

Economische analyse van zwangerschap, bevalling en kraamtijd

Op welke verzorging doen mama's een beroep? Welke rol spelen vroedvrouwen?

Al sinds jaar en dag tonen de cijfers van de OECD¹ aan dat in ons land een ziekenhuisverblijf na een bevalling langer dan duurt het Europese gemiddelde. Vergelijken is nooit goed, maar in tijden waarin de verdeling van de financiële middelen geoptimaliseerd moest worden, was het onvermijdelijk dat er maatregelen zouden komen om deze tendens te keren en België 'in de pas' te laten lopen.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE, rapport 232 A)² gaf in 2014 aan dat het verblijf op de kraamafdeling ingekort zou kunnen worden door de postnatale zorg grondig te reorganiseren.

Dat hoefde geen tweemaal gezegd te worden: het nieuwe federale regeerakkoord (9 oktober 2014) voorziet in maatregelen om 'lange, nutteloze ziekenhuisverblijven te vermijden, gecombineerd met een alternatief, goedkoper zorgaanbod'³. Voor moederschap is er een specifieke besparingsmaatregel (aanpassing van het BFM aan de kortste verblijven die de laatste jaren vastgesteld zijn, met name door de technische cel van het RIZIV)⁴.

Dit wordt een hele uitdaging voor de ziekenhuizen en het personeel, maar ook voor de ambulante zorgverleners: zij moeten namelijk verzorging overnemen die vroeger in het ziekenhuis gebeurden.

Deze maatregelen onderstrepen de politieke wil om de ziekenhuisactiviteiten stilaan te verschuiven naar de ambulante sector.

Bovendien past dit alles in de bredere context van 'Het plan van aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering', dat de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid voorgesteld heeft op 28 april 2015.

In het kader van die inkorting van het verblijf op de kraamafdeling moet er een efficiënt moeder-kindtraject uitgewerkt worden. Daartoe heeft de Minister opgeroepen tot proefprojecten.

Het is de bedoeling om in nauwe samenwerking met de ziekenhuissector en de gewestelijke entiteiten nieuwe manieren uit te testen waarop aanstaande en kersverse moeders begeleid kunnen worden. Eerst op kleine schaal en later, als het project positief geëvalueerd wordt, op grotere schaal.

Op die manier zou het mogelijk moeten zijn om de ongunstige en onverwachte neveneffecten te beheersen, terwijl 'het veld' de gelegenheid krijgt om zich op de gepaste manier te organiseren. De voorstellen voor proefprojecten moesten tegen 30 september 2015 ingediend zijn.

Rudy VAN TIELEN, expert Economie en Wetenschap

Renata Van Woensel, medisch expert

Vertegenwoordiging en Studies van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

1
OECD (2015), Length of hospital stay (indicator). doi: 10.1787/21a7ca2b-fr

2
Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, Obyn C Vinck I, Paulus D, Christiaens W. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports 232. D/2014/10.273/82.

3
http://www.premier.be/sites/default/files/articles/accord_de_gouvernement_-_Regeerakkoord.pdf

4
<https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/anonymous?lang=fr>: voor APR_DRG 560 (natuurlijke bevalling). De beschikbare gegevens lopen van 1997 tot 2013.

01

Gegevens

De analyse in deze brochure is gebaseerd op echte gegevens over de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen, voor vrouwen die aangesloten zijn bij een van de 6 ziekenfondsen waaruit de Onafhankelijke Ziekenfondsen (MLOZ) bestaan, en die in 2013 bevallen zijn in België.⁵

De studie onderzocht drie periodes van ongelijke duur: een periode van 9 maanden vóór de bevalling (dus vanaf de conceptie van het kind), de ziekenhuisopname in verband met de bevalling (maximaal een week voor een 'probleemloze' bevalling) en een periode van 3 maanden na het verlaten van de kraamafdeling.

Grosso modo hebben we de medische, paramedische en technische verstrekkingen geanalyseerd die het ziekenfonds terugbetaald heeft in een periode van één jaar verzorging.⁶

De niet-terugbetaalbare verstrekkingen en de verstrekkingen door gewestelijke of communautaire instellingen als Kind en Gezin in het Nederlandstalige deel van België en het ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) in het Franstalige deel van het land, zijn niet opgenomen in de studie omdat die gegevens niet beschikbaar zijn voor de verzekeringsinstellingen op het niveau van het individu.⁷

Voor deze organismen bevatten enkel de jaarverslagen samengevoegde gegevens op het niveau van de populatie die deze structuren bezoekt.

5

De analyseresultaten zijn op 29 oktober 2015 gepresenteerd op het jaarlijkse congres van de UPSFB (Union professionnelle des sages-femmes belges) in Namen. www.sage-femme.be. Aan Nederlandstalige zijde bestaat er een gelijkaardige organisatie: de Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen:

<http://www.vbov.be/>

6

Het betreft een periode van 52 à 53 weken, en geen kalenderjaar.

7

<http://www.one.be>: Rapport d'activité 2011 en

<http://www.kindengezin.be>: Jaarverslag 2014

02

Resultaten

Er waren in 2013 ongeveer 125.000 ziekenhuisverblijven voor bevallingen in België.⁸ Aan dit cijfer moeten eigenlijk ook 20.000 zwangerschapsonderbrekingen toegevoegd worden.⁹

In dat jaar hebben de onafhankelijke ziekenfondsen 19.533 bevallingen geregistreerd voor 19.323 vrouwen tussen 15 en 47 jaar.¹⁰ Een geboorte op 93 betreft dus een meerling (tegenover 1 op 84 voor België, cijfer van Sensoa 2011).

We stellen vast dat 99 % van de vrouwen tijdens een klassieke ziekenhuisopname bevalt. Het overblijvende procent bevalt thuis (6%) of ambulantly (0,4%).

Geëxtrapoleerd naar heel België zouden 500 à 750 vrouwen dus thuis bevallen.

Bij natuurlijke bevallingen zijn de vrouwen gemiddeld 30 jaar, bij keizersnedes 31 jaar. Deze gemiddelde leeftijden lopen gelijk met wat de technische cel van het RIZIV vastgesteld heeft voor heel België. **De bestudeerde populatie telt 21,9% aan keizersnedes. Dit ligt duidelijk hoger dan de 15% die de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) ideaal vindt voor een Westers land.¹¹**

Ter vergelijking: voor 2013 meldt de technische cel van het RIZIV 20,8% aan keizersnedes voor heel België, tegenover ongeveer 14% in 1997 (voortdurende toename tussen beide datums). Daarnaast werd voor 65% van de natuurlijke bevallingen de ernstgraad geëvalueerd op 1 en voor 31% op 2. Voor keizersnedes is deze ernstgraad respectievelijk 65% en 26%. Gezien het hoge percentage keizersnedes met een ernstgraad 1 (kort gezegd een aanduiding voor de complexiteit van de bevalling) kan men zich de vraag stellen of de keizersnede wel noodzakelijk was. Bij gebrek aan medische gegevens die de procedure verantwoorden, laten wij als verzekeringsinstelling de keuze en de motivering voor deze chirurgische ingreep aan de gynaecoloog.

Tabel 1 bevat de spreiding van natuurlijke bevallingen en bevallingen met een keizersnede volgens het gewest waarin de patiënte haar kind baarde.

In 2013 hebben de onafhankelijke ziekenfondsen 19.533 bevallingen geregistreerd.

TABEL 1

Verdeling van de geboortes volgens type bevalling en gewest waarin de bevalling plaatsvond, MLOZ 2013

| | Gewest | % type bevalling | Leeftijd (jaar) | Duur verblijf (dagen) |
|-----------------------|------------|------------------|-----------------|-----------------------|
| Keizersnede | Brussel | 21,3% | 32,7 | 6,4 |
| | Vlaanderen | 21,9% | 31,7 | 6,4 |
| | Wallonië | 22,6% | 31,2 | 6,2 |
| Natuurlijke bevalling | Brussel | 78,7% | 31,2 | 4,7 |
| | Vlaanderen | 78,1% | 30,7 | 4,3 |
| | Wallonië | 77,4% | 30,2 | 4,6 |

⁸ Technische cel van het RIZIV: <https://tct.fgov.be> ; AP-DRG's 540, 541 en 560. Gegevens 2013.

⁹ Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid Sensoa: www.sensoa.be

¹⁰ Slechts 16.473 bevallingen zijn 'bruikbaar' voor de analyse.

