

Vlaamse Liga tegen Kanker

De hoge kost van een borstreconstructie met eigen weefsel

Resultaten van de VLK-enquête
april 2014



Omdat niemand kanker verdient

COLOFON

Tekst: Ward Rommel (ward.rommel@tegenkanker.be)

Redactieraad: Hans Neefs en Hedwig Verhaegen

Eindredactie: Danielle Van Horenbeek

Verantwoordelijke uitgever: Marc Michils, Koningsstraat 217, 1210 Brussel

Uitgave: april 2014

Inhoud

Samenvatting	3
Inleiding.....	6
1. Hoeveel vrouwen vulden de enquête in?	6
2. Waarom ondergaan vrouwen een borstoperatie?	6
3. Welk type van borstoperatie werd uitgevoerd?	7
4. Een borstreconstructie of niet?	7
Aan één borst of aan beide borsten?.....	7
5. Redenen waarom vrouwen geen borstreconstructie ondergaan	8
6. De gebruikte technieken bij een borstreconstructie	9
6.1. Na een volledige mastectomie.....	9
6.2. Na een borstsparende operatie	10
7. Wanneer en in welk ziekenhuis vonden de ingrepen plaats?	10
8. De eigen bijdrage voor een borstreconstructie	12
8.1 Reconstructie met eigen weefsel na één of twee mastectomieën	12
8.2. Reconstructie met implantaat na één of twee volledige mastectomieën	13
8.3. Reconstructie na één of twee borstsparende operaties	13
8.4 Kosten doorheen de tijd.....	13
8.5 Kosten per ziekenhuis	13
8.6 Reacties van de vrouwen die de enquête invulden	15
9. De rol van de hospitalisatieverzekering	16
9.1. de hospitalisatieverzekering betaalt het zogenaamde esthetisch honorarium niet terug	17
9.2. De hospitalisatieverzekering betaalt het zogenaamde esthetisch honorarium wel terug	17
9.3. Er is een terugbetaling, maar onder voorwaarden	17
10. Voorschotten.....	18
11. Het kamertype	19
12. Informatie over de kosten van de reconstructie.....	20
13. Financiële problemen door de borstreconstructie	21
14. Hoe werd de borstreconstructie gefinancierd?	22
15. Tepelreconstructie en symmetrieherstel.....	22
16. De kostprijs van een borstreconstructie na een preventieve mastectomie versus een mastectomie omwille van borstkanker.....	25
Conclusie	25

Samenvatting

Na een borstoperatie is een volledige of gedeeltelijke reconstructie van één of beide borsten voor veel vrouwen een essentieel onderdeel van het herstelproces. Zo'n reconstructie kan met implantaten of met eigen weefsel. Een borstreconstructie met eigen weefsel zorgt voor een mooier resultaat, voelt natuurlijker aan en leidt tot minder laattijdige verwikkelingen. Het gaat evenwel om een complexe ingreep. Volgens plastisch chirurgen volstaat de huidige vergoeding van de openbare ziekteverzekering (RIZIV) niet. Daarom rekenen de plastisch chirurgen naast de klassieke ereloon-supplementen nog een bijkomend bedrag aan, dat soms "esthetisch honorarium" genoemd wordt. Daardoor wordt een borstreconstructie met eigen weefsel een dure aangelegenheid voor de patiënt, zo bleek uit een VLK-onderzoek in 2008. Om de actuele situatie in kaart te brengen, riep de VLK op 25 maart 2014 via verschillende mediakanalen vrouwen op om een online enquête in te vullen over de financiële impact van een borstreconstructie. Heel wat vrouwen die een borstoperatie ondergingen, vulden de enquête in (685 op 22 april 2014). De hoge respons op de enquête wijst erop dat veel vrouwen dit thema erg belangrijk vinden. Deze manier van steekproeftrekken leidt uiteraard niet tot een representatieve toevalssteekproef uit de volledige populatie van vrouwen die een borstoperatie ondergingen. De resultaten geven wel een duidelijk beeld van de kost voor de patiënt van een borstreconstructie in een grote groep van Vlaamse ziekenhuizen.

Hieronder staan de meest opmerkelijke resultaten, gebaseerd op het aantal reacties op 8 april 2014. Toen hadden 612 vrouwen de enquête geheel of gedeeltelijk ingevuld.

- Van de 608 vrouwen die antwoord gaven op de vraag of ze al dan niet een borstreconstructie ondergingen, antwoordden er 489 (80,4 %) positief en 119 (19,6 %) negatief. De reconstructie vond meestal plaats na een mastectomie, maar er waren ook enkele vrouwen die reconstructieve chirurgie lieten uitvoeren na een borstsparende ingreep. Van de vrouwen die een reconstructie ondergingen na een één- of tweezijdige mastectomie, kregen er 368 (93%) een reconstructie met eigen weefsel en 24 (6%) met een implantaat.
- Van de vrouwen die geen reconstructie lieten uitvoeren, antwoordden er 112 op de vraag waarom niet: 43 (38,4%) vrouwen vonden de ingreep te duur. Andere vaak voorkomende redenen: men wilde niet opnieuw geopereerd worden (16,1 %), men vond de risico's van een nieuwe operatie te groot (10,7%).

De volgende resultaten zijn gebaseerd op de 368 vrouwen die na een uni- of bilaterale mastectomie een reconstructie met eigen weefsel ondergingen.

- Van deze 368 vrouwen zeggen 175 dat ze een eigen bijdrage betaalden voor hun borstreconstructie, na aftrek van alle mogelijke terugbetalingen (dus de eigen bijdrage waarvoor er geen terugbetaling was van het ziekenfonds of de hospitalisatieverzekering). Slechts 29 vrouwen zeggen dat ze niets betaalden. Drie vrouwen weten het niet meer en 161 vrouwen vulden deze vraag niet in.

- Van de vrouwen die een dubbele reconstructie ondergingen, vermelden 52 hoeveel ze betaalden: gemiddeld 4057,4 euro (mediaan: 4000, minimaal: 245, maximaal: 11047) De 93 vrouwen die één borst lieten reconstrueren, betaalden gemiddeld 2619,8 euro uit eigen zak (mediaan: 2500, min: 75, max: 8533,6). 1/5 van de vrouwen zeggen dat ze door de kostprijs van de borstreconstructie financiële problemen kregen.
- Voor veel respondenten is de borstreconstructie een onmisbaar onderdeel van het herstelproces. Maar er zijn ook vrouwen voor wie het een waardevolle keuze is om hun lichaam te aanvaarden zoals het is en voor wie een reconstructie geen must is.
- Omdat de borstreconstructie voor veel vrouwen een essentieel onderdeel van het herstelproces uitmaakt, stoot de hoge eigen bijdrage op onbegrip.
- In ten minste 24 (van de 30 vermelde) ziekenhuizen worden voorschotten gevraagd voor de borstreconstructie met eigen weefsel.
- Na de borstreconstructie volgen vaak nog bijkomende ingrepen, zoals een tepelreconstructie, een tepelhofatomee en een ingreep om de symmetrie tussen de borsten te herstellen. In een aantal gevallen is de bijkomende kost van deze ingrepen inbegrepen in het zogenaamde esthetisch honorarium voor de borstreconstructie, maar soms zijn er ook bijkomende kosten. Een tepelreconstructie voor één borst bijvoorbeeld kost zo'n 300 euro.
- Sinds 2008 is er een specifieke terugbetaling voor de borstreconstructie met eigen weefsel vanuit het RIZIV, maar de prijs voor de patiënt is sindsdien niet gedaald.
- De hoge patiëntenbijdrage is een ruim verspreid fenomeen. Er zijn minstens 25 (van de 32 vermelde) ziekenhuizen waar patiënten een groot bedrag uit eigen zak moeten betalen voor de reconstructie met eigen weefsel.
- De hospitalisatieverzekering biedt geen afdoende bescherming tegen hoge kosten voor een borstreconstructie met eigen weefsel. Vrouwen met een hospitalisatieverzekering betalen voor een eenzijdige reconstructie gemiddeld 2464,7 euro en voor een dubbelzijdige reconstructie gemiddeld 3940,2 euro. Dat ook mensen met een hospitalisatieverzekering een groot bedrag uit eigen zak betalen, komt doordat de hospitalisatieverzekeringen vaak weigeren om het zogenaamde esthetisch honorarium terug te betalen.
- Meestal kunnen patiënten met beperkte financiële middelen de kosten van een ziekenhuisverblijf drukken door te kiezen voor een tweepersoonskamer of een gemeenschappelijke kamer. Maar voor de borstreconstructie met eigen weefsel is dit geen oplossing. De gemiddelde eigen bijdrage in een éénpersoons- en tweepersoonskamer ligt dicht bij elkaar. Voor een eenzijdige reconstructie bedraagt de gemiddelde kost in een tweepersoonskamer 2589,79 euro; in een eenpersoonskamer gaat het om 2697,19 euro. Het zogenaamde esthetisch honorarium wordt blijkbaar ook aangerekend aan patiënten die niet voor een eenpersoonskamer kiezen.
- De respondenten werden blijkbaar wel vrij goed geïnformeerd over de kostprijs: 75 % vindt dat ze voldoende of zeer volledig geïnformeerd waren over de kostprijs van de reconstructie. Uit informatiedocumenten die de respondenten ons stuurden, blijkt dat plastisch chirurgen

