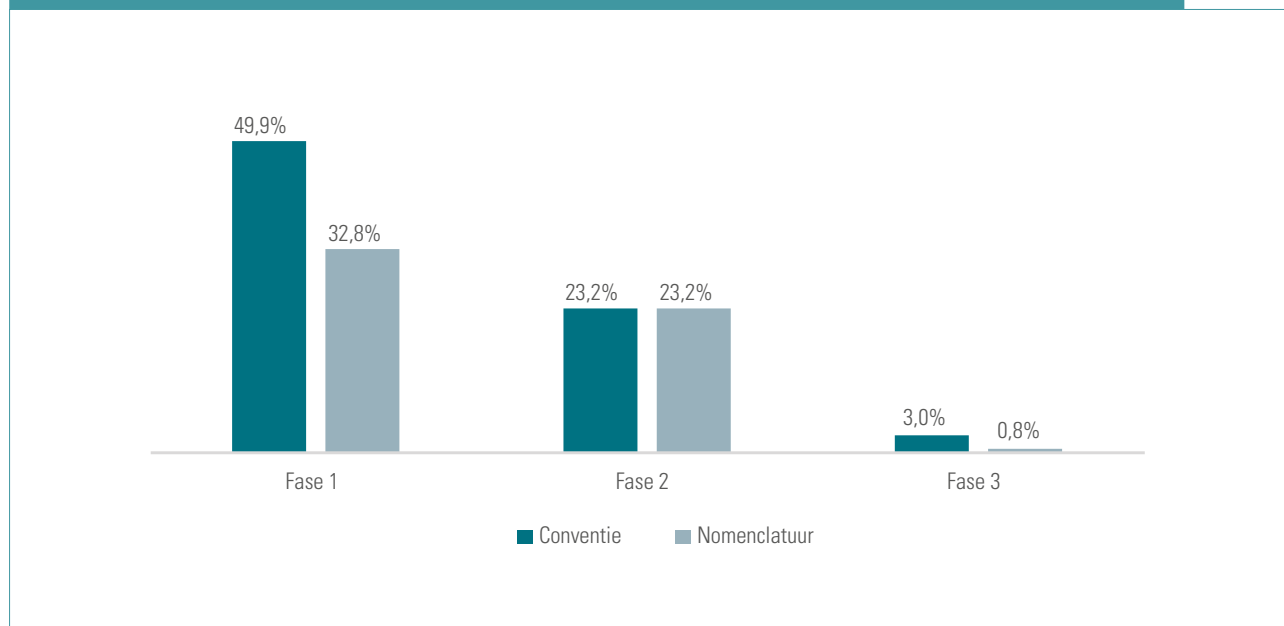
### 3.6. Kosten voor de patiënt en de ziekteverzekering

De IMA studie wil onder andere de naleving van de conventie evalueren. Ze brengt hiervoor de kosten voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de kosten ten laste van de patiënt in kaart. Met name worden de kosten die gefactureerd zijn via de conventie voor de verschillende fasen onderzocht. Borstreconstructies die via de nomenclatuur geattesteerd zijn, komen niet aan bod in de IMA-studie.

#### 3.6.1. Kosten fase 1

Het honorarium van een arts bestaat uit een bedrag dat gedekt wordt door de verplichte ziekteverzekering en een gedeelte ten laste van de patiënt (remgeld). Bij de verstrekkingen van fase 1 kan een honorariumsupplement van maximum 100% van het honorarium aangerekend worden bij een unilaterale reconstructie met verblijf op een eenpersoonskamer. Dit bovenop het honorarium van 3.222 euro. Bij een bilaterale reconstructie kan een honorariumsupplement aangerekend worden van maximum 80%. Tabel 3 geeft een overzicht van het honorarium voor fase 1 en de maximale honorariumsupplementen die eventueel mogen aangerekend worden bij verblijf op een eenpersoonskamer.

Figuur 1: Percentage patiënten op een eenpersoonskamer, per fase (Bron: IMA, 2020)



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

Bij 1% van fase 1 reconstructies wordt het maximale honorariumsupplement overschreden. Het gemiddeld bedrag dat bovenop het maximale honorariumsupplement aan de patiënten aangerekend wordt, is 3.550 euro (mediaan: 3.111 euro). Bij deze vrouwen wordt, in 2020, minimum 2.352 euro te veel gefactureerd en maximum 4.834 euro.

