

**Overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en erkende verplegingsinrichtingen voor de vergoeding van de totale uni- of bilaterale borstreconstructie met eigen weefsel (01.07.2019)**

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op het artikel 22, 6°bis;

Op voorstel van de Nationale Commissie Artsen–Ziekenfondsen (hierna NCAZ), uitgebracht op 29 april 2019;

wordt overeengekomen wat volgt, tussen:

enerzijds,

- a) het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, verder in de tekst aangeduid als « het Verzekeringscomité », eerste contractant,

en anderzijds,

- b) de verantwoordelijke namens de inrichtende macht van het ziekenhuis [Click or tap here to enter text.](#), beantwoordend aan de criteria vastgesteld in artikel 8, tweede contractant;
- c) de artsen-specialisten in de plastische, reconstructieve en esthetische heilkunde verbonden aan het ziekenhuis « naam van het ziekenhuis », beantwoordend aan de criteria vastgesteld in artikel 9, vertegenwoordigd door het diensthoofd van de afdeling plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie, derde contractant:

## **DOEL VAN DE OVEREENKOMST**

### **Artikel 1**

Deze overeenkomst voorziet in een verzekeringstegemoetkoming voor de totale uni- of bilaterale borstreconstructie door middel van een microchirurgische vrije perforatorflap en bepaalt de voorwaarden en modaliteiten van tussenkomst, zodat de volgende doelstellingen worden gerealiseerd:

- de eigen bedragen voor de patiënten beperken tot een redelijk bedrag;
- het aanrekenen van de zogenaamde esthetische supplementen bij deze ingrepen wordt onmogelijk, ook in tweepersoonskamers;
- de honorering van het team plastisch chirurgie wordt aangepast aan de duurtijd en de complexiteit van de operatie en de intensiteit van de postoperatieve opvolging;
- waarborgen dat tenminste bij gemiddeld 40 % van de ingrepen geen supplementen worden aangerekend.

## **DE VERSTREKKINGEN VOOR AUTOLOGE BORSTRECONSTRUCTIE: OMSCHRIJVING, VERGOEDINGSVOORWAARDEN EN TARIEVEN**

### **Artikel 2**

De autologe borstreconstructie zonder verwickelingen omvat 3 fasen gedefinieerd in de volgende artikelen van de overeenkomst :

Fase 1 (in artikel 3) : De microchirurgische transplantatie van weefsel

Fase 2 (in artikel 4) : Hermodelleren van de ipsi- en heterolaterale zijde, inclusief de eventuele tepelreconstructie

Fase 3 (in artikel 5) : Tatoeage van tepel en tepelhof.

Indien de eerste fase van de reconstructie wordt uitgevoerd binnen de voorwaarden van de overeenkomst, dan is het verplicht de volgende verrichte fasen voor eenzelfde rechthebbende (alle hermodelleringen ipsi- en heterolateraal, reconstructie en tatoeage van de tepel) ook in de overeenkomst te attesteren. De volledige reconstructie wordt terugbetaald volgens de bepalingen van de overeenkomst binnen een tijdsduur van 1 jaar, te starten op de dag van de reconstructie zelf (gedefinieerd in de verstrekkingen van artikel 3). Bij de eerste evaluatie zal het mogelijk zijn de problemen te objectiveren die deze bepaling met zich meebrengen, en eventueel een wijziging van de conventie voor te stellen.

Bij het optreden van verwickelingen die gedocumenteerd worden in het medisch dossier is het mogelijk om van deze termijn af te wijken.

Voor een flaprevisie waarbij een revascularisatie van de microchirurgische anastomose noodzakelijk is, wordt in deze overeenkomst een supplementaire verstrekking gedefinieerd in artikel 6.

De vergoedingen van fasen 1, 2 en 3 van deze overeenkomst zijn forfaitair en dekken het geheel van de opeenvolgende handelingen noodzakelijk om tot een volledige reconstructie te komen. (Voorbeeld: indien het modelleren gebeurt zonder tepelreconstructie en gelijk verloopt met de hoofdingreep van de reconstructie, dan kan er later geen extra vergoeding meer aangevraagd worden voor een geïsoleerde tepelreconstructie. De vergoeding voor de tepelreconstructie zit reeds vevat in het forfait voor het modelleren).

### **Definities van de verschillende types reconstructies.**

Een primaire reconstructie betekent gelijktijdige borstverwijdering en reconstructie.

Een secundaire reconstructie is een "uitgestelde" reconstructie na de mastectomie. Het gaat om reconstructies die enkele maanden tot jaren na de borstverwijdering gebeuren. Meestal wordt dit uitstel genoodzaakt door chemo- of radiotherapie na de borstverwijdering. 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 die volgt op de primaire of op de secundaire reconstructie na borstkanker.