de hoge patiëntenbijdrage verklaren door erop te wijzen dat de borstreconstructie uiteenvalt in een reconstructief en esthetisch gedeelte. Volgens die informatieformulieren is er via het ziekenfonds een tussenkomst voor de borstreconstructies, maar de reconstructie zelf vereist bijkomende ingrepen om een optimaal esthetisch resultaat te bereiken (zoals het in model brengen van de borst en een liposuctie). Voor die bijkomende ingrepen is geen tussenkomst voorzien, zodat ze ten laste komen van de patiënten.

- Vrouwen die omwille van een genetisch sterk verhoogd risico op borstkanker een preventieve mastectomie ondergaan, hebben soms nog bijkomende problemen met hun hospitalisatieverzekering. In de kosten van de hospitalisatie wegens een preventieve mastectomie willen de hospitalisatieverzekeringen soms helemaal niet tussenkomen. Maar volgens de gegevens van de respondenten in onze steekproef is een reconstructie met eigen weefsel na een preventieve mastectomie niet duurder voor de vrouw dan een reconstructie na een mastectomie omwille van borstkanker.

Voor de Vlaamse Liga tegen Kanker zijn de hoge patiëntenbijdragen, een situatie die al jaren aansleept, niet aanvaardbaar. Al wie ziek wordt, heeft recht op de best mogelijke behandeling. Die behandeling moet betaalbaar zijn voor elke patiënt. Een reconstructie is een onderdeel van de kwaliteitsvolle behandeling van vrouwen met borstkanker of met een verhoogde kans op borstkanker. Het kan dan ook niet dat vrouwen zo'n hoog bedrag uit eigen zak moeten betalen of afzien van een reconstructie door de kostprijs. **De VLK roept politici op om voor een oplossing te zorgen. De reconstructie met eigen weefsel moet betaalbaar zijn voor elke patiënt. Omdat niet elke patiënt beschikt over een hospitalisatieverzekering, dringt de VLK aan op een oplossing binnen de verplichte ziekteverzekering.**

Inleiding

Vrouwen met borstkanker moeten vaak een volledige amputatie van de borst (mastectomie) of een borstsparende operatie ondergaan. Daarnaast zijn er ook vrouwen met een heel hoog erfelijk risico op borstkanker die ervoor kiezen om hun borsten preventief te laten verwijderen. Na een borstoperatie is een volledige of gedeeltelijke reconstructie van één of beide borsten voor veel vrouwen een essentieel onderdeel van het herstelproces. Zo'n reconstructie kan met implantaten of met eigen weefsel.

In België worden jaarlijks ongeveer 3000 borstreconstructies uitgevoerd, waarvan ongeveer 1000 met eigen weefsel. Er gebeuren elk jaar ongeveer 200 preventieve borstamputaties met borstreconstructie. Een borstreconstructie met eigen weefsel biedt veel voordelen: het zorgt voor een mooier resultaat, voelt natuurlijker aan en leidt tot minder laattijdige verwikkelingen. Het gaat evenwel om een complexe ingreep die meer dan zes uur in beslag neemt en wordt uitgevoerd door twee teams van plastisch chirurgen. Volgens de plastisch chirurgen volstaat de huidige, in 2008 ingevoerde, vergoeding van de openbare ziekteverzekering (RIZIV) niet. Daarom rekenen ze naast de klassieke ereloon-supplementen nog een bijkomend bedrag aan, dat soms "esthetisch honorarium" genoemd wordt (wat de foute indruk wekt dat een borstreconstructie bij borstkanker een esthetische ingreep zou zijn). Daardoor wordt een borstreconstructie met eigen weefsel een dure aangelegenheid voor de patiënt. Uit een VLK-onderzoek in 2008 bleek dat patiënten voor de ingreep tussen 800 en 3333 euro uit eigen zak betaalden¹.

De VLK wil weten hoe de situatie er momenteel uitziet. Daarom riep de VLK in maart en april 2014 via verschillende mediakanalen vrouwen op om een online enquête in te vullen over de financiële impact van een borstreconstructie. Heel wat vrouwen die een borstoperatie ondergingen, vulden de enquête in (685 op 22 april 2014). De hoge respons op de enquête wijst erop dat veel vrouwen dit thema erg belangrijk vinden. In dit rapport worden de resultaten gepresenteerd, gebaseerd op het aantal reacties op 8 april 2014. De reacties die na 8 april binnenliepen, konden wegens tijdsbepalingen niet meer opgenomen worden in de analyse.

De resultaten moeten met de nodige voorzichtigheid gelezen worden. De vrouwen die antwoordden op de enquête vormen geen representatieve steekproef uit de volledige populatie van vrouwen die een borstoperatie ondergingen. Ze geven wel een duidelijk beeld van de kost voor de patiënt van een borstreconstructie in een grote groep van Vlaamse ziekenhuizen.

1. Hoeveel vrouwen vulden de enquête in?

Het voor dit rapport gebruikte gegevensbestand bevat alle vrouwen die de enquête ingevuld hadden op 8 april 2014, om 12u18. Op dat moment hadden 612 vrouwen de enquête geheel of gedeeltelijk ingevuld. In totaal reageerden 685 vrouwen (op 22 april).

2. Waarom ondergaan vrouwen een borstoperatie?

Van de 602 vrouwen die antwoordden op de vraag "Waarom onderging u een borstoperatie?", kreeg 79,1% een operatie wegens borstkanker, 7,8 % om preventieve redenen en 13,1 % wegens preventie en borstkanker (één borst werd geopereerd voor borstkanker, en één borst om preventieve redenen).

Tabel 1. Waarom ondergaan vrouwen een borstoperatie?

	Aantal	%
Borstkanker	476	79,1
Preventieve chirurgie	47	7,8
Borstkanker en preventief	79	13,1
Totaal	602	100
Ontbrekende antwoorden	10	

3. Welk type van borstoperatie werd uitgevoerd?

Van de vrouwen die antwoordden op onze enquête en aangaven welk type van borstoperatie ze kregen, onderging 60,7% een unilaterale en 29,6 % een bilaterale mastectomie. Een borstsparende operatie aan één borst (6,5 %) of aan twee borsten (0,5 %) of een combinatie van een mastectomie met een borstsparende operatie (2,7 %), komen minder voor in de steekproef.

Tabel 2. Type van de borstoperatie

	Aantal	%
Bilaterale mastectomie	178	29,6
Unilaterale mastectomie	365	60,7
Borstsparende operatie aan beide borsten	3	0,5
Borstsparende operatie aan één borst	39	6,5
Eén borst werd volledig verwijderd, de andere borst werd borstsparend geopereerd	16	2,7
Totaal	601	100
Ontbrekende antwoorden	11	

4. Een borstreconstructie of niet?

Van de 608 vrouwen die antwoordden op de vraag "Onderging u een borstreconstructie?", kreeg 80,4 % een enkele of dubbele borstreconstructie, en onderging 19,6 % geen reconstructie.

Tabel 3. Onderging u een borstreconstructie?

	Aantal	%
Ja	489	80,4
Nee	119	19,6
Totaal	608	100
Ontbrekende antwoorden	4	

Aan één borst of aan beide borsten?