Naast het honorarium voor de arts zijn er ook andere kosten verbonden aan een ziekenhuisverblijf. Tabel 4 geeft een overzicht van 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.

Het bedrag ten laste van de patiënt, bestaat enerzijds uit remgeld en anderzijds uit eventuele supplementen. In het gemiddelde totale bedrag ten laste van de patiënt is het remgeld beperkt. Het zijn de supplementen die dit bedrag omhoogstuwen. Bij minstens de helft van de vrouwen is het totale bedrag ten laste van de patiënt 4.533 euro of meer.

### 3.6.2. Kosten fase 2

Artsen mogen bovenop het honorarium maximaal 95% van dit bedrag als honorariumsupplement aanrekenen voor patiënten in een eenpersoonskamer voor het remodeleren van de ipsi- en heterolaterale zijde, inclusief eventuele tepelconstructie (zie Tabel 5).

Het aandeel personen bij wie geen honorariumsupplementen in fase 2 worden gefactureerd, 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 één vrouw op 4 op een eenpersoonskamer verblijft tijdens het remodeleren.

Tabel 3: Tarieven fase 1 (Bron: RIZIV, 2020; 2023)

Fase 1	Honorarium 2020, in euro	Maximum honorarium-supplement 2020, in euro	Honorarium 2023, in euro	Maximum honorarium-supplement 2023, in euro
Unilateraal	3.222,42	3.222,42	3.547,73	3.547,73
Bilateraal	6.120,81	4.896,65	6.738,72	5.390,97

Tabel 4: Totale kost van fase 1 (Bron: IMA, 2020)

Fase 1	Aantal ingrepen	Gemiddelde kost, in euro	Mediane kost, in euro	Minimumkost, in euro	Maximumkost, in euro	Range, in euro
ZIV	795	7.053,87	6.138,84	4.425,41	14.222,24	9.796,83
Remgeld	795	65,35	58,72	1,98	781,84	779,86
Supplementen	795	3.671,22	4.480,54	27,00	15.238,39	15.211,39
Totaal ten laste van de patiënt	795	3.736,57	4.532,74	46,53	15.292,44	15.245,91

Tabel 5: Tarieven fase 2 (Bron: RIZIV, 2020; 2023)

Fase 2	Honorarium 2020, in euro	Maximum honorarium-supplement 2020, in euro	Honorarium 2023, in euro	Maximum honorarium-supplement 2023, in euro
Unilateraal	749,58	713,89	825,25	785,95
Bilateraal	872,28	830,75	960,33	914,6
Bijkomend	374,79	356,94	412,62	392,97

Bij 4% van de fase 2 reconstructies wordt het maximale honorariumsupplement overschreden. Het gemiddeld bedrag dat bovenop het maximale honorariumsupplement aangerekend wordt aan de patiënten, is 124 euro (mediaan: 36 euro). Bij deze vrouwen wordt – in 2020 - minimum 18 euro te veel gefactureerd en maximum 1.535 euro. Deze bedragen worden aangerekend door 11 verschillende ziekenhuizen, maar voornamelijk door 2 artsen.

Tabel 6 geeft de totale kost voor fase 2 weer. Deze verstrekking kan plaatsvinden zowel met als zonder overnachting in het ziekenhuis. Indien de ingreep zonder overnachting in het ziekenhuis doorgaat, worden enkel de kosten meegerekend van de dag van de ingreep. Bij een klassieke hospitalisatie worden alle kosten meegerekend, vanaf het moment van opname tot ontslag.

In het totaalbedrag ten laste van de patiënt is het remgeld, net als bij fase 1, beperkt. Het gemiddelde bedrag aan supplementen daarentegen bedraagt 522 euro (mediaan 47 euro). De totaalkost ten laste van de patiënt bedraagt bij de helft van de vrouwen 69 euro of minder.

### 3.6.3. Kosten fase 3

Het honorarium voor een unilaterale tatoeage bedraagt 101 euro (zie Tabel 7), voor een bilaterale tatoeage het dubbele. Artsen mogen maximum 100% honorariumsupplementen aanrekenen zowel bij een uni- als bilaterale tatoeage. Aangezien deze fase meestal niet gepaard gaat met een ziekenhuisopname, hangt het al dan niet kunnen aanrekenen van honorariumsupplementen niet af van de kamerkeuze van de patiënt, maar wel van de conventiestatus van de arts.