## **Artikel 3 – Fase 1**

### **a) Omschrijving**

252652-252663	Unilaterale borstreconstructie door middel van een microchirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite)
252674-252685	Bilaterale borstreconstructie door middel van een microchirurgische vrije perforatorflap, (met inbegrip van het sluiten van de donorsite)
252696-252700	Unilaterale borstreconstructie door middel van een microchirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van artsen-directeurs
252711-252722	Bilaterale borstreconstructie door middel van een microchirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van artsen-directeurs

### **b) Vergoedingsvoorwaarden**

De verstrekkingen 252652-252663 en 252674-252685 komen enkel in aanmerking voor vergoeding indien de borstreconstructie wordt uitgevoerd :

1. na een mutilerende ingreep op één of beide borsten als gevolg van borstkanker
2. of na preventieve borstverwijdering omwille van een sterk verhoogd risico op borstkanker.

De indicatie tot borstverwijdering als gevolg van borstkanker wordt gesteld in het kader van een multidisciplinair oncologisch consult (MOC). De beslissing tot primaire (of secundaire) reconstructie wordt tijdens diezelfde vergadering genomen in samenspraak met een plastisch chirurg. In het MOC verslag dient duidelijk vermeld te staan dat er met eventuele komende therapeutische stappen voor de patiënt (radiotherapie,...) rekening wordt gehouden in geval van reconstructie.

Bij elke primaire of secundaire reconstructie na borstkanker bevat het medisch dossier het laatst beschikbare MOC verslag.

Indien na mutilerende ingrepen voor kanker de nomenclatuurcodes van de ingrepen uit het verleden niet meer bekend zijn, dient de chirurg een gedetailleerde beschrijving van de uitgevoerde operaties in het medisch dossier op te nemen. Het verslag van een medisch onderzoek waaruit blijkt dat geen enkel teken wijst op de mogelijkheid van een lokaal tumorrecidief of van een nieuwe tumor op het ogenblik van de geplande ingreep is beschikbaar in het medisch dossier.

Een tertiaire reconstructie kan binnen de overeenkomst enkel vergoed worden :

- In geval van medische complicaties van de primaire/secundaire reconstructie na borstkanker indien deze reconstructie werd uitgevoerd met prothesen of andere technieken dan DIEP
- Na goedkeuring van het College van artsen-directeurs (CAD), indien het gaat om een volledig verlies van een DIEP flap of van een ander type perforatorflap

De tussenkomst voor de bilaterale borstreconstructie (onder code 252674-252685) na preventieve bilaterale borstverwijdering wordt enkel verleend in geval van sterk verhoogd risico op borstkanker. De rechthebbende komt enkel in aanmerking indien deze aan de hand van de IBIS calculator versie 8 (of recenter) een life-time risico vertoont van 30% of meer. IBIS staat voor International Breast Cancer Intervention Score.

In geval van (bilaterale) preventieve mastectomie bevat het medisch dossier alle gegevens en parameters die gebruikt werden voor de risicoberekening. Deze risicoberekening gebeurt door de gynaecoloog of de behandelend chirurg, en wordt gevalideerd door de medisch oncoloog en/of de klinisch geneticus. Indien de geneticus valideert, zal ook het verslag van de genetische counseling in het dossier beschikbaar zijn.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252652-252663 kan maximaal één keer per borst worden toegekend en is enkel verschuldigd indien voorafgaandelijk of gelijktijdig één van de verstrekkingen 227636-227640 of 227651-227662 of 227673-227684 of 227695-227706 of 227710-227721 of 227894-227905 werd vergoed.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252674-252685 kan maximaal één keer worden toegekend en is enkel verschuldigd indien voorafgaandelijk of gelijktijdig twee van de volgende verstrekkingen, identiek of verschillend, werden vergoed: 227636-227640 of 227651-227662 of 227673-227684 of 227695-227706 of 227710-227721 of 227894-227905.

De verstrekkingen 252696-252700 en 252711-252722 komen enkel in aanmerking voor vergoeding na akkoord van het CAD verkregen overeenkomstig de procedure vermeld in het punt c) en indien de borstreconstructie wordt uitgevoerd:

1. ten gevolge van de afwezigheid van borstweefsel naar aanleiding van het syndroom van Poland;
2. ten gevolge van totaal verlies van het borstweefsel:
  - na ernstig trauma;
  - na het volledig mislukken van een DIEP-flap of van een ander type perforatorflap, waarbij de volledige flap dient verwijderd en vervangen te worden door een volledige nieuwe flap;
  - na totale mastectomie als behandeling voor een ernstige infectie;
3. Bij contralaterale preventieve mastectomie (CPM) wegens sterk verhoogd risico.