Van de 489 vrouwen die een borstreconstructie ondergingen, waren er 163 die een dubbelzijdige borstreconstructie ondergingen, 252 vrouwen ondergingen een reconstructie aan één borst. De overige 74 vrouwen vulden deze vraag niet in. De reconstructies vonden vooral plaats na een mastectomie, maar er zijn ook enkele vrouwen die na een borstsparende operatie of na een

combinatie van een borstsparende ingreep en een mastectomie reconstructieve chirurgie ondergingen.

Tabel 4. Een één- of tweezijdige borstreconstructie?

	na mastectomie	na borstsparende operatie	na een borstsparende ingreep en een mastectomie	Totaal
beide borsten	148	6	9	163
een borst	242	9	1	252
Totaal	390	15	10	415

5. Redenen waarom vrouwen geen borstreconstructie ondergaan

Van de 119 vrouwen die geen reconstructie ondergingen, antwoordden er 112 op de vraag waarom ze dit niet lieten doen. Het ging om een vraag met gesloten antwoordcategorieën, er konden meerdere antwoorden aangevinkt worden. De som van de percentages is dus niet gelijk aan 100. Het antwoord "De ingreep is te duur" werd het vaakst aangevinkt (38,4 %). Bij de categorie 'andere' (33,9%) gaat het vooral om vrouwen bij wie de ingreep gepland maar nog niet uitgevoerd is of om vrouwen die er nog over nadenken.

Tabel 5. Waarom onderging u geen reconstructie?

	Aantal	%
Ik wil niet opnieuw geopereerd worden	18	16,1
Ik wil niet opnieuw in het ziekenhuis verblijven	4	3,6
Ik vind de risico's van een nieuwe operatie te groot	12	10,7
Ik zou me zorgen maken dat het moeilijker wordt om een herval van borstkanker op te sporen	6	5,4
De ingreep is te duur	43	38,4
Ik vind mezelf te oud	1	0,9
Ik denk dat het resultaat niet zo mooi zal zijn	3	2,7
Ik ben zo ook tevreden met mijn lichaam	11	9,8
Andere	38	33,9
Totaal	112	

Op het einde van de vragenlijst was er een open vraag waar vrouwen een algemene opmerking konden geven over de borstreconstructie. In onderstaande citaten leggen twee vrouwen uit waarom ze geen borstreconstructie lieten uitvoeren:

‘Soms wil ik heel graag een nieuwe borst maar zowel de kostprijs, het langdurige herstel en de opname in het ziekenhuis zijn een groot struikelblok. Met een prothese kan ik mij goed behelpen. Alleen zou het fijner zijn als de keuze aan (sport)badpakken en makkelijke bh's wat uitgebreider zou zijn.’

‘Ik heb geen hospitalisatieverzekering en het zou mij 3000 euro kosten volgens de plastisch chirurg. Aangezien ik werkloos ben en een heel lage uitkering heb, en bovendien nog een chronische ziekte is het allemaal niet evident.’

6. De gebruikte technieken bij een borstreconstructie

6.1. Na een volledige mastectomie

Bij de vrouwen die na een één- of tweezijdige mastectomie een borstreconstructie ondergingen, was de reconstructie met eigen weefsel duidelijk dominant (93,2 %). Andere technieken (implantaat of een combinatie van eigen weefsel en implantaat) komen veel minder voor in onze steekproef (deze verhouding is anders in de volledige populatie van vrouwen die een borstreconstructie ondergingen, zie inleiding). In 86 % van de reconstructies met eigen weefsel wordt gebruikgemaakt van een DIEP-flap of SIEA-flap. Andere gebruikte technieken zijn de Gracilisflap, LAD, lipofilling, SGAP flap, TDAP, SGAP, vrije en gesteelde TRAM, LAD in combinatie met een implantaatⁱⁱ.

Tabel 6. Technieken gebruikt na een volledige mastectomie

	Aantal	%
Implantaat	24	6,1
Eigen weefsel	368	93,2
Eigen weefsel in de ene borst, implantaat in de andere	3	0,8
Totaal	395	
Ontbrekende antwoorden	62	

Een vraag met een open antwoordmogelijkheid peilde naar de redenen om voor een implantaat of reconstructie met eigen weefsel te kiezen.

** Vrouwen kiezen voor een **reconstructie met implantaat** omwille van de volgende redenen:

- Een reconstructie met eigen weefsel is te duur
- Ze hebben niet genoeg vetweefsel
- Hun plastisch chirurg doet geen reconstructies met eigen weefsel.
- Ze willen geen litteken op de plek waar de huidflap weggenomen werd.
- De plastisch chirurg raadt een implantaat aan omwille van de lichamelijke toestand van de respondent (omdat lichaamsvet ontbreekt, omdat iemand slechte aders heeft of omdat iemand een goede huid heeft zodat de implantaten de huid niet zullen beschadigen).

- De kortere operatieduur en kortere verdoving,
- De ingreep is eenvoudiger.

** Vrouwen kiezen voor een **reconstructie met eigen weefsel** om de volgende redenen:

- De plastisch chirurg of een behandelend arts (gynaecoloog, oncoloog) raadt het aan.
- Er is een natuurlijker, mooier resultaat.
- De resultaten zijn definitief: als de reconstructie afgewerkt is, zijn er geen verdere aanpassingen of operaties nodig. Bij een reconstructie met implantaten is dat anders: die moeten om de zoveel jaar vervangen worden.
- Er is minder kans op complicaties op langere termijn, zoals kapselvorming of ontstekingen.
- Complicaties komen alleen voor in de eerste vijf dagen na de operatie
- De plaatsing van implantaten is niet mogelijk omdat de huid beschadigd is door radiotherapie.
- Een reconstructie met eigen weefsel is op lange termijn goedkoper voor de samenleving.
- Vrouwen willen geen vreemd voorwerp in hun lichaam.
- Een vroegere reconstructie met implantaten was geen succes (het voelde niet aangenaam aan, het zag er onnatuurlijk uit, het was pijnlijk, er ontstonden scheuren).
- Sommige vrouwen wantrouwen implantaten, na het PIP-schandaal.
- Een reconstructie met eigen weefsel volgt de schommelingen van het lichaamsgewicht.

6.2. Na een borstsparende operatie

Bij de 15 vrouwen die na een borstsparende operatie reconstructieve chirurgie ondergingen, werd gebruikgemaakt van de DIEP-flap, lipofilling, flappen van onder of langs de borst en het remodelleren van het eigen weefsel.

7. In welk ziekenhuis en wanneer vonden de ingrepen plaats?

Van de 368 vrouwen die na mastectomie een reconstructie met eigen weefsel ondergingen, deelden er 230 mee in welk ziekenhuis ze behandeld werden. Er worden 32 verschillende (vestigingsplaatsen van) ziekenhuizen vermeld. De ziekenhuizen die het grootste aantal reconstructies voor hun rekening namen zijn UZ Leuven, HH Roeselare en UZ Gent.

Tabel 7. Waar vonden de borstreconstructies na een volledige mastectomie plaats?

	Ziekenhuis	Aantal	%
1	Aalst - Algemeen Stedelijk Ziekenhuis campus Aalst	3	1,3
2	Aalst - Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis campus Aalst	7	3,0
3	Antwerpen - AZ Monica campus Deurne	8	3,5
4	Antwerpen – Sint-Augustinus	9	3,9
5	Antwerpen - ZNA Middelheim	10	4,3
6	Antwerpen - ZNA Sint-Erasmus	1	0,4
7	Bonheiden - Imeldaziekenhuis	13	5,6
8	Brasschaat - Algemeen Ziekenhuis KLINA	5	2,2
9	Brugge - Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan-campus Sint Jan	13	5,65
10	Brugge - Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas	3	1,3
11	Brussel - UZ Brussel	3	1,3
12	Duffel - AZ Sint-Maarten campus Rooienberg	3	1,3
13	Edegem - Universitair Ziekenhuis Antwerpen	1	0,43
14	Genk - Ziekenhuis Oost-Limburg campus Sint-Jan	1	0,43
15	Gent - AZ Sint-Lucas campus Sint-Lucas	9	3,91
16	Gent - Algemeen Ziekenhuis Jan Palfijn	1	0,43
17	Gent - Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaes	2	0,87
18	Gent - Universitair Ziekenhuis Gent	26	11,3
19	Halle - Regionaal Ziekenhuis Sint-Maria	3	1,3
20	Hasselt - Jessaziekenhuis campus Salvator	2	0,87
21	Hasselt - Jessaziekenhuis campus Virga Jesse	1	0,43
22	Ieper - Jan Yperman Ziekenhuis campus Ieper	5	2,17
23	Jette - Universitair Ziekenhuis Brussel	4	1,74
24	Kortrijk - Algemeen Ziekenhuis Groeninge campus Kennedylaan	4	1,74
25	Kortrijk - Algemeen Ziekenhuis Groeninge campus Loofstraat	2	0,87
26	Leuven - Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	1	0,43
27	Leuven - Universitaire Ziekenhuizen van de K.U.Leuven campus Gasthuisberg	50	21,74
28	Lier – Heilig-Hartziekenhuis	1	0,43
29	Roeselare - Heilig-Hartziekenhuis Roeselare-Menen	33	14,35
30	Sint-Niklaas - Algemeen Ziekenhuis Nikolaas campus Sint-Niklaas	3	1,3
31	Veurne - Algemeen Ziekenhuis Sint-Augustinus Veurne	2	0,87
32	Zottegem – AZ Sint-Elisabeth	1	0,43
	Totaal	230	
	Ontbrekende antwoorden	138	