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

Het aandeel personen bij wie geen honorariumsupplementen gefactureerd worden in fase 3 is 86%. Slechts 3% van de vrouwen verblijft tijdens fase 3 in een eenpersoonskamer. Bij het merendeel worden de ereloonsupplementen dus aangerekend tijdens een ambulante verstrekking, door gedeconventioneerde artsen.

Tabel 8 geeft de totale kost voor fase 3 weer. Gemiddeld betaalt de patiënt 56 euro uit eigen zak.

Tabel 6: Totale kost van fase 2 (Bron: IMA, 2020)

Fase 2	Aantal ingrepen	Gemiddelde kost, in euro	Mediane kost, in euro	Minimumkost, in euro	Maximumkost, in euro	Range, in euro
ZIV	830	1.520,60	1.563,77	374,79	10.915,33	10.540,54
Remgeld	830	19,53	12,00	0,00	188,84	188,84
Supplementen	830	522,21	47,39	0,00	9.657,44	9.657,44
Totaal ten laste van de patiënt	830	541,74	68,85	0,00	9.773,64	9.773,64

Tabel 7: Tarieven fase 3 (Bron: RIZIV, 2020; 2023)

Fase 3	Honorarium 2020, in euro	Maximum honorarium-supplement 2020, in euro	Honorarium 2023, in euro	Maximum honorarium-supplement 2023, in euro
Unilateraal	101,35	101,35	111,58	111,58
Bilateraal	202,7	202,7	223,16	223,16

Tabel 8: Totale kost van fase 3 (Bron: IMA, 2020)

Fase 3	Aantal ingrepen	Gemiddelde kost, in euro	Mediane kost, in euro	Minimumkost, in euro	Maximumkost, in euro	Range, in euro
ZIV	302	151,27	111,21	101,35	579,07	477,72
Remgeld	302	5,19	0,00	0,00	148,65	148,65
Supplementen	302	50,49	0,00	0,00	450,00	450,00
Totaal ten laste van de patiënt	302	55,68	7,02	0,00	450,00	450,00

### 3.6.4. Kosten volledig traject

Een volledig traject omvat de 3 fasen. Indien de patiënt een terugbetaling wil vanuit de ZIV, moeten deze 3 fasen afgerond zijn binnen het jaar. Omwille van COVID-19 werd 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 startten in 2020 en kunnen voltooid zijn in 2020 of 2021.

De gemiddelde kost ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor een volledig traject bedraagt 8.876 euro, de mediaan is 8.010 euro (zie Tabel 9). Het remgeld bedraagt gemiddeld 74 euro (mediaan: 62 euro). Het zijn de supplementen die ervoor zorgen dat het bedrag ten laste van de patiënt oploopt tot gemiddeld 4.115 euro. De helft van de vrouwen betaalt 5.569 euro of meer, met uitschieters tot 9.258 euro eigen bijdrage.

Tabel 9: Totale kost volledig traject (Bron: IMA, 2020 + eventueel 2021)

Volledig traject	Aantal ingrepen	Gemiddelde kost, in euro	Mediane kost, in euro	Minimumkost, in euro	Maximumkost, in euro	Range, in euro
ZIV	46	8.875,99	8.010,44	5.884,60	12.213,87	6.329,27
Remgeld	46	73,78	62,25	24,20	186,32	162,12
Supplementen	46	4.040,77	5.486,60	117,64	9.204,23	9.086,59
Totale kost ten laste van de patiënt	46	4.114,55	5.569,18	188,07	9.258,18	9.070,11

## 4. Conclusie en aanbevelingen

Het aandeel borstreconstructie ingrepen gefactureerd via de conventie stijgt jaar na jaar. Toch wordt nog steeds 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, gaat deze studie in belangrijke mate na of de voorwaarden van de conventie correct toegepast worden. De nadruk werd gelegd op het naleven van het verbod op cumul, het niet overschrijden van de maxi-

male ereloonsupplementen en op het beperken van eigen bijdragen voor de patiënt tot een redelijk bedrag. Deze houden allemaal verband met elkaar. Indien prestaties oneigenlijk gefactureerd zijn of de maximale ereloonsupplementen overschreden worden, dan resulteert dit in een beduidend hogere kost voor de patiënt (en voor de ZIV).