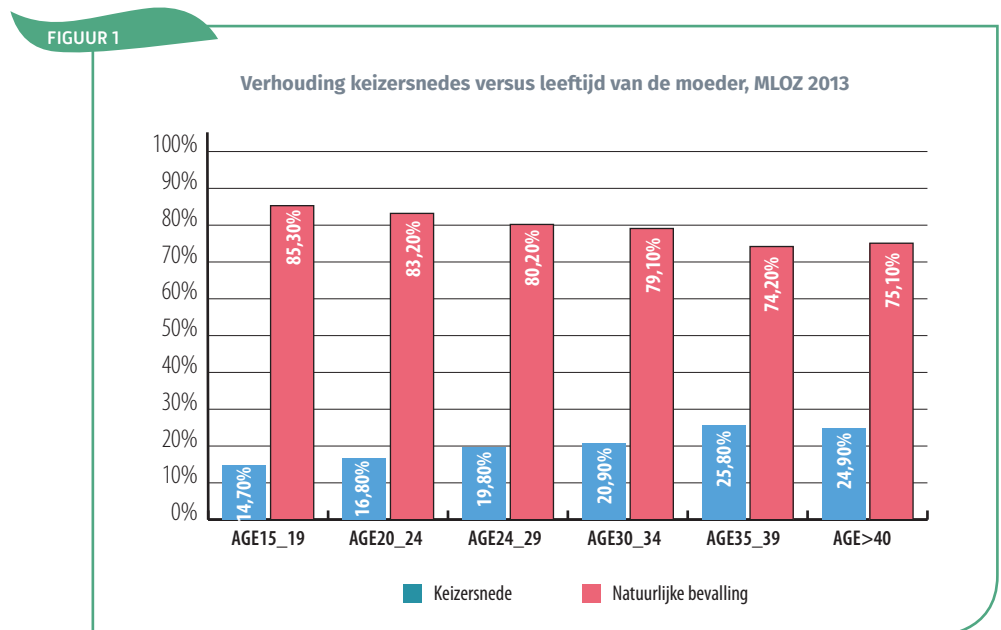
¹¹ Verklaring van de WGO over het aandeel aan keizersnedes WHO/RHR/15.02. ©Wereldgezondheidsorganisatie 2014

Ongeacht het gewest waarin de moeder bevalt, we stellen geen significante verschillen vast tussen de soorten bevallingen. Deze vaststelling geldt zowel voor een natuurlijke bevalling als voor een bevalling via keizersnede.

Ook wat betreft de leeftijd van de moeders is er geen significant verschil tussen de gewesten.

Wat betreft het verblijf, zit er een aanzienlijk verschil van bijna 2 dagen tussen een natuurlijke bevalling (4,5 dagen) en een bevalling met keizersnede (6,4 dagen).

Figuur 1 toont dat het percentage aan keizersnedes samen met de leeftijd van de moeder stijgt, van 14,7% voor moeders tussen 15 en 19 jaar, tot 25% voor vrouwen van 35 jaar en ouder.



We hebben ook geanalyseerd welke impact de opname van de baby heeft op de gemiddelde verblijfsduur van de moeder. Frappant resultaat hiervan is dat de gemiddelde verblijfsduur van de moeder systematisch spectaculair stijgt wanneer de baby opgenomen moet worden voor bijkomende diagnostische onderzoeken of voor belangrijke medische verzorging of chirurgische ingrepen.

Tabel 2 vat de impact van de opname van de baby samen per type bevalling en per gewest. Ongeveer 10,5% (1.729 van de 16.473) van de bevallingen leidt tot een specifieke opname van de baby (alle soorten bevallingen en alle gewesten door elkaar).

“Ongeacht het gewest waarin de moeder bevalt, we stellen geen significante verschillen vast tussen de soorten bevallingen. Deze vaststelling geldt zowel voor een natuurlijke bevalling als voor een bevalling via keizersnede.”

TABEL 2

| Opnameduur van de moeder en opnamepercentage van de baby, per gewest | | | | | |
|--|------------|-------------|------|-------------------------|-------------------------|
| | | | N | Lengte van het verblijf | % opnames baby |
| Keizersnede | Brussel | Geen opname | 1030 | 5,9 | 20,6% (IC : 18,3-22,8)* |
| | | Opname kind | 267 | 10,5 | |
| | Vlaanderen | Geen opname | 936 | 6,1 | 20,6% (IC : 18,2-23,0) |
| | | Opname kind | 243 | 8,8 | |
| | Wallonië | Geen opname | 943 | 5,8 | 16,9% (IC : 14,7-19,1) |
| | | Opname kind | 192 | 9,7 | |
| | | | N | Lengte van het verblijf | % opnames baby |
| Natuurlijke bevalling | Brussel | Geen opname | 4371 | 4,6 | 8,5% (IC : 7,7-9,3) |
| | | Opname kind | 408 | 6,8 | |
| | Vlaanderen | Geen opname | 3901 | 4,3 | 7,1% (IC : 6,3-7,9) |
| | | Opname kind | 298 | 5,8 | |
| | Wallonië | Geen opname | 3563 | 4,4 | 8,3% (IC : 7,4-9,1) |
| | | Opname kind | 321 | 6,4 | |

* Bi: betrouwbaarheidsinterval van 95% van de verhouding in functie van de beschikbare gegevens voor onze analyse

Bij een bevalling met keizersnede blijft de moeder 3 tot 4 dagen langer in het ziekenhuis dan een mama wiens kind niet opgenomen moest worden. Bij een natuurlijke bevalling vermindert dit verschil naar 2 dagen. Er is geen significant statistisch verschil tussen de gewesten.

Een andere interessante statistiek betreft het aandeel opgenomen baby's per type bevalling en per gewest. **De verhouding van opgenomen pasgeborenen ligt 2,5 maal hoger bij een bevalling via keizersnede (20% vs. 8%).** De cijfers per gewest geven geen bijkomende informatie, aangezien de betrouwbaarheidsintervallen van 95% erop wijzen dat we op basis van onze ruwe gegevens geen conclusies kunnen trekken over de verschillen tussen de gewesten.

We hebben ons ook over andere periodes gebogen, namelijk de tijd tussen de opname in het ziekenhuis en de eigenlijke bevalling, en de tijd tussen de bevalling en het ontslag uit het ziekenhuis (tabel 3).

TABEL 3

| Gemiddelde en mediaan van de tijd tussen de opname en de bevalling, en de tijd tussen de bevalling en het ontslag (in dagen) | | | | |
|--|--|---------|--|---------|
| | délai entre l'entrée à l'hôpital et l'accouchement (jours) | | délai entre l'accouchement et la sortie de l'hôpital (jours) | |
| | Gemiddelde | Mediaan | Gemiddelde | Médiane |
| Keizersnede | 0,9 | 0 | 5,2 | 5 |
| Natuurlijke bevalling | 0,5 | 0 | 3,8 | 4 |

Wat betreft de tijd tussen de opname en de bevalling, vertelt de mediaan ons dat de helft van de vrouwen op de opnamedag bevalt, ongeacht het type bevalling (66% voor natuurlijke bevallingen en 57% voor keizersnedes). Misschien wat moeilijker te zien in dit geval, is dat het gemiddelde hoger ligt dan de mediaan. Dat komt doordat de mediaan beïnvloed wordt door moeders die het wat lastiger hebben tijdens hun 'arbeid'. Wanneer de vrouwen niet op de dag van de opname bevallen, gebeurt dat meestal pas twee dagen later.

Ook in de tijd tussen de bevalling en het ontslag uit het ziekenhuis zien we hetzelfde verschil van gemiddeld 2 dagen tussen een natuurlijke bevalling (3,8 dagen) en een bevalling via keizersnede (5,2), dat we ook al bij tabel 1 vermeld hadden.

We hebben gezien dat na 10,5% van de bevallingen de baby opgenomen moest worden. Het is interessant om te zien waar die baby's liggen terwijl hun moeders op de kraamafdeling blijven (Tabel 4).

TABEL 4

Ziekenhuisdiensten waar de pasgeborenen opgenomen zijn

| DIENST | Omschrijving diensten | N (verschillende adressen) | Totaalaantal verschillende individuen | % verschillende individuen per dienst |
|--------|---|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 19 | N* Sectie niet-intensieve neonatale verzorging | 532 | 592 | 43,3% |
| 21 | Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling | 2 | 2 | 0,1% |
| 23 | Dienst voor pediatrie | 22 | 22 | 1,6% |
| 26 | Dienst voor materniteit | 4 | 4 | 0,3% |
| 27 | Dienst voor intensieve neonatale verzorging | 663 | 739 | 54,0% |
| 49 | Functie of dienst voor intensieve verzorging | 9 | 9 | 0,7% |

Ter herinnering: onze analyses zijn gebaseerd op de ziekenhuisfacturen van onze leden, waarop de naam en het adres van de patiënten staat (dus van de moeders en van de kinderen als die opgenomen werden). De vergelijking tussen de eerste twee cijferkolommen is interessant. We zien namelijk dat 10 tot 15% van de opgenomen baby's lid zijn van een meerling (tweeling, drieling, ...). Dat blijkt doordat het aantal verschillende individuen op de ziekenhuisfacturen niet hetzelfde is als het aantal verschillende adressen.¹² Anderzijds hebben we vastgesteld dat 20% van de meerlingengeboortes tot een opname in neonatale verzorging heeft geleid.

In 54% van de gevallen wordt de baby opgenomen in een dienst voor intensieve neonatale verzorging (mogelijke oorzaken: vroeggeboorte, ondergewicht bij de geboorte, ademhalingsproblemen, ...). In 43,3% van de gevallen wordt de baby opgenomen in een dienst voor niet-intensieve neonatale verzorging (N*), omdat hij acute verzorging nodig heeft waarvoor minder technologie vereist is.

¹² Een van de moeilijkheden voor deze analyse was om een opgenomen baby, vaak met de naam van de vader, te verbinden met zijn moeder, die immers opgenomen is onder haar meisjesnaam. De gemeenschappelijke noemers zijn dus het woonplaatsadres en de verstrekingsdatum voor de bevalling van de moeder en de geboorte van het kind.