Tabel 8 toont dat de vrouwen die op onze enquête antwoordden, voor het overgrote deel vrij recent een reconstructie ondergingen: bijna 80% kreeg in 2009 of later een borstreconstructie, dus nadat er een specifieke terugbetaling voor borstreconstructies met eigen weefsel ingevoerd was.

Tabel 8. Wanneer vonden de reconstructies plaats?

Jaar	Aantal	Cumulatief %
1985	1	0,4
1988	1	0,9
1993	1	1,3
1998	2	2,2
2000	1	2,6
2003	4	4,4
2004	6	7,1
2005	7	10,2
2006	3	11,5
2007	12	16,8
2008	11	21,7
2009	21	31,0
2010	17	38,5
2011	25	49,6
2012	44	69,0
2013	52	92,0
2014	18	100
Totaal	226	
Ontbrekende antwoorden	142	

8. De eigen bijdrage voor een borstreconstructie

8.1 Reconstructie met eigen weefsel na één of twee mastectomieën

Van de 368 vrouwen die een reconstructie met eigen weefsel ondergingen na een enkele of dubbele mastectomie, betaalden er 175 een eigen bijdrage, na aftrek van alle mogelijke terugbetalingen. Het gaat dus om het bedrag dat mensen zelf moesten betalen, en waarvoor er geen terugbetaling was van het ziekenfonds of de hospitalisatieverzekering. Voorts zeggen 29 vrouwen dat ze niets betaalden, weten drie vrouwen het niet meer en vulden 161 vrouwen deze vraag niet in.

Van de vrouwen die een dubbele reconstructie ondergingen, geven er 52 ook een bedrag op. Zij betaalden gemiddeld 4057,4 euro uit eigen zak (mediaan: € 4000, minimum: € 245, maximum: € 11.047). De vrouwen die één borst lieten reconstrueren en een bedrag vermelden (N=93), betaalden gemiddeld € 2619,8 euro uit eigen zak (mediaan: € 2500, minimum: € 75, maximum: € 8533,6). 30 mensen die zeggen dat ze een eigen bijdrage betaalden, geven geen bedrag op.

8.2. Reconstructie met implantaat na één of twee volledige mastectomieën

Van de vrouwen die een reconstructie met implantaat lieten doen, zeggen vier vrouwen dat ze een bedrag uit eigen zak moesten betalen. We beschikken over één bedrag voor een dubbelzijdige transplantatie: 1500 euro.

8.3. Reconstructie na één of twee borstsparende operaties

Zeven van de 15 vrouwen die na een borstsparende operatie een reconstructie ondergingen, zeggen een bedrag uit eigen zak betaald te hebben. In twee gevallen ging het om een bilaterale reconstructieve ingreep (min: € 3500, max: € 3600). In vijf gevallen was er een unilaterale reconstructieve ingreep (gemiddeld € 1985 euro, min: € 625, max: € 3300)

8.4 Kosten doorheen de tijd

In tabel 9 wordt de prijs van de reconstructies met eigen weefsel doorheen de tijd weergegeven. Hoewel het om een beperkt aantal reconstructies per jaar gaat, is het wel duidelijk dat de invoering van een terugbetaling door de ziekteverzekering voor de borstreconstructie met eigen weefsel sinds eind 2008 geen impact gehad heeft op de kostprijs van de reconstructie voor de vrouw.

Tabel 9. Eigen bijdrage voor een borstreconstructie, volgens het jaar van de ingreep

Jaar	éénzijdige reconstructie		dubbele reconstructie	
	gemiddelde kost	aantal reconstructies	gemiddeld e	aantal reconstructies
1985	3400	1		
1998			7000,0	1
2003	3750	2	6000,0	1
2004	1933,3	3	.	0
2005	2127,5	2	3750,0	2
2007	2557,1	7	4265,0	3
2008	2281,3	3	3893,3	3
2009	2911,1	9	3875,0	4
2010	4059,7	7	5043,6	2
2011	2395,2	8	4160,0	5
2012	2566,6	17	4104,0	13
2013	2618,0	21	3618,0	15
2014	2083,3	6	4000	2

8.5 Kosten per ziekenhuis

Tabel 10 maakt duidelijk dat het aanrekenen van een hoge patiëntenbijdrage niet beperkt blijft tot één of enkele ziekenhuizen, maar ruim verspreid is. Er zijn ten minste 25 (van de 32 vermelde) ziekenhuizen waar patiënten een hoge eigen bijdrage moeten betalen.

Tabel 10. Kosten van een borstreconstructie met eigen weefsel na mastectomie, per ziekenhuis

	Ziekenhuis	Eénzijdige reconstructie		Dubbele reconstructie	
		gemiddelde kost	aantal respondenten	gemiddelde kost	aantal respondenten
1	Aalst - Algemeen Stedelijk Ziekenhuis campus Aalst	2250	2		
2	Aalst - Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis campus Aalst	2100	3		
3	Antwerpen - AZ Monica campus Deurne	3150	2	4000	1
4	Antwerpen - Sint Augustinus	2500	7	7000	1
5	Antwerpen - ZNA Middelheim	2900	3	4000	1
6	Bonheiden - Imeldaziekenhuis	2035	5	3022,5	2
7	Brasschaat - Algemeen Ziekenhuis KLINA	1839,7	3		
8	Brugge - Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan campus Sint Jan	3533,3	3	4562,4	3
9	Brugge - Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas	3344	1	2700	1
10	Brussel - UZ Brussel	2779,4	2	4694,1	1
11	Duffel - AZ Sint Maarten campus Rooienberg	2500	1	2000	1
12	Genk - Ziekenhuis Oost-Limburg campus Sint-Jan	1500	1	3500	1
13	Gent - AZ Sint-Lucas campus Sint-Lucas	2591,7	6	5240,5	2
14	Gent - Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaes	2800	1		
15	Gent - Universitair Ziekenhuis Gent	3949,7	7	4922,2	9
16	Halle - Regionaal Ziekenhuis Sint-Maria	2500	2	4000	1
17	Hasselt - Jessaziekenhuis	3000	2	1750	1
18	Ieper - Jan Yperman Ziekenhuis campus Ieper	2800	1	4000	1
19	Jette - Universitair Ziekenhuis Brussel	1000	1	3000	1
20	Kortrijk - Algemeen Ziekenhuis Groeninge	2500	2		
21	Leuven - Regionaal Ziekenhuis Heilig-Hart			3495	1
22	Leuven - Universitaire Ziekenhuizen van de K.U.Leuven campus Gasthuis	2319,7	16	3772,5	17
23	Roeselare - Heilig-	3069,4	13	4483,3	6

	Hartziekenhuis Roeselare-Menen				
24	Sint-Niklaas AZ Sint-Nikolaas			4000	1
25	Veurne - Algemeen Ziekenhuis Sint-Augustinus Veurne	2800	2		

8.6 Reacties van de vrouwen die de enquête invulden

De vrouwen konden op het enquêteformulier ook een opmerking invullen. Deze opmerking gaat vaak over de kost van de reconstructie. De reconstructie is volgens veel vrouwen erg belangrijk in het herstelproces, en daarom stoot het op onbegrip dat ze zo duur is voor de vrouw.