Het verbod op cumulatie, voor de verschillende fasen, met verstrekkingen uit de nomenclatuur wordt grotendeels gerespecteerd. Bij slechts een kleine minderheid van de ingrepen binnen de conventie 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 cumul op de dag van de ingreep. In de resultaten zien we dat verstrekkingen onterecht 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 op dit moment de kostenbeperking voor de patiënt, overeengekomen via de conventie, omzeild.

Honorariumsupplementen mogen slechts aangerekend worden wanneer de patiënt kiest voor een opname op een eenpersoonskamer en er ook effectief verblijft. 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 ereloonsupplementen worden aangerekend. Voor de verschillende fasen van de reconstructie wordt die 40% gehaald, op nationaal niveau. Voor fase 2 en 3 is dit zelfs 72% en 86%. Bij fase 1, waarbij de maximale ereloonsupplementen kunnen oplopen tot 3.222 euro voor een unilaterale reconstructie en tot 4.897 euro voor een bilaterale reconstructie, is het percentage patiënten bij wie geen ereloonsupplementen worden gefactureerd heel wat lager. Bij slechts 50% van de patiënten worden geen honorariumsupplementen aangerekend. Dit kan verklaard worden doordat één op de twee patiënten, verzorgd 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 formuleert het IMA op basis van de vaststellingen uit deze evaluatie 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 (tijdelijk anderhalf jaar wegens COVID-19) gerespecteerd wordt.
- Verduidelijk de bestaande regels in verband met cumul 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 cumuls niet stroken met de geest van de conventie.
- De conventie wenst tariefzekerheid te bieden voor het geheel van de borstreconstructie. Is de doelstelling om bij minimum 40% van de ingrepen geen ereloonsupplementen 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?

Vanuit CM willen we daar nog enkele bedenkingen, vragen en/of aanbevelingen aan toevoegen.

- Het kan nuttig zijn voor toekomstig onderzoek om ook het standpunt van de patiënt te bevragen, om naar de behoeften van de patiënt te luisteren, om ook het oordeel van de vrouw die de ingreep ondergaat mee te nemen in verdere besluitvorming.
- In welke mate garandeert de conventie kwaliteit van de ingreep? Zijn er verschillen inzake complicaties tussen centra / chirurgen?
- Is facturatie via de conventie goedkoper voor de patiënt dan via de nomenclatuur?
- Zijn de richtlijnen van de conventie voldoende duidelijk? Wat wordt bedoeld met 'bij tenminste 40% van de ingrepen geen ereloonsupplementen'? Is dit nationaal 40%? Of is dit 40% voor het volledige korps van artsen die reconstructies doen in een ziekenhuis? Of wordt er bedoeld dat elke arts afzonderlijk bij minimum 40% van diens patiënten geen ereloonsupplementen mag aanrekenen? Dit zou dan betekenen dat er in principe artsen kunnen zijn waar bij bijvoorbeeld 70% van de ingrepen ereloonsupplementen kunnen gefactureerd worden als andere artsen minder ereloonsupplementen aanrekenen.
- Het bestaan van flaprevisies doet veronderstellen dat de techniek voor borstreconstructies niet zonder risico is. Bovendien is het inschatten van het risico op recidief contralateraal onzeker. Er is dus dringend nood aan betere richtlijnen in verband met de indicatiestelling voor preventieve borstamputatie aangezien gerichte opvolging versus preventieve borstamputatie een punt van discussie blijft.

## Bibliografie

Ackaert, K. (2023). *Borstreconstructie: Evaluatie van de conventie*. IMA.

Kankerregister. (2023). *Tabellen op jaarbasis*. Opgehaald van [https://kankerregister.org/Statistieken\\_tabellen\\_jaarbasis](https://kankerregister.org/Statistieken_tabellen_jaarbasis).

RIZIV. (2023a). *Terugbetaling van borstreconstructie met eigen weefsel*. Opgehaald van <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/borstreconstructie-eigen-weefsel-ziekenhuis-overeenkomst.aspx>.

RIZIV. (2023b). *Uitstel niet-dringende zorg: we versoepelen bepaalde overeenkomsten afgesloten met ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken*. Opgehaald van <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/Conventies-Medische-Directie-COVID-aanpassingen-20221220.pdf>.