Hoelang blijven deze baby's in het ziekenhuis? Tabel 5 beantwoordt deze vraag.

TABEL 5

Verblijfsduur van de pasgeborenen als ze opgenomen worden (in gefactureerde dagen)

| DIENST | Omschrijving diensten | Totaalaantal verschillende individuen | Gemiddelde verblijfsduur | Durée médiane séjour |
|--------|---|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| 19 | N* Sectie niet-intensieve neonatale verzorging | 592 | 6,7 | 5,0 |
| 21 | Dienst voor diagnose en heelkundige behandeling | 2 | 18,5 | 18,5 |
| 23 | Dienst voor pediatrie | 6 | 7,5 | 2,0 |
| 26 | Dienst voor materniteit | 3 | 7,3 | 4,0 |
| 27 | Dienst voor intensieve neonatale verzorging | 739 | 11,3 | 8,0 |
| 49 | Functie of dienst voor intensieve verzorging | 8 | 7,0 | 4,0 |

Voor 50% van de gevallen (= mediaan) duurt de opname 5 dagen in een dienst voor niet-intensieve neonatale verzorging, en 8 dagen in een dienst voor intensieve neonatale verzorging. Het gemiddelde vertoont een significant verschil van 4 à 5 dagen tussen een pasgeborene die opgenomen is in een dienst voor intensieve verzorging vs. een die opgenomen is in niet-intensieve verzorging. De gegevens over de andere diensten worden enkel ter informatie vermeld: de berekeningen van de verblijfsduur daar zijn gebaseerd op te weinig baby's.

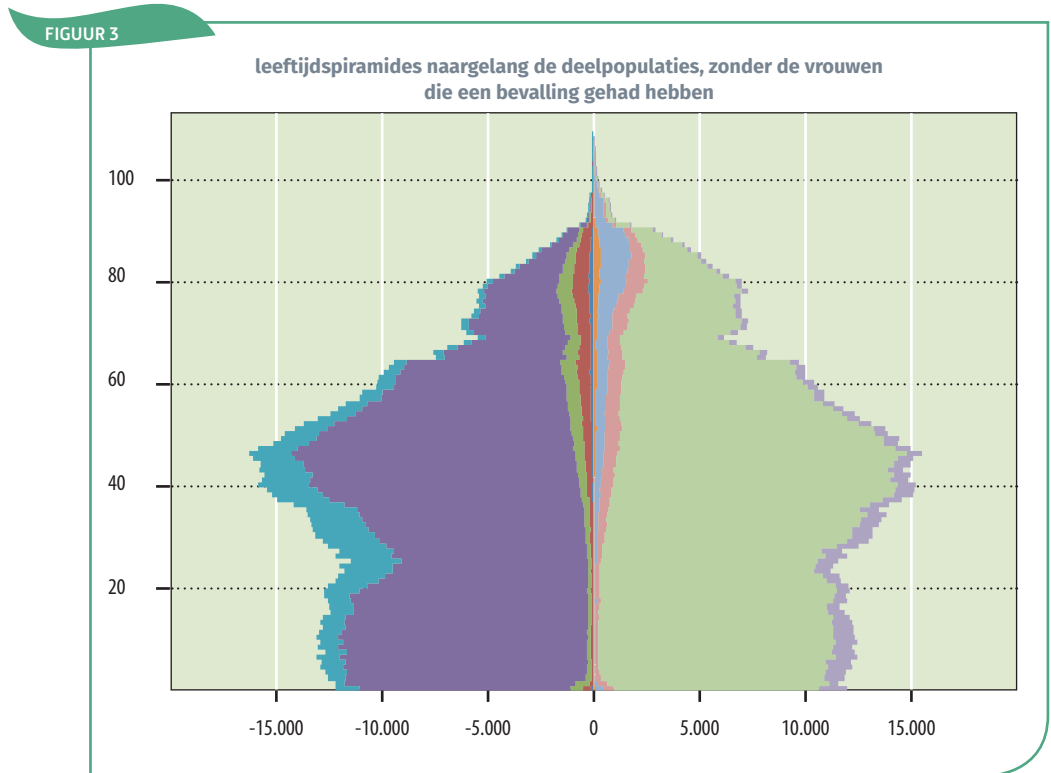
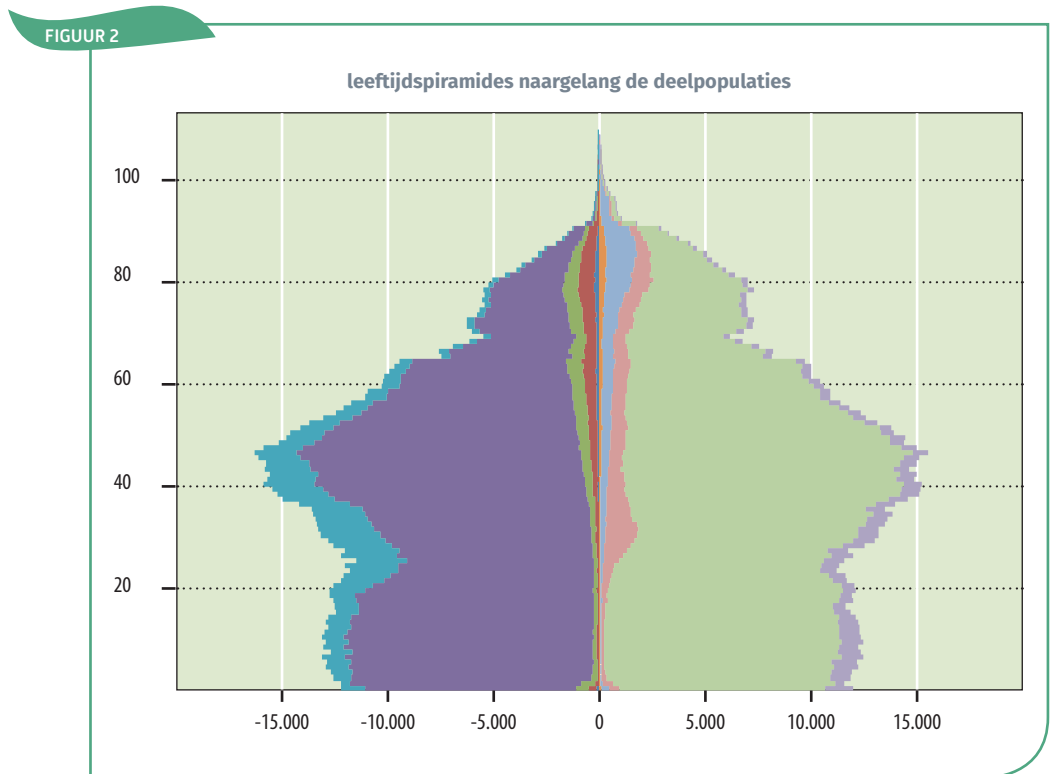
Deze omschrijving van de verschillende verblijfsduur is erg belangrijk, omdat we weten dat de lengte van een ziekenhuisverblijf niet alleen een aanzienlijke impact heeft op de publieke uitgaven, via de ziekenfondsen, maar ook op de privéuitgaven (remgeld en ziekenhuissupplementen).

ALGEMENE RIZIV-UITGAVEN

We hebben berekend, op basis van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, dat een individu in 2013 gemiddeld € 2.075 kostte aan de geneeskundige verzorging, met een verschil van ongeveer 20% tussen mannen (€ 1.875) en vrouwen (€ 2.250). In termen van concentratie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging behoort een vrouw tot de 20% grootste gezondheidszorgconsumenten vanaf € 2.000, en tot de 10 % grootsten vanaf € 4.500 per jaar.

Enkel de opname wegens bevalling duwt de moeder al in deze groep van 'grote' verbruikers, aangezien een opname wegens bevalling het ziekenfonds zo'n € 3.300 kost voor een normale bevalling en € 4.600 voor een keizersnede.

Figuur 2 herhaalt de vaststelling die we al in 2013 maakten bij een andere studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.¹³



- Mannen 1
- Mannen 5
- Mannen 10
- Mannen Andere verbruikers
- Mannen Niet verbruikers
- Vrouwen 1
- Vrouwen 5
- Vrouwen 10
- Vrouwen Andere verbruikers
- Vrouwen Niet verbruikers

Enkel de opname wegens bevalling duwt de moeder al in deze groep van 'grote' verbruikers, aangezien een opname wegens bevalling het ziekenfonds zo'n € 3.300 kost voor een normale bevalling en € 4.600 voor een keizersnede (Tabel 6). We herinneren eraan dat periode 1 de 9 maanden van de zwangerschap betreft, periode 2 de opname in verband met de bevalling en periode 3 de periode van 3 maanden na de bevalling.

