

Het Intermutualistisch Agentschap publiceert zijn tweede rapport over de campagne borstkankerscreening - periode 1999-2002.

Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) is een vzw waarvan alle ziekenfondsen deel uitmaken. Het IMA verzamelt de gegevens waarover de verschillende ziekenfondsen beschikken en verwerkt ze tot een nuttig instrument dat het beheer van de gezondheidszorg kan ondersteunen.

Vandaag publiceert het IMA zijn tweede rapport over de campagne borstkankerscreening in de periode 1999-2002. (versie 2, november 2004)

Het IMA hoopt dat de verschillende actoren op het terrein dit rapport kunnen aanwenden als een nuttig instrument om hun activiteiten te evalueren en waar nodig bij te sturen.

Achtergrond

Het eerste rapport van het Intermutualistisch Agentschap over de campagne borstkankerscreening in oktober 2002 kon op veel interesse rekenen bij de diensten die op het terrein bezig zijn met deze opsporing. De verzekeringsinstellingen beschikken immers over gegevens waarover de erkende screeningscentra geen informatie hebben. In dit tweede rapport gaan we een stap verder : we maken een eerste analyse van de couverture-graad die door de campagne werd bereikt. Daarenboven gaan we na welke bijkomende onderzoeken na de mammografie worden uitgevoerd en bekijken we de kosten van de borstkankeropsporing.

De campagne borstkankerscreening heeft – in overeenstemming met de richtlijnen van *Europe Against Cancer* – als doel alle vrouwen van 50 tot en met 69 jaar tweejaarlijks te screenen op borstkanker door middel van een screeningsmammografie. In Vlaanderen ging de mammografische borstkankerscreening van start op 15 juni 2001. In Wallonië en Brussel startten de programma's één jaar later namelijk in juni 2002.

Materiaal en methoden

De gegevens zijn afkomstig van alle verzekeringsinstellingen en werden ingezameld en verwerkt door het *Intermutualistisch Agentschap*. Deze gegevenstrekking bevat informatie over de senologische onderzoeken (mammografie, echografie, NMR, punctie en biopsie) die werden uitgevoerd tussen 1 januari 1999 en 31 december 2002 en over de vrouwen (woonplaats, leeftijd en sociale categorie) uit de doelpopulatie.

Om de couverture (of dekkingsgraad) te evalueren die de campagne bereikt, vergelijken we de periode 1999-2000 (vóór de campagne) met de periode 2001-2002 (waarin de verschillende campagnes van start gingen). Vanaf juni 2001 werd een specifieke terugbetalingscode voorzien voor de zogenaamde *screeningsmammografie*, naast de vroegere '*diagnostische*' mammografie. Gezien de situatie nog in volle evolutie is, wordt in dit rapport gekeken naar de zogenaamde *totale couverture*. Dit is de dekkingsgraad door het geheel van screeningsmammografieën en 'diagnostische' mammografieën.

Resultaten

Totale couverture, per periode van 2 jaar, per gewest

	1999 - 2000	2001 - 2002
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	47%	49%
Vlaams Gewest	33%	50%
Waals Gewest	45%	50%
TOTAAL	38%	50%

De *totale couverture* in België stijgt van 38% in 1999-2000 naar 50% in 2001-2002. Men kan dus stellen dat in België één vrouw op twee uit de doelgroep zich effectief heeft laten onderzoeken. Bij meer dan 80% van deze vrouwen gebeurde dit één maal in de periode van twee jaar, dus zoals voorgeschreven in de campagne. 15% van de vrouwen liet zich jaarlijks onderzoeken en de resterende vrouwen hadden meer dan één mammografisch onderzoek in één van beide jaren. Dankzij de screeningscampagne heeft Vlaanderen zijn achterstand ten opzichte van Brussel en Wallonië weggewerkt.

In de periode 1999-2000 zien we dat de totale couverture groter is bij de jongere vrouwen (50-54). In 2001-2002 stijgt de couverture sterker bij de vrouwen in de leeftijdscategorieën 55-59 en 65-69 waardoor het verschil tussen de leeftijdsgroepen minder groot wordt, maar zeker niet verdwijnt. Daar staat tegenover dat de couverture door screeningsmammografieën het laagst is bij de jongste vrouwen. De verdeling per sociale categorie toont dat de totale couverture en de couverture door screeningsmammografieën gedurende de twee periodes het laagst zijn bij de inactieve vrouwen die genieten van het voorkeurtarief.

Het is de bedoeling dat voor de opsporing van borstkanker de bestaande 'diagnostische' mammografie vervangen wordt door de screeningsmammografie, die betere kwaliteitsgaranties biedt. De screeningsmammografie mag immers enkel uitgevoerd worden in erkende radiologische centra, waar apparatuur, werkmethode en personeel moeten voldoen aan strenge kwaliteitseisen. Bovendien gaat zij verplicht gepaard met een onafhankelijke tweede lezing.

Sinds de start van de campagne is er in Vlaanderen inderdaad een verschuiving op gang gekomen van de 'diagnostische' mammografie naar de screeningsmammografie. In het tweede semester van 2002 wordt 52% van de mammografieën in Vlaanderen in een erkend centrum uitgevoerd, dus mét een tweede lezing. In het Waals gewest, waar de campagne pas eind 2002 op gang kwam, wordt slechts 7,3% van de mammografieën uitgevoerd in een erkend centrum. In het Brussels gewest is dit 5,1%.

Eén van de indicatoren om de doeltreffendheid van de campagne te meten is de frequentie van *bijkomende beeldvorming* (echografie, NMR) na een mammografie : volgens *Europe Against Cancer* zou dit in niet meer dan 1 op 20 gevallen moeten voorkomen. In 2002 werd in België inderdaad bij slechts 5% van de screeningsmammografieën bijkomend onderzoek uitgevoerd. Dat is volledig conform de Europese kwaliteitscriteria.

Bij de 'diagnostische' mammografieën daarentegen werd 79% aangevuld met een bijkomend onderzoek, vooral een echografie van de borsten.

De honorering van de radiologen speelt ook een rol. Het honorarium voor een volledig senologisch bilan ('diagnostische' mammografie met echografie van de borst) bedraagt bijna het dubbele van dit voor een screeningsmammografie.

Bespreking

Gezien het grote aantal, kan men er nochtans van uitgaan dat de 'diagnostische' mammografieën toch overwegend voor opsporing worden gebruikt. Een dergelijke diagnostische aanpak in een overwegend gezonde populatie moet onvermijdelijk leiden tot een zeer hoog aantal vals positieve resultaten, met nodeloze medicalisering en ongerustheid, en dit zonder dat de kwaliteit en opvolging afdoende worden gecontroleerd. Bovendien betaalt de maatschappij hiervoor een ongerechtvaardigd hoge kostprijs : momenteel wordt een combinatie van 'diagnostische' mammografie en echografie bijna twee maal hoger gehonoreerd dan een screeningsmammografie.

Samenvattend kunnen we vaststellen dat een gunstige evolutie op gang is gekomen wat betreft de couverture en de omschakeling naar het kwaliteitsvolle screeningsonderzoek. Toch is hier nog een lange weg te gaan. Artsen en bevolking moeten beter geïnformeerd worden over de kwaliteitsgaranties die een goede screening biedt, en over de gevaren van het oneigenlijk gebruik van een diagnostische aanpak bij overwegend gezonde vrouwen.

Meer informatie:

kristel.degauquier@socmut.be
raf.mertens@cm.be
anne.remacle@mc.be
valerie.fabri@mutsoc.be