Verschillende getuigenissen gaan over de betekenis van de borstreconstructie in het herstelproces. Wie leeft met één borst, voelt zich verminkt. Een borstreconstructie helpt om de ziekte achter je te laten. Een nieuwe relatie aangaan met slechts één borst is niet makkelijk. Leven met één borst maakt het moeilijker om een gewoon leven te leiden: je kan nog moeilijk gaan zwemmen, je kan bepaalde kleren niet meer dragen.

‘Ik voel me een verminkte vrouw die dagelijks geconfronteerd wordt met de feiten bij het zien van mijn lichaam. Ben een alleenstaande vrouw van 57 jaar, door de verminking denk ik er niet meer aan om nog een relatie aan te gaan.’

Er zijn ook wel vrouwen die dit relativeren. Je lichaam aanvaarden zoals het is, is ook een waardevolle keuze, zeggen ze. De media en de medische wereld mogen een reconstructie dan ook niet voorstellen als een noodzaak.

‘Ik vind het jammer dat vrouwen zelf spreken over een “verminkt” lichaam. Ik voel me helemaal niet zo, zelfs nog op en top vrouw. Ik doe alles met één borst: lopen, zwemmen ... Mijn persoonlijkheid zit niet in mijn borsten. Het was mooi toen ik ze alle twee nog had, maar het is ook mooi zoals het nu is.’

De borstreconstructie is echt geen luxe-ingreep, zeggen deze vrouwen, maar een noodzakelijke voorwaarde om weer een gewoon leven te leiden. Ze kunnen dus geen begrip opbrengen voor de hoge eigen bijdrage.

‘Ik vind het heel erg dat er maar een kleine vergoeding is van het ziekenfonds. Wij hebben niet gekozen om kanker te krijgen. Dit is geen schoonheidsoperatie maar een operatie om een verminkt lichaam weer een stuk heel te maken. Jammer dat zo veel vrouwen dit niet kunnen betalen. Ik heb nog geluk gehad dat wij het wel konden.’

‘De ingreep is veel te duur. Je moet goed verzekerd zijn en wel wat geld hebben om dit te kunnen laten doen. Een hoop vrouwen vallen uit de boot en moeten misschien noodgedwongen een andere keuze maken. Dit is echt geen luxeoperatie maar een operatie voor vrouwen die vinden dat ze dit nodig hebben om weer vrouw te kunnen zijn.’

'Een luxe ... gewoon verschrikkelijk dat ze dit zeggen. Ik ben 30 jaar en ik zou graag een reconstructie hebben zodat ik eindelijk zonder gêne met mijn kinderen kan gaan zwemmen. Maar voorlopig kan ik het niet betalen en hoop dus dat hier verandering in komt.'

Sommige vrouwen stellen de ingreep uit of kiezen voor een goedkopere, minder aangewezen techniek (met implantaat), omwille van de hoge kost.

'Ik heb er 10 jaar over gedaan voor ik het kon laten doen. Ik wilde eerst weten of ik het zou redden om hier zo veel geld aan te besteden.'

'Mijn huid heeft veel geleden onder de bestralingen, dus bestaat het risico dat mijn huid zal scheuren wanneer ik een reconstructie laat uitvoeren met siliconen. Maar omwille van het kostenplaatje zit een reconstructie met eigen weefsel er niet in en kan ik niet anders dan dit risico te nemen.'

Sommige vrouwen laten de reconstructie niet uitvoeren omdat ze het gezinsbudget nodig hebben voor andere doeleinden, zoals studerende kinderen.

'Alles was klaar en besproken maar toen de kostenraming binnenkwam heb ik besloten mijn zoon voor zijn master te laten studeren met dat geld. Daar heb ik geen spijt van, maar het gevoel blijvend verminkt te zijn, is niet altijd evident. Een nieuwe relatie heb ik dan ook voor altijd van mijn agenda geschrapt.'

Verschillende vrouwen uiten hun onbegrip voor het feit dat andere, gelijkaardige ingrepen, zoals een borstverkleining voor vrouwen met te grote borsten, wel kosteloos zouden zijn.

'Schandalig is het dat iemand die deze ziekte heeft gehad en een borst moest afgeven daar dan ook nog minstens 2000 euro per borst voor moet betalen...terwijl een vrouw met te grote borsten voor veel minder geld haar borsten kan laten verkleinen.'

'Bij mensen die om esthetische redenen borstimplantaten laten zetten die daarna beginnen te lekken, worden de implantaten verwijderd op de kosten van de gezondheidszorg. Terwijl het hun eigen keuze was deze te laten inbrengen. Bij borstkanker, duidelijk geen eigen keuze, wordt geen tussenkomst verleend bij reconstructie. Een schande!'

Er is ook begrip voor het feit dat plastisch chirurgen veel geld vragen voor deze ingreep:

'Ik kan begrijpen dat de ingreep zo duur is. 2 chirurgen moeten 10 uur opereren, maar ik kan niet begrijpen dat de ziekenfondsen geen betere terugbetaling kunnen geven zoals voor andere plastische ingrepen.'

9. De rol van de hospitalisatieverzekering

Op de vraag of ze beschikken over een hospitalisatieverzekering, gaven 239 respondenten een antwoord; 220 onder hen antwoordden bevestigend. De hospitalisatieverzekering komt normaal gezien tussen in de ziektekosten die overblijven na de terugbetaling van het ziekenfonds. Maar het is

duidelijk dat de hospitalisatieverzekering geen volledige oplossing biedt voor de hoge kosten van een borstreconstructie. Ook wie een hospitalisatieverzekering heeft, betaalt nog altijd een groot bedrag uit eigen zak (tabel 11). De hospitalisatieverzekeringen betalen de klassieke ereloon-supplementen wel terug, maar vaak weigeren ze om het bijkomende supplement, het zogenaamde esthetisch honorarium, terug te betalen.

Tabel 11. Kost van een borstreconstructie na mastectomie, met eigen weefsel, voor wie een Hospitalisatieverzekering heeft en voor wie er geen heeft.

	Eenzijdige reconstructie		Tweezijdige reconstructie	
	€ gemiddeld	Aantal vrouwen	€ gemiddeld	Aantal vrouwen
Hospitalisatie-verzekering	2464,7	84	3940,2	45
Geen hospitalisatie-verzekering	4200,3	8	4779,0	6

Uit de opmerkingen van de respondenten en documenten die respondenten ons toestuurden, blijkt dat hospitalisatieverzekeringen, afhankelijk van de verzekeringsmaatschappij en het type polis, op drie manieren reageren:

9.1. De hospitalisatieverzekering betaalt het zogenaamde esthetisch honorarium niet terug

'Ik kreeg al de kostprijs te horen voor mijn reconstructie: 5000 euro zelf te betalen. Navraag bij de hospitalisatieverzekering leerde dat dit bedrag niet zal terugbetaald worden omdat het "een overeenkomst is tussen patiënt en arts waar zij niet in tussen kunnen komen". Veel "keuze" in deze overeenkomst heb ik echter niet: het is of het supplement betalen of niet geopereerd worden, want elke plastisch chirurg rekent een bijkomend ereloon aan (en terecht want operatie is ingewikkeld en lang).' (een vrouw die over twee maanden een reconstructie zal ondergaan)

'Ik moest 3600 euro opleggen voor deze operatie, waarvan de hospitalisatieverzekering geen euro wou betalen omdat het om een esthetische (!) ingreep ging.' (een vrouw die in 2013 geopereerd werd)

9.2. De hospitalisatieverzekering betaalt het zogenaamde esthetisch honorarium wel terug

Blijkbaar zijn er ook hospitalisatieverzekeringen die toch terugbetalen:

'De kosten werden grotendeels terugbetaald door de hospitalisatieverzekering van X. Men kon me aanvankelijk de terugbetaling niet garanderen. Het was dus eerst alles zelf betalen en dan afwachten wat er terugbetaald ging worden door X.'

9.3. Er is een terugbetaling, maar onder voorwaarden

Soms vraagt de hospitalisatieverzekering aan de klant die een borstreconstructie met eigen weefsel zal ondergaan, om op een tweepersoonskamer te verblijven. Dit drukt de kosten van de klassieke ereloon-supplementen. In ruil wil de verzekeraar dan het zogenaamde esthetisch honorarium betalen. Het is voor mensen die een borstreconstructie overwegen dus sterk aan te raden op voorhand contact op te nemen met hun hospitalisatieverzekering.