TABEL 6

| RIZIV-uitgaven en remgeld gedurende de 3 periodes | | | | | | | | |
|---|----------|-----------------------|----------------|------------|-------------|------------|----------|----------|
| | Periode* | Type bevalling | RIZIV-bedragen | | | Remgeld | | |
| | | | Gemiddelde | Mediaan | P95 | Gemiddelde | Mediaan | P95 |
| Moeder | 1 | Keizersnede | € 1.840,68 | € 1.156,77 | € 5.119,17 | € 243,75 | € 215,66 | € 526,05 |
| | | Natuurlijke bevalling | € 1.417,61 | € 978,63 | € 3.592,10 | € 215,73 | € 195,76 | € 439,29 |
| | 2 | Keizersnede | € 4.609,00 | € 4.143,53 | € 7.368,55 | € 173,36 | € 173,45 | € 260,47 |
| | | Natuurlijke bevalling | € 3.322,56 | € 3.105,82 | € 4.962,92 | € 137,28 | € 145,15 | € 194,89 |
| | 3 | Keizersnede | € 359,17 | € 177,40 | € 1.034,78 | € 46,32 | € 28,11 | € 147,55 |
| | | Natuurlijke bevalling | € 283,50 | € 166,90 | € 669,93 | € 44,25 | € 26,45 | € 133,91 |
| Kind | 2 | Keizersnede | € 5.362,82 | € 2.048,53 | € 20.499,79 | € 93,29 | € 68,56 | € 261,71 |
| | | Natuurlijke bevalling | € 2.356,67 | € 252,18 | € 12.100,13 | € 54,01 | € 23,84 | € 208,34 |
| | 3 | Keizersnede | € 2.056,27 | € 190,70 | € 9.649,14 | € 92,24 | € 50,64 | € 312,67 |
| | | Natuurlijke bevalling | € 844,23 | € 145,75 | € 3.460,16 | € 65,12 | € 39,37 | € 202,80 |

* Periode 1 betreft de 9 maanden van de zwangerschap, periode 2 is de opname in verband met de bevalling en periode 3 is de periode van 3 maanden na de bevalling.

De bedragen van periode 2 variëren sterk, afhankelijk van het feit of de moeder in een universitaire instelling bevallen is. Ter informatie: een universitaire instelling rekent op haar factuur 20% meer aan voor een bevalling dan een niet-universitaire instelling, ongeacht het type bevalling.

Ter vergelijking: een vrouw tussen 15 en 47 jaar¹⁴ die niet bevallen is in 2013, vertegenwoordigt € 1.200 aan kosten voor geneeskundige verzorging, dus gemiddeld € 100 per maand. In dezelfde leeftijdsgroep telt een vrouw die in 2013 met een keizersnede bevallen is, € 6.800 aan uitgaven voor geneeskundige verzorging, en een vrouw die op natuurlijke wijze bevallen is, € 5.025. In het bestudeerde jaar gaat 65 à 67% van de jaarlijkse uitgaven van kersverse moeders naar de ziekenhuisopname in verband met de bevalling (€ 3.300/€ 5.025 voor een natuurlijke bevalling en € 4.600/€ 6.800 voor een keizersnede).

Het valt op dat 5% van de moeders door het RIZIV terugbetaalde ziekenhuisfacturen indienen van meer dan € 5.000 voor een natuurlijke bevalling en € 7.400 voor een keizersnede.¹⁵

De keizersnede is ook een kostenjager/-indicator voor de ziekenfondsen, met dien verstande dat het niet zozeer de keizersnede zelf is die de uitgaven tijdens de opname de hoogte in jaagt (tenzij in het geval van een 'gemakkelijkshalve' keizersnede), maar wel de eventuele pathologische toestand van de foetus, die te vroeg geboren kan worden en/of problemen heeft in de baarmoeder.

13
Karakaya G., Vanrillaer V., Van Tielen R., Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg: Een analyse van de terugbetalingen door de ziekteverzekering (gegevens 2010): Brochure MLOZ, Decembre 2013, 60 bladzijden. Beschikbaar op de website van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

14
Leeftijdsgroep ('range') van de patiënten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen die bevallen zijn in 2013

15
Gegevens uit de kolom P95 (percentiel 95), wat betekent dat 95% van de bestudeerde populatie een waarde vertoont die lager is dan of gelijk is aan de vermelde bedragen, en dus dat 5% van die populatie een hogere waarde vertoont

Als de bevalling goed verloopt en de baby geen bijzondere verzorging nodig heeft, wordt die verzorging op naam van de moeder geboekt. De baby verwerft pas een 'boekhoudkundig' bestaan als hij tijdens de opnameperiode van de moeder gespecialiseerde zorg nodig heeft (Neonatal Intensive Care (NIC), specifieke medicatie, ...). We herhalen dat 10% van de pasgeborenen het voorwerp uitmaken van een specifieke opname tijdens de opname van de moeder; bij meerlingen loopt dit cijfer op tot 20%.

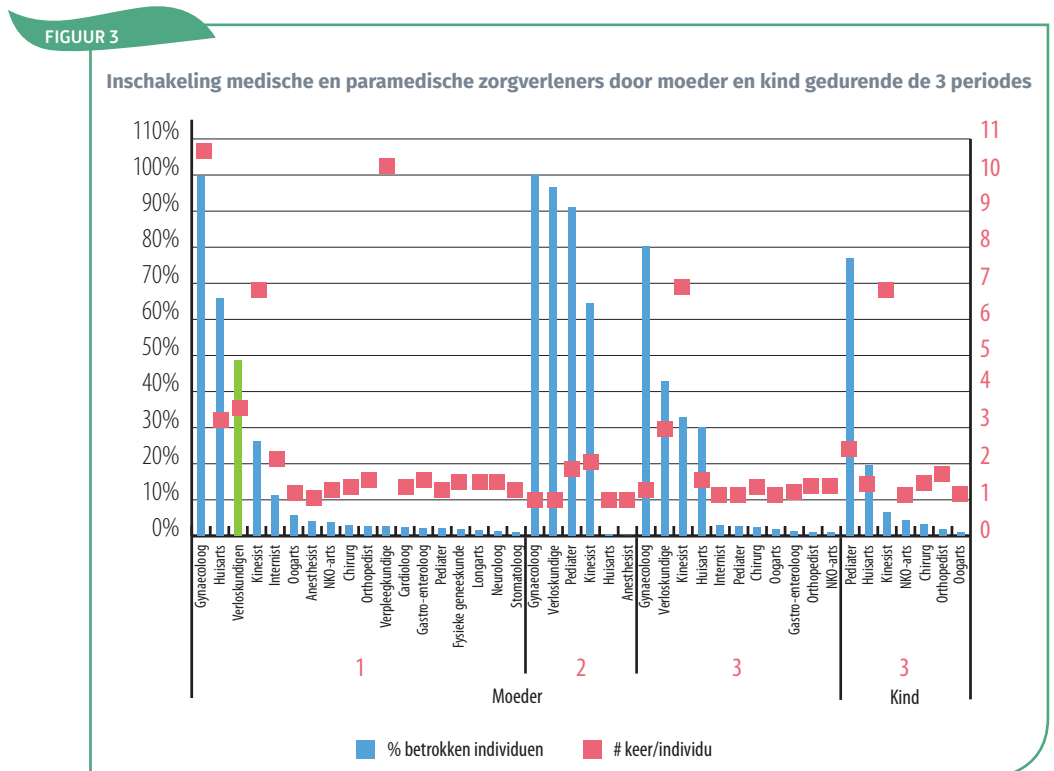
Deze gegevens tonen aan hoe groot de mogelijke financiële impact op de openbare financiën kan zijn wanneer er beslissingen genomen worden over de opnameduur van de moeder wegens haar bevalling. In 2013 (gegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen) was de gemiddelde (gefactureerde) verblijfsduur 4,5 en 6,4 dagen voor respectievelijk een normale bevalling en een keizersnede zonder complicaties.

Tot slot merken we op dat het remgeld voor de terugbetaalbare verstrekkingen in dat jaar redelijk bescheiden blijft ten opzichte van de totale kost die een bevalling en de voor- en nazorg daarvan met zich brengt. Uiteraard zou de toeslag ten laste van de patiënte (of van de hospitalisatieverzekering) meer bedragen als we rekening moesten houden met de ziekenhuis-supplementen die de ziekenhuizen aanrekenen aan hun patiënten-klienten (toeslagen voor eenpersoonskamers, honorariumsupplementen, ...).

INSCHAKELING VAN ZORGVERLENERS

We hebben kortgeleden een overzicht van de totale RIZIV-uitgaven per periode ontvangen. Het is interessant om de inhoud van die uitgaven te ontdekken door te analyseren wanneer er tijdens de verschillende periodes uit de studie een beroep gedaan wordt op verzorging en terugbetaalbare verstrekkingen.

We konden onmiddellijk vaststellen hoeveel verschil er bestaat in de manier waarop aanstaande mama's zich laten begeleiden bij en zich voorbereiden op de geboorte. Elke situatie, elk geval is anders. Figuur 3 toont in welke mate moeders medische zorgverleners inschakelen gedurende de 3 periodes voor zichzelf, en gedurende de nazorgperiode voor hun baby.



MEDISCHE ZORGVERLENERS

100% van de moeders raadpleegt een gynaecoloog tijdens de zwangerschap. Verbazingwekkend hierbij is het gemiddelde aantal raadplegingen: 10,8 keer op een periode van 9 maanden. In 66% van de gevallen wordt ook een huisarts geraadpleegd, maar niet noodzakelijk in verband met de zwangerschap. Alle andere medische specialiteiten worden slechts door minder dan 10% van de aanstaande moeders geraadpleegd. Tabel 7 vat samen in welke mate de voornaamste medische zorgverleners ingeschakeld worden.