Voor een beslissing in verband met de terugbetaling van een reconstructie na CPM houdt het CAD rekening met de volgende factoren (cfr guidelines National Comprehensive Cancer Network) :

- De jonge leeftijd van de patiënt
- Een sterk verhoogd genetisch of familiaal risico (de IBIS score is niet toepasselijk op deze patiënten)
- Een geschiedenis van thorax-bestraling vóór de leeftijd van 30 jaar
- Een triple-negatieve tumor in de aangetaste borst

Indien de goedkeuring wordt gegeven voor deze reconstructie, en indien de reconstructie voor de aangetaste borst gelijktijdig gebeurt met de ingreep op de gezonde borst, dan betreft de goedkeuring van het CAD de code 252711-252722.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252696-252700 kan maximaal één keer per borst worden toegekend.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252711-252722 kan maximaal één keer worden toegekend.

De verstrekkingen 252652-252663, 252674-252685, 252696-252700 en 252711-252722 kunnen niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen uit artikel 14 a), art. 14 c) en artikel 14 f) van de Nomenclatuur Geneeskundige Verstrekkingen (NGV).

Indien de verstrekkingen 252652-252663 of 252696-252700 gecumuleerd worden met een verstrekking voor mastectomie 227636-227640 of 227651-227662 of 227673-227684 of 227695-227706 of 227710-227721 of 227894-227905, dan kunnen de mastectomie en de reconstructie elk aan 100% worden vergoed.

Indien de verstrekkingen 252674-252685 of 252711-252722 gecumuleerd worden met de verstrekking 227894-227905 voor beide borsten, dan kan de verstrekking 227894-227905 éénmaal aan 100% en éénmaal aan 50% worden vergoed.

Indien de verstrekkingen 252674-252685 of 252711-252722 gecumuleerd worden met een verstrekking 227636-227640 of 227651-227662 of 227673-227684 of 227695-227706 of 227710-227721 en een contralaterale verstrekking 227894-227905, dan kunnen de verstrekkingen 227636-227640 of 227651-227662 of 227673-227684 of 227695-227706 of 227710-227721 aan 100% vergoed worden en de verstrekking 227894-227905 aan 50%.

### c) Procedure voor een aanvraag tussenkomst van het CAD

De tussenkomst van de verzekering in de verstrekkingen 252696-252700 en 252711-252722 is enkel mogelijk na akkoord van het College van artsen-directeurs, verleend voorafgaand aan de ingreep. Enkel in geval van urgent herstel bij het volledig verlies van een flap type DIEP kan het akkoord voor tussenkomst verleend worden na de ingreep.

Hiertoe verstuurt het ziekenhuis per post (of zodra dit mogelijk is via een beveiligd elektronisch platform) het volledig ingevulde en ondertekende gestandaardiseerde aanvraagformulier (bijlage 1), waarvan het model wordt vastgelegd door het College van artsen-directeurs, naar de verzekeringsinstelling van de patiënt en naar het College van artsen-directeurs. Het formulier bestemd voor het College van artsen-directeurs dient te worden vergezeld van foto's waarvoor de richtlijnen zijn gebaseerd op deze van de Plastic Surgery Educational Foundation (PSEF).

De door het College van artsen-directeurs genomen beslissing wordt via de post (of zodra dit mogelijk is via een beveiligd elektronisch platform) naar de verzekeringsinstelling en het ziekenhuis gestuurd.

### d) Honoraria (tarieven 2019)

	Codenummer		Honoraria	Tegemoetkoming Ambulant		Tegemoetkoming Gehospitaliseerd	
	AMB	HOS		Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling
K = 2,083577	252652	252663	= K 1.517	3.160,79	3.160,79	3.160,79	3.160,79
K = 2,083577	252696	252700	= K 1.517	3.160,79	3.160,79	3.160,79	3.160,79
K = 2,604660	252674	252685	= K 2.305	6.003,74	6.003,74	6.003,74	6.003,74
K = 2,604660	252711	252722	= K 2.305	6.003,74	6.003,74	6.003,74	6.003,74

## Art. 4 - Fase 2: Remodelleren van de ipsi- en heterolaterale zijde, inclusief tepelreconstructie.

### a) Omschrijving:

252733-252744 opnieuw modelleren van één of twee borsten door een borstplastie, inclusief eventuele implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander, met of zonder de unilaterale reconstructie van de areola en de tepel,

252755-252766 opnieuw modelleren van één of twee borsten door een borstplastie, inclusief eventuele implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander, met of zonder bilaterale reconstructie van de areola en de tepel