10. Voorschotten

- Van de 368 vrouwen die na mastectomie een reconstructie met eigen weefsel ondergingen, antwoordden er 205 op de vraag of ze al dan niet een voorschot moesten betalen. Voor 144 vrouwen was dit het geval. 61 vrouwen moesten er geen betalen. Voor de reconstructie van één borst bedraagt dit voorschot gemiddeld € 2292,4 (mediaan: € 2500, min: € 75, max: € 3500); voor twee borsten bedraagt dit gemiddeld €3346,3 (mediaan: € 3000; min: € 280; max: € 5600). Dit voorschot komt meestal overeen met het zogenaamde esthetisch honorarium.
- 152 van deze 165 vrouwen vermelden ook het ziekenhuis waar ze behandeld werden. Hieruit blijkt dat het vragen van voorschotten ruim verspreid is: in ten minste 24 (van de 30 vermelde) ziekenhuizen worden voorschotten gevraagd (zie tabel 12).

Tabel 12. Welke ziekenhuizen vragen voorschotten voor een borstreconstructie met eigen weefsel?

		Ja	Nee	Totaal
1	Brasschaat - Algemeen Ziekenhuis KLINA	0	4	4
2	Brugge - Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas	0	2	2
3	Antwerpen - ZNA Sint-Erasmus	0	1	1
4	Gent - Algemeen Ziekenhuis Jan Palfijn	0	1	1
5	Lier – Heilig-Hartziekenhuis	0	1	1
6	Zottegem – AZ Sint-Elisabeth	0	1	1
7	Bonheiden - Imeldaziekenhuis	1	9	10
8	Duffel - AZ Sint-Maarten campus Rooienberg	1	2	3
9	Hasselt - Jessaziekenhuis campus Salvator	1	1	2
10	Genk - Ziekenhuis Oost-Limburg campus Sint-Jan	1	0	1
11	Gent - Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaes	1	0	1
12	Hasselt - Jessaziekenhuis campus Virga Jesse	1	0	1
13	Leuven - Regionaal Ziekenhuis Heilig-Hart	1	0	1
14	Aalst - Algemeen Stedelijk Ziekenhuis campus Aalst	2	1	3
15	Brussel - UZ Brussel	2	1	3
16	Kortrijk - Algemeen Ziekenhuis Groeninge campus Kennedylaan	2	1	3
17	Sint-Niklaas - Algemeen Ziekenhuis Nikolaas campus Sint-Niklaas	2	1	3
18	Veurne - Algemeen Ziekenhuis Sint-Augustinus Veurne	2	0	2
19	Halle - Regionaal Ziekenhuis Sint-Maria	3	0	3
20	Ieper - Jan Yperman Ziekenhuis campus Ieper	3	0	3
21	Jette - Universitair Ziekenhuis Brussel	3	0	3
22	Antwerpen - ZNA Middelheim	4	3	7
23	Antwerpen – Sint-Augustinus	5	3	8
24	Aalst - Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis campus Aalst	5	1	6
25	Antwerpen - AZ Monica campus Deurne	5	1	6
26	Gent - AZ Sint-Lucas campus Sint-Lucas	8	1	9
27	Brugge - Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan-campus Sint Jan	10	1	11
28	Gent - Universitair Ziekenhuis Gent	16	6	22

29	Roeselare - Heilig-Hartziekenhuis Roeselare-Menen	21	5	26
30	Leuven - Universitaire Ziekenhuizen van de K.U.Leuven campus Gasthuisberg	37	6	43
	Totaal	137	53	190

Dit voorschot roept bij sommige vrouwen ergernis op:

'Ik vind het eigenlijk niet kunnen dat je als borstkankerpatiënt verplicht wordt om een aanzienlijk voorschot te betalen voor de ingreep. Er staat letterlijk bij de betalingsuitnodiging vermeld dat de ingreep anders niet kan doorgaan.'

'Bij de plastisch chirurg verbonden aan dit ziekenhuis werd ik zeer grof behandeld. Ik moest, indien ik mij door hem liet opereren, bij de volgende consultatie 3000 euro in contanten meebrengen en ... ik moest al maar beginnen sparen!!!'

'Ik ken ook mensen die zich niet laten opereren omdat het zo duur is. Ik heb op voorhand 3500 euro moeten betalen, anders ging de operatie niet door. Ik heb toen financiële hulp moeten vragen om dit te kunnen laten doen.'

11. Het kamertype

Patiënten met beperkte financiële middelen kunnen de kosten van een ziekenhuisverblijf drukken door te kiezen voor een tweepersoonskamer of een gemeenschappelijke kamer. In deze kamers zijn er al langer wettelijke beperkingen met betrekking tot de ereloonsupplementen die artsen kunnen aanrekenen, en sinds 1 januari 2013 zijn ereloonsupplementen in het ziekenhuis er zelfs helemaal verboden, ook voor niet-geconventioneerde artsen. Niet-geconventioneerde artsen kunnen wel nog ereloonsupplementen aanrekenen bij daghospitalisatieⁱⁱⁱ.

Maar voor de borstreconstructie met eigen weefsel is de kamerkeuze geen afdoende oplossing. De gemiddelde kost in een één- en tweepersoonskamer ligt dicht bij elkaar (tabel 13). Het zogenaamde esthetisch honorarium wordt blijkbaar dus ook aangerekend aan patiënten die niet voor een eenpersoonskamer kiezen.

Tabel 13. Gemiddelde kost van een borstreconstructie met eigen weefsel, per kamertype (euro)

	Eenzijdige reconstructie	Tweezijdige reconstructie
Eenpersoonskamer	2697,2 (N=58)	3975,3 (N=32)
Tweepersoonskamer	2589,8 (N=34)	4056,8 (N=19)
Meerpersoonskamer	/	4398,0 (N=3)

Soms lijkt er bovendien ook druk te zijn om op een eenpersoonskamer te verblijven, zo blijkt uit opmerkingen van patiënten:

'Voor de tepelreconstructie moest ik naar het daghospitaal komen. Daar moest ik aan de balie een document ondertekenen voor een eenpersoonskamer, terwijl dat voor mij niet hoefde. Wou ik de

kamer niet, dan zou de chirurg de ingreep niet uitvoeren. Ik werd onder druk gezet. Wat bleek nu? De ingreep werd in een klein operatiezaaltje onder plaatselijke verdoving gedaan, binnen een half uur. Ik mocht naar huis en heb geen eenpersoonskamer gezien. Die kosten heeft mijn hospitalisatieverzekering wel terugbetaald. Dit is echt een vorm van machtsmisbruik, en dat vind ik heel erg.'

Soms raadt de arts de patiënt aan om op een eenpersoonskamer te verblijven, zodat de arts hoge ereloonsupplementen kan vragen, die de hospitalisatieverzekering wel terugbetaalt. Hij is dan bereid om het esthetisch supplement te laten vallen.

'Dr X heeft mij ertoe verplicht een eenpersoonskamer te nemen, zodat hij zijn honorarium kon verhogen met 300 %. Gelukkig dekt mijn verzekering deze supplementen zo goed als volledig. In het andere geval zou ik een supplement zelf hebben moeten betalen, waarin de verzekering niet zou zijn tussengekomen.'

12. Informatie over de kosten van de reconstructie

Van de 368 vrouwen die na een mastectomie een reconstructie met eigen weefsel ondergingen, antwoordden er 221 op de vraag of ze voldoende informatie kregen over de kostprijs van de ingreep: 75 % vindt dat ze voldoende of zeer volledig geïnformeerd waren; 11 vrouwen (5%) zeggen dat ze helemaal niet geïnformeerd waren (tabel 14).

Tabel 14. Was u vooraf geïnformeerd over de prijs van de borstreconstructie?

	Aantal	%
Helemaal niet	11	4,9
Ik herinner me het niet meer	4	1,8
Enkel zeer oppervlakkig	40	18,1
Voldoende	90	40,7
Zeer volledig	76	34,4
Totaal	221	100
Ontbrekende antwoorden	147	

De informatie vooraf blijkt vrij goed te kloppen met het uiteindelijk betaalde bedrag. Bij ongeveer 90 % van de respondenten kwam het uiteindelijk betaalde bedrag vrij goed overeen met het vooraf meegegeede bedrag (tabel 15).

Tabel 15. Kwam de vooraf meegedeelde kostprijs van de borstreconstructie overeen met het uiteindelijke bedrag dat u effectief heeft betaald?