TABEL 7

Medische zorgverleners

| Periode* | Type | Zorgverlener | N | % total N | Aantal raadplegingen, advies | Gemiddeld aantal raadplegingen per persoon |
|----------|--------|--------------|-------|-----------|------------------------------|--|
| 1 | Moeder | Gynaecoloog | 16365 | 100% | 176837 | 10,8 |
| | | Huisarts | 10807 | 66% | 34907 | 3,2 |
| | | Pediater | 360 | 2% | 452 | 1,3 |
| 2 | Kind | Gynaecoloog | 1 | 0% | 1 | 1,0 |
| | | Huisarts | 17 | 0% | 17 | 1,0 |
| | | Pediater | 69 | 0% | 69 | 1,0 |
| | Moeder | Gynaecoloog | 16414 | 100% | 16458 | 1,0 |
| | | Huisarts | 71 | 0% | 71 | 1,0 |
| | | Pediater | 7 | 0% | 7 | 1,0 |
| 3 | Kind | Gynaecoloog | 23 | 0% | 24 | 1,0 |
| | | Huisarts | 3221 | 20% | 4691 | 1,5 |
| | | Pediater | 12697 | 77% | 31147 | 2,5 |
| | Moeder | Gynaecoloog | 13165 | 80% | 16545 | 1,3 |
| | | Huisarts | 4958 | 30% | 7775 | 1,6 |
| | | Pediater | 404 | 2% | 470 | 1,2 |

100% van de moeders raadpleegt een gynaecoloog tijdens de zwangerschap. Verbazingwekkend hierbij is het gemiddelde aantal raadplegingen: 11 keer op een periode van 9 maanden.

* Periode 1 betreft de 9 maanden van de zwangerschap, periode 2 is de opname in verband met de bevalling en periode 3 is de periode van 3 maanden na de bevalling.

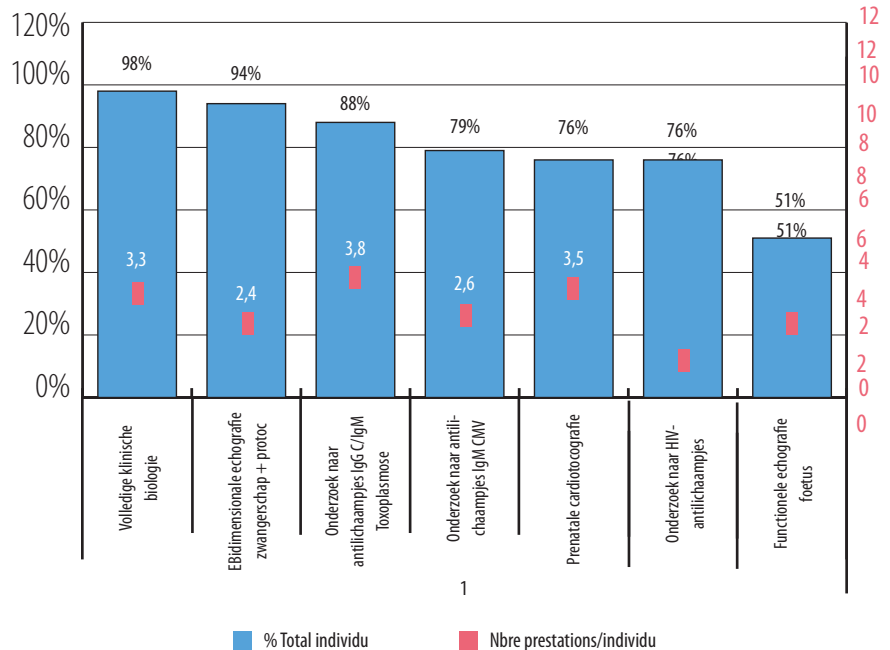
Na de opname gaat 80% minstens eenmaal in de 3 maanden na de bevalling naar een gynaecoloog. Ook de huisarts wordt bezocht: 30% van de jonge moeders ziet hem 1 of 2 keer in deze periode, beduidend minder dan tijdens de zwangerschap.

77% van de baby's heeft een pediater gezien in de eerste 3 maanden na de geboorte, gemiddeld 2,5 keer in totaal, dus ongeveer eenmaal per maand. De huisarts werd door 20% van de kinderen minstens eenmaal bezocht. De andere medische specialiteiten werden slechts uitermate zelden bezocht, waarschijnlijk wegens kleine individuele problemen (figuur 3).

Wat betreft de verstrekkingen (figuur 4), ondergaat 100 % van de aanstaande moeders handelingen voor klinische biologie, gemiddeld 3 keer tijdens de 9 maanden zwangerschap. Het betreft hier de traditionele basisdoseringen maar ook onderzoeken naar toxoplasmose (bij 88% van de vrouwen), CMV (bij 80% van de vrouwen), hepatitis (70%), HIV (76%), ... Frappant is dat deze onderzoeken een- tot driemaal uitgevoerd worden bij dezelfde zwangere vrouw.

FIGUUR 4

Vaakst voorkomende technische verstrekkingen tijdens de zwangerschap (periode 1)



De andere klassieker is het echografisch onderzoek. De tweedimensionale echografie wordt uitgevoerd bij 94% van de vrouwen, gemiddeld 2,4 keer tijdens de zwangerschap. Een andere test, het functionele echografische onderzoek van de foetus, wordt uitgevoerd bij 51% van de vrouwen, met dezelfde frequentie van 2,4 keer op de periode.

Een derde onderzoek, de prenatale cardiocografie, wordt in 76% van de gevallen uitgevoerd, gemiddeld 3,5 keer per vrouw. Dit is een monitoring van de foetus door een grafische registratie van diens hartslag. Normaal gezien gebeurt dit enkel tijdens de bevalling, maar soms wordt deze monitoring ook gebruikt tijdens de zwangerschap wanneer er op het einde risicofactoren ontstaan of wanneer er gelinke pathologieën zijn (risico op vroegtijdige bevalling, vroegtijdig breken van de vliezen, meervoudige zwangerschappen, chronisch foetaal lijden, ...). In bijlage 1 vermelden we de andere verstrekkingen die tijdens de eerste 9 maanden uitgevoerd worden.

In het ziekenhuis zien alle vrouwen minstens eenmaal een gynaecoloog (tijdens de bevalling), en 90% ziet gemiddeld tweemaal tijdens hun verblijf een pediater.

Voor alle leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen die in 2013 bevallen zijn samen, hebben we 1.010 verschillende terugbetaalbare verstrekkingen (zonder honoraria) in het ziekenhuis geteld. Slechts 32 daarvan betroffen 80 % van de aanstaande moeders (tabel 7).

De andere 978 verstrekkingen betroffen voornamelijk klinische biologie (meerdere en gevarieerde doseringen, ...). Zij vormen 16,7 % van de uitgaven voor technische verstrekkingen tijdens de opname. Medische verstrekkingen staan in het rood, verstrekkingen voor klinische biologie in het zwart.

TABEL 8

Verstrekkingen in het ziekenhuis bij een bevalling, MLOZ 2013*

| Période | LIBELLE_FR prestation | Nbre individus | % Total Individu | Durée médiane séjour |
|---------|--|----------------|------------------|----------------------|
| 2 | ASSIST.ACCOUCHE.EFFECT.P/MEDEC.HOPIT | 15712 | 95% | 1,0 |
| 2 | PRESTATION RELATIVE P/BIOL.CLINIQUE | 15478 | 94% | 1,0 |
| 2 | DOSAGE HEMOGLOBINE P/ELECTROPHOTOM. | 14262 | 86% | 1,8 |
| 2 | NUMEROTATION DES GLOBULES ROUGES | 13320 | 81% | 1,7 |
| 2 | ACCOUCHEMENT NORMAL OU DYSTOCIQUE | 12892 | 78% | 1,0 |
| 2 | DETERMIN.GROUPSANG.ABO/FACT.RHES.D | 12164 | 74% | 1,1 |
| 2 | NUMEROTATION DES PLAQUETTES | 11391 | 69% | 1,7 |
| 2 | NUMEROTATION DES GLOBULES BLANCS | 11301 | 68% | 1,7 |
| 2 | RECH.ANTICORPS ANTI-ERYTHROCYTAIRES | 9529 | 58% | 1,0 |
| 2 | ANEST.EPIDURALE/SURVEILLANCE P/ACC. | 9066 | 55% | 1,0 |
| 2 | SEANCE KINE 30 MIN BÉNÉF HOSPITALISÉ 13 | 9050 | 55% | 2,0 |
| 2 | FORMULE LEUCOCYTAIRE | 8806 | 53% | 1,7 |
| 2 | DOSAGE DE LA CRP P/METHODE IMMUNOL. | 6750 | 41% | 1,8 |
| 2 | DETERMINAT.SOUS-GROUPES RHESUS C,E | 6735 | 41% | 1,1 |
| 2 | DETERMINATION PH SANGUIN/PRESS.CO2 | 6407 | 39% | 1,1 |
| 2 | PRES. SALLE ACCOUCHE.+PRISE CHARGE NOUVEAU-NÉ | 6030 | 37% | 1,0 |
| 2 | RECH.ANTIC. IGM C/TOXOPLASMA GONDII | 5668 | 34% | 1,1 |
| 2 | DOSAGE BILIRUBINE TOT.ET FRACTIONS | 5564 | 34% | 1,7 |
| 2 | PREST.SOINS DIAGNOSTIQUES NON REMB. | 5487 | 33% | 1,0 |
| 2 | RECH.ANTIC. IGG C/TOXOPLASMA GONDII | 5050 | 31% | 1,1 |
| 2 | DOSAGE DU GLUCOSE | 5001 | 30% | 1,5 |
| 2 | CARDIOTOCOGRAPHIE ANTENATALE | 4246 | 26% | 1,5 |
| 2 | DOSAGE DE LA BILIRUBINE | 3946 | 24% | 1,5 |
| 2 | ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE | 3597 | 22% | 1,0 |
| 2 | TEMPS DE THROMBOPLASTINE | 3588 | 22% | 1,3 |
| 2 | ANESTHESIE P/PREST. =<K270-N450-ISSO | 3568 | 22% | 1,0 |
| 2 | TEMPS DE THROMBOPLASTINE PARTIELLE | 3533 | 21% | 1,4 |
| 2 | CULTURE AEROBIE DE PLUS, EXSUDATS ETC | 3307 | 20% | 1,4 |
| 2 | DOSAGE DU POTASSIUM | 3259 | 20% | 1,4 |
| 2 | DOSAGE DU SODIUM | 3243 | 20% | 1,4 |
| 2 | DETERMINATION AUTRES ANTIGENES ERYTHROCYTAIRES | 3241 | 20% | 1,1 |