252770-252781 Aanvullend opnieuw modelleren van één of twee borsten door een borstplastie, inclusief eventuele implantatie van een borstimplantaat of een borstweefselexpander

### b) Vergoedingsvoorwaarden

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252733-252744 is eenmalig en kan enkel worden toegekend indien voorafgaandelijk of gelijktijdig één van de verstrekkingen 252652-252663 of 252696-252700 werd uitgevoerd.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252755-252766 is eenmalig en kan enkel worden toegekend indien voorafgaandelijk of gelijktijdig één van de verstrekkingen 252674-252685 of 252711-252722 werd uitgevoerd.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 252770-252781 is eenmalig en kan enkel worden toegekend indien voorafgaandelijk één van de verstrekkingen 252733-252744 of 252755-252766 werd vergoed.

De verstrekkingen 252733-252744, 252755-252766 en 252770-252781 mogen niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen van artikel 14 van de NGV.

Het borstimplantaat kan worden aangerekend overeenkomstig de bepalingen uit de Lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

Bij gelijktijdig attesteren van een verstrekking onder artikel 3 (fase 1) en een verstrekking onder artikel 5 (fase 2), worden de beide ingrepen aan 100% terugbetaald.

### c) Honoraria (tarieven 2019)

	Codenummer			Honoraria	Tegemoetkoming Ambulant		Tegemoetkoming Gehospitaliseerd	
	AMB	HOS			Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling
K = 2,188215	252733	252744	= K 336	735,24	735,24	735,24	735,24	
K = 2,188215	252755	252766	= K 391	855,59	855,59	855,59	855,59	
K = 2,188215	252770	252781	= K 168	367,62	367,62	367,62	367,62	

### Art. 5 - Fase 3: Tatoeage van tepel en tepelhof.

#### a) Omschrijving:

252792-252803 Unilaterale tatoeage van de areolaire streek door de plastisch chirurg of onder diens supervisie

252814-252825 Bilaterale tatoeage van de areolaire streek door de plastisch chirurg of onder diens supervisie

#### b) Vergoedingsvoorwaarden

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252792-252803 is eenmalig en kan slechts worden toegekend indien voorafgaandelijk één van de verstrekkingen 252652-252663 of 252696-252700 werd vergoed.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 252814-252825 is eenmalig en kan slechts worden toegekend indien voorafgaandelijk één van de verstrekkingen 252674-252685 of 252711-252722 werd vergoed.

De verstrekkingen 252792-252803 en 252814-252825 kunnen niet worden gecumuleerd met de verstrekking 252615-252626

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 252792-252803 en 252814-252825 kan slechts worden toegekend indien de ingreep wordt uitgevoerd door een arts toegetreden tot de overeenkomst of, onder zijn of haar supervisie, door een bekwame helper. De verstrekkingen dienen ook uitgevoerd te worden in een erkende verplegingsinrichting.

**c) Honoraria (tarief 2019)**

	Codenummer				Honoraria	Tegemoetkoming Ambulant		Tegemoetkoming Gehospitaliseerd	
	AMB	HOS				Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling
K = 1,380717	252792	252803	= K	72	99,41	99,41	99,41	99,41	99,41
K = 1,380717	252814	252825	= K	144	198,82	198,82	198,82	198,82	198,82

**Artikel 6. Bijkomende verstrekking in geval van noodzaak tot flaprevisie.**

**a) Omschrijving :**

252836-252840

Flaprevisie binnen de 7 dagen volgend op één van de verstrekkingen 252652-252663, 252674-252685, 252696-252700 of 252711-252722, en uitgevoerd tijdens een andere operatietijd dan voornoemde verstrekkingen. De revisie bestaat uit de revascularisatie van de perforatorflap door middel van een microchirurgische anastomose.

**b) Vergoedingsvoorwaarden :**

De verstrekking 252836-252840 kan niet gecumuleerd worden met een verstrekking uit artikel 14 van de nomenclatuur

**c) Honoraria (tarieven 2019)**

	Codenummer				Honoraria	Tegemoetkoming Ambulant		Tegemoetkoming Gehospitaliseerd	
	AMB	HOS				Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling
K 2,082160	252836	252840	K 412		857,85	857,85	857,85	857,85	857,85

**Artikel 7. Algemene vergoedingsvoorwaarden voor de verstrekkingen in de artikels 3, 4, 5 en 6.**

De honoraria voor de verstrekkingen van de artikels 3, 4, 5 en 6 dekken de vergoeding voor de uitvoerend arts en de operatieve hulp, met inbegrip van alle handelingen in verband met lipofilling en liposuctie.

De bepalingen met betrekking tot de anesthesiologie uit art. 12 van de Nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen blijven onverminderd van toepassing op de hierboven vermelde verstrekkingen, in functie van hun categorie (K-waarde).