	Aantal	%
Ja	137	72,1
Iets hoger	17	8,9
Iets lager	17	8,9
Veel hoger	9	4,7
Veel lager	10	5,3
Totaal	206	100
Ontbrekende antwoorden	15	

Uit informatiedocumenten die de respondenten opstuurden, blijkt dat plastisch chirurgen de hoge patiëntenbijdrage verklaren door er op te wijzen dat de borstreconstructie uiteenvalt in een reconstructief en esthetisch gedeelte. Volgens die informatieformulieren is er via het ziekenfonds een tussenkomst voor de borstreconstructie, maar de reconstructie zelf vereist bijkomende ingrepen om een optimaal esthetisch resultaat te bereiken (zoals het in model brengen van de borst en een liposuctie). Voor die bijkomende ingrepen is geen tussenkomst voorzien, zodat ze ten laste komen van de patiënten.

13. Financiële problemen door de borstreconstructie

21,3% van de respondenten die een reconstructie met eigen weefsel ondergingen na een volledige mastectomie, kreeg door de kosten van deze ingreep financiële problemen (tabel 16). Een mogelijke maatregel om de kost te spreiden, is een afbetalingsplan. Vijf respondenten kregen in het ziekenhuis een afbetalingsplan voorgesteld (tabel 17). Twee mensen gingen ook in op dit voorstel tot afbetalingsplan.

Tabel 16. Kreeg u door de kostprijs van de borstreconstructie financiële problemen?

	aantal	%
Ja	49	21,3
Nee	181	78,7
Totaal	230	100
Ontbrekende antwoorden	138	

Tabel 17. Heeft men u in het ziekenhuis een afbetalingsplan voorgesteld voor de kosten van de borstreconstructie?

	Aantal	%
Ja	7	3,04
Nee	223	96,96
totaal	230	100
Ontbrekende antwoorden	138	

Volgende opmerking van een respondent illustreert deze financiële problemen:

'Ik had niet gedacht 14 dagen voor de ingreep 4000 euro te moeten neerleggen. Ik had dat geld opzij gelegd voor de belastingen. De belastingen moet ik nu afbetalen, het is zwaar.'

14. Hoe werd de borstreconstructie gefinancierd?

De meeste respondenten financierden de borstreconstructie met eigen middelen, 40 respondenten riepen de hulp in van familie of vrienden en twee personen sloten een lening af. Met de categorie "andere" wordt meestal verwezen naar de tussenkomst van de hospitalisatieverzekering.

Tabel 18. Hoe hebt u de eigen bijdrage voor de borstreconstructie gefinancierd?*

	Aantal	%
Met eigen middelen	168	71,8
Hulp van familie of vrienden	40	17,1
Met een lening	2	0,8
Andere	14	6,0
Niet van toepassing	17	7,3
Aantal respondenten dat deze vraag invulden	234	

*Het aantal antwoorden is hoger dan het aantal respondenten omdat patiënten meer dan één antwoord konden kiezen.

15. Tepelreconstructie en symmetrieherstel

Na de borstreconstructie volgen vaak nog bijkomende ingrepen, zoals een tepelreconstructie, een tepelhoftatoeage en een ingreep om de symmetrie tussen de borsten te herstellen. Dit is vaak nodig om tot een mooi resultaat te komen. Tabel 19 toont hoeveel vrouwen na een borstreconstructie met eigen weefsel ook een tepelreconstructie, symmetrieherstel of tepelhoftatoeage lieten uitvoeren. Een tepelreconstructie en tepelhoftatoeage komen voor bij een meerderheid van de vrouwen die een reconstructie lieten doen, een symmetrieherstel bij ongeveer de helft van deze vrouwen. Van de vrouwen die een tepelreconstructie en een symmetrieherstel ondergingen, laten er 77 weten dat het tijdens 1 operatie gebeurde, volgens 81 vrouwen gebeurde dit tijdens twee operaties.

Tabel 19. Aantal tepelreconstructies, symmetrie-ingrepen en tepelhoftatoeages na een borstreconstructie met eigen weefsel

	Ja		Nee		Ontbrekende antwoorden
	Aantal	%*	Aantal	%	
Tepelreconstructie	273	77,6	79	22,4	16
Symmetrieherstel	170	48,4	181	51,6	17
Tepelhoftatoeage	229	65,1	123	34,9	16

* geldig percentage (= t.o.v. aantal vrouwen die vraag invulden)

* De vrouwen die **geen tepelreconstructie** lieten uitvoeren, geven hiervoor volgende redenen op:

- Ik ben hervallen.
- Het is gepland, maar nog niet uitgevoerd.
- Het kost geld, ik kan het nog niet betalen.
- Ik heb geen zin in een nieuwe operatie na de vele behandelingen.
- De tepel werd behouden.
- Een gereconstrueerde tepel staat altijd stijf.
- De reconstructie is mislukt.
- Door medische verwickelingen na reconstructie ben ik nu bang voor een nieuwe ingreep.
- Mijn man en ik vinden het niet nodig.
- Er is nog een zaak hangende bij het fonds voor medische ongevallen, omdat de reconstructie mislukt is.

* De vrouwen die **geen symmetrieherstel** lieten uitvoeren, vermelden volgende redenen:

- De operatie is gepland, maar nog niet uitgevoerd.
- Een extra ingreep is overbodig, de borsten zijn immers gelijk.
- De asymmetrie kan verhuld worden met een bh.
- De reconstructie is mislukt.
- Bij een bilaterale reconstructie is dit niet nodig.
- De oorspronkelijke borsten waren ook niet helemaal gelijk,
- Omdat ik niet in mijn gezonde borst wou laten snijden,
- Ik heb genoeg van operaties.
- Het is financieel niet haalbaar.
- Ik ben hervallen.
- Door de verwickelingen na de borstreconstructie heb ik geen zin in een nieuwe ingreep.

Over de prijs van deze ingrepen zijn de gegevens eerder beperkt. Tabel 20 toont het aantal mensen dat een eigen bijdrage moest betalen voor de tepelreconstructie en het symmetrieherstel. De eigen bijdrage is hier opnieuw de kost na aftrek van alle mogelijke terugbetalingen, dus het bedrag dat mensen zelf moesten betalen, en waarvoor er geen terugbetaling is van het ziekenfonds of de hospitalisatieverzekering. 108 mensen vulden de vraag in over een eigen bijdrage voor de tepelreconstructie. Iets minder dan de helft zegt dat er een eigen bijdrage was. De vraag over de eigen bijdrage voor het symmetrieherstel werd ingevuld door 51 van de 170 mensen die een symmetrieherstel ondergingen. 39,2% zegt dat er een eigen bijdrage was.

51/170 is een lage respons. Sommigen merken op dat de kost van het symmetrieherstel inbegrepen was in het al betaalde bedrag voor de borstreconstructie. (*'Ik kreeg te horen dat mijn reconstructie 3000 euro zou kosten. Alles was daarin inbegrepen. Ik kreeg geen extra facturen voor tepelreconstructie, tatoeage of lifting.'*). Enkele informatieformulieren die respondenten opstuurden, bevestigden dit. Mogelijk is dit een verklaring voor de geringe respons op deze vraag.

Tabel 20. Was er een eigen bijdrage voor de tepelreconstructie of symmetrieherstel?

	Ja		Nee		Ik weet het niet		Aantal dat de vraag invulde	Aantal dat de vraag niet invulde
	aantal	%*	aantal	%*	aantal	%*		
Tepelreconstructie	53	49,1	39	36,1	16	14,8	108	165
Symmetrieherstel	20	39,2	22	43,1	9	17,6	51	119

*geldig percentage (= t.o.v. aantal vrouwen die de vraag invulden)

11 vrouwen die een dubbelzijdige reconstructie ondergingen, vermeldden de prijs van de tepelreconstructie. 17 vrouwen die een enkelzijdige tepelreconstructie ondergingen vullen een bedrag in. Het maximale bedrag ligt heel hoog (resp. € 5000 en € 2000. Het op één na hoogste bedrag is resp. € 1000 en € 750). Dit gaat wellicht om 2 vrouwen die de prijs van een borstreconstructie bij de verkeerde vraag in het webformulier invulden. Daarom wordt de kostprijs berekend zonder rekening te houden met deze extreem hoge bedragen.