* Zonder honoraria (raadplegingen, ...) en farmaceutische verstrekkingen

We zien er ook de verhouding van natuurlijke bevallingen (78%) ten opzichte van keizersnedes (22%). Epidurale verdoving wordt toegepast bij ... 55% van de bevallingen, en de hartmonitoring van de foetus (cardiotocografie) slechts bij 26% van de gevallen (tegenover 76% tijdens de zwangerschap). In 37% van de gevallen is er een pediater aanwezig in de bevallingskamer, die eventueel voor de baby zorgt (met name voor de transfer naar een dienst voor intensieve of niet-intensieve verzorging).

NIET-MEDISCHE ZORGVERLENERS

Tabel 9 toont in welke mate de hulp ingeroepen wordt van de 3 voornaamste niet-medische functies die verband houden met een bevalling.

Ongeveer 1 vrouw op 2 schakelt een vroedvrouw in vóór de bevalling (minder dan 15% van die raadplegingen vindt thuis plaats). Zij zien haar gemiddeld 3 à 4 keer tijdens de zwangerschap. Sommige vrouwen krijgen zonder twijfel advies over de zwangerschap van een verpleegkundige (3% van de vrouwen, maar zij hebben gemiddeld 10 terugbetaalde verstrekkingen voor verpleegkundige handelingen). Bij gebrek aan een medische dossier kunnen wij niet weten om welke reden de verpleegkundigen geraadpleegd worden. Misschien gaat het hier om risicozwangerschappen.

In het ziekenhuis hebben bijna alle moeders een vroedvrouw gezien, ook al wordt een vroedvrouw vaak verward met een verpleegster. Op financieel vlak vertegenwoordigen de aanstaande moeders in 2013 minder dan 5% van de RIZIV-uitgaven (dagprijs aan 100%) tijdens een opname wegens bevalling.

Na de bevalling roept 40 tot 50% (naargelang van het type bevalling) van de moeders de hulp van een vroedvrouw in, meestal voor verzorging en monitoring thuis, of in verband met de borstvoeding. Dit gebeurt gemiddeld 3 keer tijdens de 3 maanden na de bevalling.

TABEL 9

Inschakeling van niet-medische zorgverleners (vroedvrouwen en paramedici)

| Periode | Type | Zorgverlener | # individuen | % totaal N | # verstrekkingen | Gemiddeld # verstrekkingen per persoon |
|---------|--------|------------------|--------------|------------|------------------|--|
| 1 | Moeder | Verloskundigen | 7963 | 49% | 28217 | 3,5 |
| | | Verpleegkundigen | 411 | 3% | 4223 | 10,3 |
| | | Kinesisten | 4322 | 26% | 29684 | 6,9 |
| 2 | Moeder | Verloskundigen | 15849 | 97% | 16356 | 1 |
| | | Verpleegkundigen | 62 | 0% | 78 | 1,3 |
| | | Kinesisten | 10576 | 64% | 21903 | 2,1 |
| | Kind | Verloskundigen | 114 | 1% | 368 | 3,2 |
| | | Kinesisten | 1063 | 6% | 7256 | 6,8 |
| 3 | Moeder | Verloskundigen | 7019 | 43% | 21187 | 3 |
| | | Verpleegkundigen | 548 | 3% | 4963 | 9,1 |
| | | Kinesisten | 5368 | 33% | 37211 | 6,9 |

Bijna 33% van de vrouwen heeft 7 kinesitherapie sessies gedurende deze 3 maanden (voornamelijk tijdens de eerste 2 maanden).

De herorganisatie van het moeder-kindtraject na bevalling zal voornamelijk een impact hebben op verstrekkingen die momenteel tijdens de ziekenhuisopname uitgevoerd worden. Maar welke dan? Momenteel zien bijna alle mama's tijdens hun 4 of 6 dagen opname eenmaal een verloskundige, en 2/3 ziet tweemaal een kinesist of volgt een fysiotherapie. Zal deze zorg correct gemeld en ambulant verstrekt worden door nu meteen (dus in 2015 en 2016) al te verplichten om het ziekenhuisverblijf in te korten?



Na de bevalling roept 40 tot 50% van de moeders de hulp van een vroedvrouw in, meestal voor verzorging en monitoring thuis, of in verband met de borstvoeding. Dit gebeurt gemiddeld 3 keer tijdens de 3 maanden na de bevalling.

03

Besluit

De inkorting van het verblijf op de kraamafdeling is een opvallende maatregel, maar echt onverwacht is het niet. **In de meeste Westerse landen blijven moeders steeds minder lang in het ziekenhuis na een bevalling.** De keerzijde van de medaille is wel de impact die dat kortere verblijf zal hebben op jonge ouders, die minder tijd krijgen om hun baby te leren kennen en in het ziekenhuis leren om hem te verzorgen. Een goede begeleiding na de geboorte is zeer belangrijk, zeker voor kwetsbare gezinnen en ouders die maar weinig ondersteuning krijgen van hun omgeving.

TE VEEL ROUTINEMATIGE RAADPLEGINGEN EN VERSTREKKINGEN

Bij de zwangerschapopvolging stellen we gemiddeld 10,8 raadplegingen bij de gynaecoloog vast, bovenop 3,5 raadplegingen bij een verloskundige in de helft van de gevallen. Voor zwangerschappen met een laag risico raadt het KCE1 10 prenatale raadplegingen aan voor vrouwen die voor de eerste keer zwanger zijn, en 7 voor zwangere vrouwen die al een kind hebben. Sommige verstrekkingen voor klinische biologie lijken routinematig en meermaals uitgevoerd te worden, zonder rekening te houden met de risicofactoren van de patiënte. Ook het gemiddelde aantal echografieën ligt hoger dan het gemiddelde. Waarom al die voorzorgsmaatregelen?

Opsporing van het HIV-virus daarentegen blinkt uit in afwezigheid bij ongeveer een vierde van de zwangerschappen, terwijl een prenatale behandeling aangewezen is bij een positieve test. Deze studie onderzocht vooral toekomstige moeders met een laagrisicozwangerschap. Voor hen kan een redelijke demedicalisering voorgesteld worden door de raadplegingen en bijkomende onderzoeken rationeler toe te passen.

Tot slot moet het mogelijk zijn om het aantal keizersnedes snel tot onder de 20% te krijgen.

THUISZORG DOOR VROEDVROUWEN UITBREIDEN

Vrouwen zijn niet gelijk wanneer ze voor een bevalling staan, op medisch noch op sociaal vlak. Voor de meesten onder hen is leven geven een bron van vreugde. In dat geval is een dagje minder in het ziekenhuis slechts een detail. Maar anderen, vooral vrouwen in een moeilijke situatie, zijn erg kwetsbaar op dat moment in hun leven. Hoe kunnen vroedvrouwen beter geïntegreerd worden in zowel alternatieve structuren als in de bestaande gemoderniseerde ziekenhuisstructuren? Proefprojecten zouden deze vraag moeten kunnen beantwoorden. Het hoeft geen verbazing te wekken dat de overheid probeert om de verzorging van patiënten te rationaliseren en nieuwe pistes exploreert, zolang de gezondheid niet te grabbel wordt gegooid en de moeders terecht kunnen bij de geschikteste en best opgeleide professionals. Zelfs als er geen medische noodzaak was, blijft deze verschuiving naar ambulante verzorging een trend.

In het algemeen moeten de nieuwe moeder-kindtrajecten er wel voor zorgen dat het belang van de patiëntes en de zorgkwaliteit centraal staan, en niet enkel de publieke uitgaven.