## **CRITERIA WAARAAN DE VERPLEGINGSINRICHTING MOET VOLDOEN**

### **Artikel 8**

Enkel de verplegingsinrichtingen die beschikken over een erkende coördinerende borstkliniek zoals bedoeld in het Koninklijk besluit van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker en het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moeten voldoen om te worden erkend, kunnen deelnemen aan deze overeenkomst. De verstrekkingen vermeld in de artikelen 3, 4, 5 en 6 mogen eveneens uitgevoerd worden in een satellietborstkliniek, erkend overeenkomstig het hierboven vermelde KB van 26 april 2007, die een formeel samenwerkingsverband heeft afgesloten met de coördinerende borstkliniek van een centrum dat tot deze overeenkomst is toegetreden, op voorwaarde dat de verantwoordelijke van de inrichtende macht van het centrum dat beschikt over een satellietborstkliniek deze overeenkomst meeondertekent en dat de chirurg die de ingreep uitvoert verbonden is aan het coördinerende centrum en voldoet aan alle voorwaarden vermeld in deze overeenkomst.

Bovendien dient de verplegingsinrichting te beschikken over een interne en externe kwaliteitscontrole met een verplichte evaluatie van de patiëntentevredenheid.

De verplegingsinrichting heeft ten minste twee artsen-specialisten in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde in dienst die voldoen aan de criteria vermeld in artikel 9. Het bewijs van de daadwerkelijke activiteit wordt geleverd door het overmaken van de overeenkomsten met de betrokken zorgverleners aan het RIZIV. De verplegingsinrichting verdeelt de honoraria volgens een sleutel die bepaald wordt met de medewerking van de plastische chirurgen.

Binnen elk centrum dat de overeenkomst ondertekent, zullen alle chirurgen zich ertoe verbinden de regels ervan te volgen.

Daartoe zal een formulier "kandidatuur ziekenhuizen" worden gepubliceerd op de website van het RIZIV.

## **CRITERIA WAARAAN DE BEHANDELLENDE ARTS SPECIALIST MOET VOLDOEN**

### **Artikel 9**

De verstrekkingen in deze overeenkomst mogen slechts worden aangerekend door de artsen die erkend zijn als arts-specialist in de plastische, reconstructieve en esthetische heelkunde en die op basis van hun CV een bijzondere bekwaamheid kunnen aantonen met borstreconstructies volgens de vrije perforatorflap methode. De bijzondere bekwaamheid dient te worden aangetoond in een verklaring op eer vanwege de chirurg waarin hij de volgende zaken preciseert:

- a) het aantal ingrepen zoals bedoeld in artikel 3 die hij/zij zelf heeft uitgevoerd



- b) het aantal ingrepen zoals bedoeld in artikel 3 die hij/zij als assistent heeft uitgevoerd

Naast het minimum aantal ingrepen vermeld in de punten a) en b) van dit artikel dient bijkomstig 1 van de volgende 2 punten te worden aangetoond en gepreciseerd:

- c) de in binnen- en/of buitenland gevolgde opleidingen inzake microchirurgische vrije perforatorflappen;
- d) de eventuele publicaties en/of medewerking aan publicaties omtrent de borstreconstructie (en meer bepaald de microchirurgische vrije perforatorflappen in een peer reviewed tijdschrift).

De verplegingsinrichting deelt ten laatste op de dag van de ondertekening aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV het statuut en de namen mee van de artsen-specialisten samen met hun verklaringen op eer betreffende de bijzondere bekwaamheid, zoals vermeld in artikel 9 en samen met het bewijs van daadwerkelijke activiteit zoals vermeld in artikel 8.

Elke wijziging met betrekking tot de status van deze artsen-specialisten wordt meegedeeld aan de Leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging.

## **VERBINTENISSEN VAN DE EERSTE CONTRACTANT**

### **Artikel 10**

De Dienst verbindt zich ertoe om de inhoud van deze overeenkomst bekend te maken via de website van het RIZIV en, na evaluatie, de lijst van de contracterende verplegingsinrichtingen die voldoen aan de criteria, vermeld in artikel 8, en van de eraan verbonden plastische chirurgen die het bewijs van hun bekwaamheid, zoals vermeld in artikel 9, hebben geleverd.

## **VERBINTENISSEN VAN DE TWEEDE EN DERDE CONTRACTANT**

### **Artikel 11 – Supplementaire honoraria**

De supplementaire honoraria (niet-terugbetaalbaar door de verplichte ziekteverzekering) voor de verstrekkingen bedoeld in de artikelen 3, 4, 5 en 6 (fasen 1, 2 en 3, alsmede de eventuele revisie) mogen voor een patiënt op een éénpersoonskamer maximaal het bedrag zijn zoals vermeld in de bijlage 2 bij deze overeenkomst, ongeacht of de verstrekkingen in één tijd dan wel in meerdere operatietijden werden uitgevoerd.