Bij een dubbelzijdige tepelreconstructie is de prijs gemiddeld 413,3 euro (min: € 8,1, max: € 1000, mediaan: € 325). De gemiddelde prijs voor een eenzijdige tepelreconstructie (16 vrouwen) is € 300,9 (min: € 2,7, max: € 750, mediaan: € 250). Voor de prijs van het symmetrieherstel beschikken we over gegevens van 13 vrouwen. Dit kostte gemiddeld € 763 (min: € 150; max: € 2250; mediaan: € 530,4).

Vrouwen die de beide ingrepen in een operatie lieten uitvoeren betaalden gemiddeld € 595,8 (unilateraal, N=6).

Tabel 21. Prijs van de tepelreconstructie/symmetrieherstel

	Gemiddelde kost	Mediaan	Minimum	Maximum
Tepelreconstructie unilateraal (16 vrouwen)	€ 300,9	€ 250	€ 2,7	€ 750
Tepelreconstructie bilateraal (10 vrouwen)	€ 413,3	€ 325	€ 8,1	€ 1000
Symmetrieherstel (13 vrouwen)	€ 763,0	€ 530,4	€ 150	€ 2250
Symmetrie- en tepelherstel in één ingreep, unilateraal (6 vrouwen)	€ 595,8	€ 625,0	€ 175	€ 950

16. De kostprijs van een borstreconstructie na een preventieve mastectomie versus een mastectomie omwille van borstkanker

Vrouwen die omwille van een genetisch sterk verhoogd risico op borstkanker een preventieve mastectomie ondergaan, hebben soms nog bijkomende problemen met hun hospitalisatieverzekering. In de kosten van de hospitalisatie wegens een preventieve mastectomie willen de hospitalisatieverzekeringen soms helemaal niet tussenkomen.

De achterliggende reden is dat het voor privé-verzekeraars bij wet verboden is om genetische gegevens te kennen of er rekening mee te houden^{iv}. Volgens hospitalisatieverzekeraars betekent dit dat ze ook niet kunnen tussenkomen in de kosten van een preventieve mastectomie. Verzekeraars nemen bij het sluiten van een contract een medische vragenlijst af, met de bedoeling om bestaande aandoeningen in kaart te brengen. De hospitalisatieverzekering zal de kosten van een bestaande aandoening dan uitsluiten van het contract. Verzekeraars willen zo vermijden dat iemand zich pas zou verzekeren nadat een ernstige aandoening vastgesteld is. Maar omdat verzekeraars geen vragen mogen stellen over genetische gegevens, kunnen ze zich niet indekken tegen dit risico voor wat betreft preventieve mastectomieën en reconstructies. Bijgevolg wordt vaak moeilijk gedaan over het terugbetalen van de kosten verbonden aan een preventieve mastectomie.

Maar voor de borstreconstructie zelf lijkt de financiële last voor vrouwen die een preventieve mastectomie ondergaan, niet groter te zijn dan voor andere vrouwen: de gemiddelde kost van een bilaterale reconstructie na borstkanker bedraagt € 4013,8 (N=21); de gemiddelde kost na een reconstructie omwille van borstkanker aan één borst en een preventieve mastectomie aan de andere borst (N=21) bedraagt € 3899,0. De gemiddelde kost van een bilaterale reconstructie na preventieve chirurgie (N=9) bedraagt € 3752,0.

Conclusie

Na een borstoperatie is een volledige of gedeeltelijke reconstructie van één of beide borsten voor veel vrouwen een essentieel onderdeel van het herstelproces. Zo'n reconstructie kan met implantaten of met eigen weefsel. Eigen weefsel wordt vaak aangeraden omdat het een mooier resultaat geeft, natuurlijker aanvoelt en tot minder laattijdige verwikkelingen leidt. Een borstreconstructie met eigen weefsel is duur voor de patiënt, zo bleek uit een VLK-onderzoek in 2008. Volgens plastisch chirurgen volstaat de vergoeding van de openbare ziekteverzekering (RIZIV) niet. Daarom rekenen de plastisch chirurgen naast de klassieke ereloon-supplementen nog een bijkomend bedrag aan, dat soms "esthetisch honorarium" genoemd wordt. Dit zogenaamde esthetisch honorarium kostte de patiënt tussen de 800 en 3333 euro per borst.

Om de actuele situatie in kaart te brengen, riep de VLK eind maart en begin april 2014 via verschillende mediakanalen vrouwen op om een online enquête in te vullen over de financiële impact van een borstreconstructie. Heel wat vrouwen die een borstoperatie ondergingen, vulden de enquête in (685 op 22 april 2014). De hoge respons op de enquête wijst erop dat veel vrouwen dit thema erg belangrijk vinden.

Het is ook duidelijk dat de situatie nog niet veranderd is sinds 2008: vrouwen betalen gemiddeld 4057,4 euro uit eigen zak voor een dubbele reconstructie met eigen weefsel. Voor een enkele reconstructie met eigen weefsel betalen ze gemiddeld 2619,8 euro. De terugbetaling die het RIZIV in 2008 invoerde voor de borstreconstructie met eigen weefsel, heeft voor de patiënt geen oplossing gebracht. Patiënten kunnen de kostprijs van een ziekenhuisverblijf meestal laten zakken door voor

een twee- of meerpersoonskamer te kiezen, maar voor het esthetisch honorarium biedt dit geen oplossing: elke patiënt moet dit betalen, ongeacht de kamerkeuze. Ook hospitalisatieverzekeringen komen vaak niet of slechts gedeeltelijk tussen in het esthetisch honorarium. Bovendien heeft niet iedereen zo'n verzekering. Om al deze redenen zien vrouwen soms af van een reconstructie met eigen weefsel omwille van de kostprijs.

Voor de Vlaamse Liga tegen Kanker is deze situatie, die al jaren aansleept, niet aanvaardbaar. Al wie ziek wordt, heeft recht op de best mogelijke behandeling. Die behandeling moet betaalbaar zijn voor elke patiënt. Een reconstructie is een onderdeel van de kwaliteitsvolle behandeling van vrouwen met borstkanker of met een verhoogde kans op borstkanker. Het kan dan ook niet dat vrouwen zo'n hoog bedrag uit eigen zak moeten betalen of afzien van een reconstructie door de kostprijs. **De VLK roept politici op om voor een oplossing te zorgen. De reconstructie met eigen weefsel moet betaalbaar zijn voor elke patiënt. Omdat niet elke patiënt beschikt over een hospitalisatieverzekering, dringt de VLK aan op een oplossing binnen de verplichte ziekteverzekering.**

ⁱ Rommel, W. De prijs van nieuwe kankerbehandelingen . Een kritische kijk op het kankerbeleid. Onderzoeksrapport 2008. Brussel: Vlaamse Liga tegen Kanker; 2009; pp. 20-27.

ⁱⁱ Volgende technieken worden gebruikt bij de borstreconstructie met eigen weefsel. DIEP-flap of SIEA-flap: reconstructie met huid en vetweefsel van de buik. Het weefsel wordt volledig gescheiden van het lichaam. De buikspieren blijven behouden./ SGAP-FLAP: reconstructie met huid en vetweefsel van de bil./ LAD: latissimus dorsi flap, reconstructie met huid, spier en vet van de rug./ LAD in combinatie met een inwendig implantaat./ De Gracilis-flap: reconstructie met huid en vetweefsel van de dij./ TDAP-FLAP: reconstructie met huid en vet van de rug; de rugspier wordt niet gebruikt./ TDAP-FLAP in combinatie met een inwendig implantaat./ Gesteelde TRAM-FLAP: reconstructie met huid, vetweefsel en spier van de buik, het weefsel komt niet volledig los van het lichaam./ Vrije TRAM-FLAP: reconstructie met huid, vetweefsel en spier van de buik. Het weefsel wordt volledig gescheiden van het lichaam./ Lipofilling: in de borst wordt vet ingespoten dat door liposuctie ter hoogte van de buik of de dij verkregen werd.

ⁱⁱⁱ <http://www.cm.be/wat-te-doen-bij/hospitalisatie/ziekenhuisfactuur/honoraria/ereloonsupplementen.jsp>

^{iv} Wet van 22/08/2002 betreffende de rechten van de patiënt. (BS 26/09/2002).



Vlaamse Liga
tegen Kanker

Omdat niemand kanker verdient

Vlaamse Liga tegen Kanker
Koningsstraat 217
1210 Brussel
Telefoon: 02 227 69 69 • Fax: 02 223 22 00
E-mail: vl.liga@tegenkanker.be
www.tegenkanker.be