We moeten ons afvragen of de huidige organisatie van de ambulante verzorging in staat is om een snelle terugkeer naar huis te garanderen en/of die de eventuele (bepaalde) risico's tijdens de postnatale periode medisch kan opvangen en het bijkomende volume zal kunnen verwerken.

Van in het begin moeten er indicatoren zijn waarmee geëvalueerd kan worden of de bevoegdheidsniveaus (federaal en gewestelijk) elkaar goed aanvullen, zodat de aanstaande moeders/gezinnen correct opgevangen worden.

Tot slot moet het hoge percentage (en de onvoldoende gefundeerde stijging daarvan vanuit epidemiologisch oogpunt) van keizersnedes in ons land, en de postnatale zorg die deze chirurgische ingreep met zich mee brengt, veranderen, met als doel een nieuw zorgtraject dat voldoende kwaliteitsgaranties biedt voor de volksgezondheid.



Het hoeft geen verbazing te wekken dat de overheid probeert om de verzorging van patiënten te rationaliseren en nieuwe pistes exploreert, zolang de gezondheid maar niet te grabbel wordt gegooid en de moeders terecht kunnen bij de geschikteste en best opgeleide professionals.

1

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_248Bs_examens_recommand%C3%A9s_pendant_grossesse_Synthese.pdf

Toekomst

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zullen de gevolgen van de politieke beslissing om het verblijf op de kraamafdeling in te korten voor 'risico-arme' zwangerschappen en bevallingen met argusogen volgen. Absoluut noodzakelijk is de ontwikkeling en uitbreiding van de thuisverstrekkingen door vroedvrouwen. **Het is ook de bedoeling om de zwangerschap en de gevolgen van de bevalling te 'demedicaliseren'.** De ziekenfondsen kunnen hierbij een rol spelen door de autonomie van de moeder te stimuleren (empowerment) door hulp en schriftelijke of mondelinge informatie, bovenop wat de betrokken actoren (dokters, verpleegkundigen, sociaal werkers, case manager, ...) al doen. Er moeten 'waak'-maatregelen ontwikkeld worden na een vervroegd of geprogrammeerd ontslag: controleren hoeveel zuigelingen opnieuw opgenomen worden, indicatoren en/of maatregelen instellen om te controleren of de postnatale verzorging in alle gewesten uniform is, ... De proefprojecten zullen nog andere ideeën doen ontstaan.

Dit nieuwe individuele zorgtraject moeder-kind heeft natuurlijk zijn prijs voor de openbare financiën, maar die ligt beduidend lager dan de ziekenhuiskosten. **De studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toont namelijk aan dat de vroedvrouwen maar voor 5% meewegen in de kosten van een bevalling. Voor 2016 is hiervoor een budget van € 21,3 miljoen vrijgemaakt, dit is 0,1% van het totale budget voor geneeskundige verzorging!** Te weinig mama's weten trouwens dat de ziekteverzekering postnatale thuiszorg door een geconventioneerde vroedvrouw volledig terugbetaalt. Het is belangrijk om ze daarover te informeren, en daar is een rol weggelegd voor de ziekenfondsen.

Trouwens uiteraard zouden ook andere zorgverleners actief betrokken moeten worden bij de postnatale opvolging volgens de behoeften van ouders en baby's (huisartsen, pediaters, gynaecologen, ...).

Referenties

- OECD (2015), Length of hospital stay (indicator). www.oecd.org
- Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, Obyn C Vinck I, Paulus D, Christiaens W. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2014. KCE Reports 232. D/2014/10.273/82.
- Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari MT, Carville S, Dworzynski K, Gaudet L, Glen J, Jones K, Miller P, Tetzlaff J M, Alexander S, Allegaert K, Beeckman K, Ceysens G, Christiane Y, De Ronne N, de Thysebaert B, Dekker N, Denys A, Eeckeleers P, Hernandez A, Mathieu E, Seuntjens L, Verleye L, Stordeur S. Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ? – Synthèse. Good Clinical Practice (GCP) Bruxelles: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) 2015. KCE Reports 248Bs. D/2015/10.273/56.
- Ceuppens A, Di Zinno T., Guillaume J., Regueras N., Benahmed N., Remacle A., Prenatale zorgen in België in 2010. Vergelijking met de resultaten 2005. Inter mutualistisch Agentschap. Juni 2013 <http://www.aim-ima.be/IMG/pdf/suivi-pr-natal-en-2010---aim---20130612.pdf>
- Neiryck C., De ziekenhuiskostprijs van een bevalling in België, Brochure MLOZ, November 2012, 20 bladzijden. Beschikbaar op de website van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

TECHNISCHE VERSTEKKINGEN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

| Période | LIBELLE_FR prestation | Nbre individus | % Total Individu | Nbre prestations/ individu |
|---------|--|----------------|------------------|----------------------------|
| 1 | DOSAGE HEMOGLOBINE P/ELECTROPHOTOM. | 16184 | 98% | 3,3 |
| 1 | NUMEROTATION DES GLOBULES ROUGES | 16047 | 97% | 3,2 |
| 1 | NUMEROTATION DES PLAQUETTES | 15942 | 97% | 3,2 |
| 1 | NUMEROTATION DES GLOBULES BLANCS | 15609 | 95% | 3,1 |
| 1 | EVAL.ECHO.BIDIMENS.GROSSESSE+PROTOC | 15432 | 94% | 2,4 |
| 1 | DOSAGE DU GLUCOSE | 14539 | 88% | 2,0 |
| 1 | RECH.ANTIC.IGG C/TOXOPLASMA GONDII | 14476 | 88% | 3,8 |
| 1 | RECH.ANTIC.IGM C/TOXOPLASMA GONDII | 14355 | 87% | 3,9 |
| 1 | FORMULE LEUCOCYTAIRE | 13983 | 85% | 2,8 |
| 1 | FORF.BIOL.PREST.B <700>1750GR MEDECIN ACCRED. | 13735 | 83% | 2,7 |
| 1 | FORF.BIOL.VALEUR PREST.B<700 MEDECIN ACCRED. | 13658 | 83% | 2,4 |
| 1 | DIAGN/CONTROL.EVOL.HEPATIT.VIRALE B | 13273 | 80% | 1,3 |
| 1 | FORF. BIOL.PREST.B <1750>3500GR MEDECIN ACCRED. | 13160 | 80% | 2,1 |
| 1 | RECH.ANTICORPS IGM CYTOMEGALOVIRUS | 13100 | 79% | 2,7 |
| 1 | RECH.ANTICORPS IGG CYTOMEGALOVIRUS | 13084 | 79% | 2,6 |
| 1 | DOSAGE HORMONE THRÆOTROPE (TSH) | 13083 | 79% | 1,9 |
| 1 | DOSAGE FERRITINE P/METHODE NON-ISOT | 12914 | 78% | 2,1 |
| 1 | FORF.BIOL.PREST.B >3500GR MEDECIN ACCRED. | 12774 | 77% | 1,5 |
| 1 | RECHERCHE DES ANTICORPS HIV | 12582 | 76% | 1,2 |
| 1 | CARDIOTOGRAPHIE ANTENATALE | 12563 | 76% | 3,5 |
| 1 | TEMPS DE THROMBOPLASTINE | 12298 | 75% | 1,9 |
| 1 | RECH.ANTICORPS ANTI-ERYTHROCITAIRES | 12251 | 74% | 2,1 |
| 1 | DOSAGE DE LA CREATININE | 12147 | 74% | 2,2 |
| 1 | DOSAGE DE L'ACIDE URIQUE | 12125 | 73% | 2,2 |
| 1 | TEMPS DE THROMBOPLASTINE PARTIELLE | 12025 | 73% | 1,9 |
| 1 | DOSAGE ASPARTATE+ALANINE AMINOTRANS | 11720 | 71% | 2,2 |
| 1 | DIAGN/CONTR.EVOLUT.HEPATIT.VIRALE C | 11521 | 70% | 1,2 |
| 1 | DETERM.RISQUE SYNDROME DOWN 1ER TRIM. DE GROSSESSE | 11301 | 68% | 1,0 |
| 1 | DOSAGE DE L'UREE | 11262 | 68% | 2,1 |
| 1 | DOSAGE T4 LIBRE | 11046 | 67% | 1,9 |
| 1 | SERODIAG.INF. TREPONEME:ANTIG.SPECIF | 10772 | 65% | 1,2 |
| 1 | RECHERCHE DU STREPTOCOQUE AGALACTIAE | 9881 | 60% | 1,0 |
| 1 | DOSAGE CHRORIOGONADOTROPHINES HUMAIN(HCG) | 9677 | 59% | 1,5 |
| 1 | DOSAGE GAMMAGLUTAMYLTRANSFERASES | 9380 | 57% | 1,9 |
| 1 | RECH.ANTICORPS C/RUBEOLE CHEZ FEMME | 9318 | 56% | 1,3 |
| 1 | CULTURE AEROBIE URINE AV/IDENT.GERM | 9026 | 55% | 2,0 |
| 1 | DOSAGE DU FER | 8731 | 53% | 1,8 |
| 1 | DETERM.GROUP.SANG.ABO/FACT.RHES.D | 8506 | 52% | 1,4 |
| 1 | ECHOGRAPHIE DU PETIT BASSIN | 8369 | 51% | 1,9 |
| 1 | EXAMEN ECHO.FONCTIONNEL DU FOETUS | 8356 | 51% | 2,4 |