Er wordt opgemerkt dat deze overeenkomst niet garandeert dat de polissen van de aanvullende verzekeraars de supplementaire honoraria volledige of gedeeltelijk zullen ten laste nemen.

Overeenkomstig art. 152, § 2, 2° van de Ziekenhuiswet worden de supplementaire honoraria, bedoeld in het vorige lid, vastgelegd in de algemene regeling van het contracterende ziekenhuis. Het ziekenhuis toont eveneens aan dat in de algemene regeling de supplementaire honoraria voor de verstrekkingen die verband houden met de ingrepen bedoeld in deze overeenkomst niet werden verhoogd. De desbetreffende uittreksels worden toegevoegd in bijlage bij deze overeenkomst.

### **Artikel 12 – Kamerkeuze**

Op geen enkele wijze mag druk worden uitgeoefend op de patiënt om zich te laten opnemen in een eenpersoonskamer. Het ziekenhuis voegt in bijlage aan deze overeenkomst de volgende gegevens toe van opnames voor de in deze overeenkomst bedoelde ingrepen met betrekking tot het jaar voorafgaand aan de ondertekening van deze overeenkomst:

1. het aantal patiënten dat verzocht heeft om opgenomen te worden in een twee- of meerpersoonskamer
2. het aantal patiënten dat verzocht heeft om opgenomen te worden in een eenpersoonskamer

De gewone kamersupplementen, zoals bedoeld in artikel 97 van de Ziekenhuiswet zijn van toepassing.

### **Artikel 13 – De geïnformeerde toestemming**

De patiënt wordt geïnformeerd over de ingreep en over de gevolgen van de keuze voor opname in een eenpersoonskamer op basis van een brochure, opgesteld door de verplegingsinrichting in overleg met het beroep, waarin alle nuttige medische informatie, waaronder de mogelijke verwickelingen en risico's, alsmede de financiële informatie wordt vermeld, zodat de patiënt met kennis van zaken de ingreep kan weigeren of toestaan en kan beslissen over de kamerkeuze.

De rechthebbende waarvoor een reconstructie wordt opgestart via een verstrekking van artikel 3 zal vooraf een informed consent ondertekenen waarin onder meer :

- de rechthebbende op de hoogte wordt gebracht van het belang van de uitvoering van de volledige behandeling (fase 1, 2 en 3) in hetzelfde centrum ;
- de rechthebbende bevestigt op de hoogte te zijn gebracht van de mogelijke risico's van de ingreep ;
- de rechthebbende bevestigt op de hoogte te zijn gebracht van de financiële gevolgen van de keuze voor opname in een eenpersoonskamer.

Dit informed consent dient in het dossier bewaard te worden.

### **Artikel 14 – Bestek en opnameverklaring**

Een schriftelijk bestek en een ontwerp van opnameverklaring worden uiterlijk 7 dagen voor de ingreep aan de patiënt overhandigd. Bij het opstellen van dit bestek wordt rekening gehouden met de kamerkeuze en met de bepalingen van artikel 11 ('supplementaire honoraria') van deze overeenkomst.

### **Artikel 15 - Voorschotten**

Onverminderd wat bepaald is in de nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen met betrekking tot de voorschotten voor de verblijfskosten, kunnen voorschotten op de honoraria worden gevraagd indien zij worden vermeld in het schriftelijk bestek en enkel op de bedragen ten laste van de patiënt ten belope van maximum 50% van het honorariumsupplement met een maximum van 1250,00 euro. Hiertoe zal de procedure uit art. 53, § 1/1 GVVU-Wet worden gevolgd.

## **EVALUATIE**

## **Artikel 16**

Deze overeenkomst zal het voorwerp uitmaken van een jaarlijkse evaluatie door een WG ad hoc van de NCAZ, samengesteld uit vertegenwoordigers van de contracterende partijen, de vertegenwoordigers van de Koninklijke Belgische Vereniging voor Plastische Chirurgen, leden van het College van artsen-directeurs en vertegenwoordigers van de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen, die als doel heeft de toepassing op het terrein van deze overeenkomst te beschouwen in het licht van de doelstellingen vermeld in punt 1 van deze overeenkomst, alsook van de verschillende bepalingen in deze conventie.

Voor deze jaarlijkse evaluatie worden verschillende bronnen gebruikt, onder andere het IMA (Intermutualistisch Agentschap), de dossiers College van artsen-directeurs, en de actuaariaatgegevens.