TECHNISCHE VERSTEKKINGEN TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

| Période | LIBELLE_FR prestation | Nbre individus | % Total Individu | Nbre prestations/ individu |
|---------|---|----------------|------------------|----------------------------|
| 3 | ECHOGRAPHIE DU PETIT BASSIN | 4943 | 30% | 1,1 |
| 3 | SURV+SOINS POST.NATALS. -->6EME JOUR A DOMICILE | 4127 | 25% | 2,5 |
| 3 | SÉANCE KINÉ 30 MIN CABINET KINÉ HORS HOP 13 | 3358 | 20% | 5,7 |
| 3 | DOSAGE HEMOGLOBINE P/ELECTROPHOTOM. | 2447 | 15% | 1,4 |
| 3 | NUMEROTATION DES GLOBULES ROUGES | 2395 | 15% | 1,4 |
| 3 | NUMEROTATION DES GLOBULES BLANCS | 2350 | 14% | 1,4 |
| 3 | NUMROTATION DES PLAQUETTES | 2263 | 14% | 1,4 |
| 3 | FORMULE LEUCOCYTAIRE | 2151 | 13% | 1,4 |
| 3 | EX.CYTOPATH.PRELEV.CERVICO-VAGINAUX | 1999 | 12% | 1,0 |
| 3 | SEANCE INDIVIDUELLE DE KINÉ 30 MINUTES | 1901 | 12% | 7,1 |
| 3 | REALISAT. FROTIS CERVICAL/VAGINAL | 1857 | 11% | 1,0 |
| 3 | SURVEILL+SOINS POST-NATALS SEJOUR | 1785 | 11% | 1,0 |
| 3 | FORF.BIOL.PREST.B <700>1750GR MEDECIN ACCRED. | 1584 | 10% | 1,1 |
| 3 | DOSAGE DE LA CR P/METHODE IMMUNOL. | 1570 | 10% | 1,5 |
| 3 | DOSAGE DE LA CREATININE | 1529 | 9% | 1,3 |
| 3 | EXAM.MICROSC.PLUS, SPERME COL SIMPLE | 1469 | 9% | 1,1 |
| 3 | FORF.BIOL. VALEUR PREST.B <700 MEDECIN ACCRED. | 1446 | 9% | 1,2 |
| 3 | DOSAGE HORMONE THRÛOTROPE (TSH) | 1356 | 8% | 1,1 |
| 3 | DOSAGE DE L'UREE | 1345 | 8% | 1,3 |
| 3 | DOSAGE ASPARTATE+ALANINE AMINOTRANS | 1340 | 8% | 1,3 |
| 3 | DOSAGE GAMMAGLUTAMYLTRANSFERASES | 1294 | 8% | 1,3 |
| 3 | DOSAGE FERRITINE P/METHODE NON-ISOT | 1272 | 8% | 1,1 |
| 3 | DOSAGE DU GLUCOSE | 1246 | 8% | 1,2 |
| 3 | PREMIERE CONSULTATION ALLAITEMENT MATERNEL A DOM. | 1205 | 7% | 1,0 |
| 3 | PREST. DE LABOR. NON REMBOURSABLES + | 1177 | 7% | 1,1 |
| 3 | DOSAGE T4 LIBRE | 1138 | 7% | 1,1 |
| 3 | SPEC. PHARM. BEN. AMBUL. OFF. HOSP-CAT.D | 1116 | 7% | 1,2 |
| 3 | HON COML UTIL TECHN ADHESIVE | 1112 | 7% | 1,3 |
| 3 | FORF.BIOL.PREST.B<1750>3500GR MEDECIN ACCRED. | 1022 | 6% | 1,1 |
| 3 | CONSULTATION ALLAITEMENT MATERNEL A DOMICILE | 1015 | 6% | 1,6 |
| 3 | DOSAGE DU FER | 984 | 6% | 1,1 |
| 3 | DOSAGE DE L'ACIDE URIQUE | 974 | 6% | 1,2 |
| 3 | DOSAGE DES PHOSPHATASES ALCALINES | 969 | 6% | 1,3 |
| 3 | SURVEILL+SOINS POST-NATALS A PARTIR 4E JOUR (jour ouvrable) | 952 | 6% | 1,0 |
| 3 | EXAM. MICROSC.PLUS, SPERME COL. DOUBLE | 871 | 5% | 1,1 |
| 3 | SURVEILL+SOINS POST-NATALS A PARTIR DU 6E JOUR ZKH. | 854 | 5% | 1,3 |
| 3 | CONSULT. AMBULATOIRE RADIODIAGNOSIC | 848 | 5% | 1,2 |
| 3 | HONORAIRES COMPLÂM. GESTION DMG | 848 | 5% | 1,0 |
| 3 | AUTRES PRODUITS PARAPHARMACEUTIQUES | 839 | 5% | 1,3 |
| 3 | DOSAGE DES DEHYDROGENASES LACTIQUES | 820 | 5% | 1,3 |
| 3 | CULTURE AEROBIE URINE AV/IDENT.GERM | 815 | 5% | 1,2 |
| 3 | FORFAIT MEDICALE EN MAISON MEDICALE | 803 | 5% | 2,8 |
| 3 | DOSAGE DES PROTEINES TOTALES | 802 | 5% | 1,2 |
| 3 | CONSULTATION AU CABINET DU DENTISTE | 789 | 5% | 1,1 |
| 3 | FORFAIT SOINS INF. MAISON MEDICALE | 784 | 5% | 2,8 |
| 3 | RX. INTRABUCCALE DENT/GROUPE DENTS | 769 | 5% | 1,1 |
| 3 | CONSULT. DERMATO-VÂNËRËOLOGUE ACCR. | 768 | 5% | 1,2 |
| 3 | DOSAGE DU CALCIUM | 761 | 5% | 1,3 |
| 3 | EXAM.BUCALANNUEL DU 18E AU 63E ANNIVERSAIRE | 746 | 5% | 1,0 |

4.8. Algoritme

| 1ste trimester (1-14 weken) | | Niet routinematig uitvoeren | |
|--|---|---|--|
| Patiëntgerichtheid: bijstand, informatie, betrokkenheid bij de besluitvorming | <p>1ste bezoek</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificatie van risicofactoren Afspraken: 10 consultaties voor een 1ste zwangerschap of 7 in andere gevallen Gewicht & BMI Bloeddruk Proteinurie Informatie over screening naar syndroom van Down en preventieve maatregelen voor CMV & toxoplasmose | | <p>1ste bezoek: Bloedanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemoglobine, MCV, MCH & MCHC Bloedgroep en rhesusfactoren indien onbekend Atypische rode bloedcellen Hemoglobine-elektroforese bij vrouwen met een risico op hemoglobinestoornissen |
| | <p>Volgende bezoeken</p> <ul style="list-style-type: none"> Controle van de gewichtstoename Bloeddruk Vanaf 12 weken, Doppler-auscultatie van foetaal hartritme (FHR) <p>Tussen 11 en 13 weken 6 dagen</p> <ul style="list-style-type: none"> Echografie | | <p>1ste bezoek: Screening van infecties</p> <ul style="list-style-type: none"> Hepatitis B indien immunestatus onbekend HIV Rodehond indien immunestatus onbekend Syfiis Waterpokken indien geen infectieverleden |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Eventueel een enkele test voor CMV Eventueel een enkele test voor toxoplasmose | |
| 2e trimester (15-28 weken) | | Alleen in research | |
| <p>Elk bezoek</p> <ul style="list-style-type: none"> Controle van de gewichtstoename Bloeddruk Doppler-auscultatie van foetaal hartritme Vanaf 20 weken: proteinurie Vanaf 24 weken: meting van fundushoogte | <p>Begin tweede trimester</p> <ul style="list-style-type: none"> Urinestaal voor asymptomatische bacteriurie <p>Tussen 18 en 22 weken</p> <ul style="list-style-type: none"> Echografie <p>Tussen 24 en 28 weken</p> <ul style="list-style-type: none"> Screening naar zwangerschapsdiabetes | | |
| | | | |
| 3e trimester (29-40 weken) | | | |
| <p>Elk bezoek</p> <ul style="list-style-type: none"> Controle van de gewichtstoename Bloeddruk & proteinurie Doppler-auscultatie van foetaal hartritme Meten van fundushoogte | <ul style="list-style-type: none"> Tweede screening naar anemie Echografie <p>Tussen 35 en 37 weken</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaginale en rectale staalafname voor GBS Vanaf 36 weken, Leopold-manoeuvres | | |
| Zwangerschap na de verwachte bevallingsdatum maar minder dan 41 weken | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> Onvoldoende bewijs voor foetale bewaking met behulp van cardiografie of echografie (bv. vruchtwatermetingen, biofysisch profiel) | | |

Onze studies op www.mloz.be

Hoofdzetel:

Lenniksebaan 788A, 1070 Brussel - België (RPR Brussel)
www.mloz.be - Ondernemingsnummer: 411.766.483

Redactie: Rudy Van Tielen - Güngör Karakaya

Coördinatie: Karima Amrous

Layout: Marinella Cecaloni

Verantwoordelijke uitgever: Xavier Brenez

Foto's: Shutterstock

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