De evaluatie houdt in:

1° het verzamelen en interpreteren van alle informatie op basis van vaststellingen, klachten, statistieken, persberichten, ...

2° de verplichte evaluatie van de patiëntentevredenheid (zoals beschreven in artikel 8)

3° en indien nodig het formuleren van aanbevelingen tot bijsturing van de overeenkomst

4° alsook de voorstelling door het College van artsen directeurs van wijzigingen van de lijst van aandoeningen, opgenomen in artikel 3, b) van deze overeenkomst.

De bevindingen van de WG ad hoc van de NCAZ worden voorgelegd aan de NCAZ, het College van artsen-directeurs en het Verzekeringscomité.

Einde 2019 zal er een evaluatie gebeuren op basis van de gegevens van ingrepen tot 30 juni 2019 (vorige conventie)

Einde 2020 zal er, op basis van een geactualiseerd protocol, een evaluatie gebeuren op basis van de gegevens van ingrepen vanaf 01.07.2019 tot 30.06.2020, samen met een vergelijking met de gegevens van de vorige conventie.

## **GESCHILLEN**

### **Artikel 17**

De NCAZ neemt kennis van alle geschillen en betwistingen met betrekking tot de autologe borstreconstructie en kan gevat worden door patiënten, verzekeringsinstellingen, de Koninklijke Belgische Vereniging voor Plastische Chirurgen, en ziekenhuizen om ze te beslechten.

## **INDEXERING**

### **Artikel 18**

Overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden de in deze overeenkomst vermelde bedragen vanaf 1 januari van elk jaar aangepast aan de evolutie van de waarde van het in artikel 1 van dat koninklijk besluit bedoeld gezondheidsindexcijfer tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor.

## **GELDIGHEIDSTERMIJN VAN DE OVEREENKOMST**

## **Artikel 19**

Deze gewijzigde overeenkomst treedt in werking op 1 juli 2019 en vervangt de vorige editie.

Deze overeenkomst wordt afgesloten voor een periode van onbepaalde duur. Ze kan door alle partijen worden beëindigd mits inachtneming van een opzeggingstermijn van 6 maanden die ingaat op de eerste dag van de maand volgend op de datum van verzending van de aangetekende brief.

Ze vervalt onmiddellijk vanaf het ogenblik dat het centrum niet meer beantwoordt aan de criteria vermeld in artikel 8.

Opgemaakt in drievoud, te Brussel, op .....

De verantwoordelijke namens de inrichtende De Leidend Ambtenaar a.i.,  
macht,

[Click or tap here to enter text.](#)

De Heer Alain Ghilain

Directeur-generaal

De hoofdarts van het ziekenhuis,

De arts-specialist, coördinator van de  
coördinerende borstkliniek,

[Click or tap here to enter text.](#)

[Click or tap here to enter text.](#)

Het diensthoofd van de Dienst Plastische  
heelkunde,

De verantwoordelijke namens de inrichtende  
macht van de verplegingsinrichting die beschikt  
over een satellietborstkliniek die verbonden is  
aan de hierboven vermelde coördinerende  
borstkliniek,

[Click or tap here to enter text.](#)

[Click or tap here to enter text.](#)

**Gestandaardiseerd aanvraagformulier voor de vergoeding van de verstrekkingen  
252696-252700 of 252711-252722 in de uitzonderlijke indicaties beschreven in  
artikel 3 – fase 1 – b van de “Overeenkomst tussen het Verzekeringscomité van de Dienst voor  
Geneeskundige Verzorging van het RIZIV en erkende verplegingsinrichtingen voor de  
vergoeding van de totale uni- of bilaterale borstreconstructie”**

**252696-252700:** Unilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een microchirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van artsen-directeers

**252711-252722 :** Bilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een microchirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van artsen-directeers

Om te kunnen genieten van een verzekeringstegemoetkoming, dient de aanvraag te worden **ingediend vóór de uitvoering van de verstrekkingen 252696-252700 en 252711-252722, behalve in geval van gemotiveerde dringendheid.**

**De aanvraag moet verstuurd worden naar de adviserend arts van de verzekeringsinstelling EN naar het College van artsen-directeers.**

**1. De aanvraag naar de verzekeringsinstelling bevat:**

- a. dit aanvraagformulier, volledig ingevuld en ondertekend;
- b. een omstandig medisch verslag waarin de voorgeschiedenis en de evolutie van de aandoening duidelijk zijn opgenomen. In geval van dringendheid moet deze gemotiveerd zijn in het verslag.

**2. De aanvraag voor het College van artsen-directeers (RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel) bevat:**

- a. dit aanvraagformulier, volledig ingevuld en ondertekend;
- b. een omstandig medisch verslag waarin de geschiedenis en de evolutie van de aandoening duidelijk zijn opgenomen. In geval van dringendheid moet deze gemotiveerd zijn in het verslag.;
- c. pre-operatieve foto's (3 posities) - zie onderaan voor de criteria.

Een akkoord voor terugbetaling voor de verstrekkingen 252696-252700 of 252711-252722 opent automatisch het recht op vergoeding van de verstrekkingen: 252733-252744 of 252755-252766 en 252770-252781 (fase 2) en 252792-252803 of 252814-252825 (fase 3)

**IDENTIFICATIE VAN DE RECHTHEBBENDE**

Naam – Voornaam: .....

Geboortedatum : ...../...../.....

Straat en nummer:.....

Postcode en gemeente:.....

INSZ : .....

Verzekeringsinstelling : .....

**IDENTIFICATIE VAN HET ZIEKENHUIS**

Naam van het ziekenhuis : .....

Adres : .....

.....

.....

.....

**DATUM VAN DE AANVRAAG :**

.....

Deze aanvraag betreft de verstrekking (aankruisen wat van toepassing is):

- 252696-252700:** Unilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een microchirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van artsen-directeurs
- 252711-252722 :** Bilaterale borstreconstructie door middel van reconstructieve chirurgie na operatie door middel van een microchirurgische vrije perforatorflap (met inbegrip van het sluiten van de donorsite), na akkoord van het College van artsen-directeurs

**AANDOENING VAN DE BORST DIE EEN RECONSTRUCTIE VEREIST : (aankruisen wat van toepassing is)**

- Afwezigheid van borstweefsel naar aanleiding van het Syndroom van Poland
- Totaal verlies van het borstweefsel na:
  - ernstig trauma
  - het volledig mislukken van een DIEP-flap, waarbij de volledige flap dient verwijderd en vervangen te worden door een volledige nieuwe flap
  - totale mastectomie als behandeling voor een ernstige infectie
- Bij contralaterale preventieve mastectomie (CPM) wegens sterk verhoogd risico.

In geval van akkoord voor een reconstructie na CPM en indien de reconstructie voor de aangetaste borst gelijktijdig gebeurt met de ingreep op de gezonde borst, wordt een akkoord gegeven voor de code 252711-252722.

**IDENTIFICATIE VAN DE PLASTISCH CHIRURG**

Stempel en handtekening

De richtlijnen voor de pre-operatieve (pre-reconstructie) foto's zijn gebaseerd op deze van de Plastic Surgery Educational Foundation (PSEF).

Voor eenzelfde patiënt moeten de foto's :

- identificeerbaar zijn en een « timestamp » dragen,
- met hetzelfde fotografisch materiaal gemaakt zijn en
- dezelfde belichting, dezelfde omkadering en dezelfde vergroting hebben.

Er wordt een zwarte uniforme achtergrond (een stuk niet-reflecterend zwart textiel) gebruikt zodat er geen schaduw veroorzaakt wordt door het gebruik van een flash.

Alle juwelen of andere voorwerpen werden verwijderd.

Voor de borstfoto's zijn 3 posities nodig : één foto met vooraanzicht, één foto  $\frac{3}{4}$  links en één foto  $\frac{3}{4}$  rechts. Een foto met zijaanzicht is niet nodig.

AMB	HOS	Honoraria 2018	Overeenkomst 2019		
			Honoraria 2019	Her- waardering	Maximaal supplement

**Fase 1 : Microchirurgische transplantatie van weefsel**

252652	252663	3.160,79	3.160,79	0,0%	3.160,79
252674	252685	4.802,99	<b>6.003,74</b>	<b>25,0%</b>	4.802,99
252696	252700	3.160,79	3.160,79	0,0%	3.160,79
252711	252722	4.802,99	<b>6.003,74</b>	<b>25,0%</b>	4.802,99

**Fase 2 : Remodelleren van de ipsi- en heterolaterale zijde, inclusief tepelreconstructie**

252733	252744	700,23	<b>735,24</b>	<b>5,0%</b>	700,23
252755	252766	814,85	<b>855,59</b>	<b>5,0%</b>	814,85
252770	252781	350,11	<b>367,62</b>	<b>5,0%</b>	350,11

**Fase 3 : Tatoeage van tepel en tepelhof**

252792	252803	99,41	99,41	0,0%	99,41
252814	252825	198,82	198,82	0,0%	198,82

**Fase 4 : Bijkomende fase in geval van noodzaak tot flaprevisie**

252836	252840		<b>857,85</b>	<b>Nieuw</b>	<b>857,85</b>
--------	--------	--	---------------	--------------	---------------