

Question orale de Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre d'examens médicaux réalisés durant la grossesse"

17.02 **Kattrin Jadin** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, j'aimerais aussi partager certains constats avec vous concernant le nombre d'examens médicaux réalisés durant la grossesse.

Les mutualités libres ont estimé le coût moyen d'une grossesse à environ 5 000 euros pour l'INAMI. Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), trop d'examens inutiles seraient réalisés durant la grossesse. Par exemple, comme le disait Mme Dedry, pour le KCE, seules deux échographies seraient vraiment nécessaires. Or il s'avère qu'en moyenne, selon le KCE, une femme enceinte sur deux passe jusqu'à cinq échographies. Autre exemple frappant: pour les grossesses à faible risque, le KCE recommande 10 visites prénatales pour les femmes enceintes du premier enfant et 7 pour les suivants. Or, la moyenne est de 10,8 consultations gynécologiques.

Madame la ministre, avez-vous eu connaissance de ces chiffres, de ces études? À quelles conclusions vous amènent-ils? Cela donnera-t-il lieu à des mesures prises en conséquence?

17.03 **Minister Maggie De Block:**

À la suite de l'étude du KCE, une proposition de révision de la nomenclature relative à l'échographie dans le cadre d'une grossesse est en cours d'examen. Les gynécologues estiment aussi que, pour un bon suivi de la grossesse, elle n'est plus adaptée aux besoins.

Une des exigences imposées au projet pilote vise les accouchements avec séjour hospitalier écourté et essaie de couvrir une période de soins démarrant au cours de la période prénatale.

Les sept projets retenus ont, pour la plupart, prévu de couvrir une prise en charge qui débute dans la vingt-huitième semaine de grossesse, voire plus tôt selon d'autres projets.

Les données d'activité et financières qui ressortiront de l'évaluation des projets devraient donc donner une idée précise des soins dispensés au cours de la phase prénatale. Ces projets couvrent environ quinze mille accouchements par an. C'est quand même significatif.

Er is inderdaad ook sprake van een gestage groei van het aantal keizersneden in België - momenteel bijna 20 % -, terwijl de Wereldgezondheidsorganisatie tot voor kort aanraade om 15 % niet te overschrijden. Dat percentage ligt echter onder de aantallen die in andere landen werden vastgesteld, zoals ook uit het recentste performantierapport van het KCE in 2015 is gebleken.

Een van de aanbevelingen in dat rapport is om aandacht te schenken aan de evolutie van het percentage, vooral omdat er tussen verschillende ziekenhuizen een onverklaarbare variabiliteit werd aangetoond.

De bedoeling van een keizersnede is om het leven van de moeder en de pasgeborene te redden. Er moet echter natuurlijk een medische indicatie zijn voor die techniek, anders moet men voor een natuurlijke bevalling kiezen. De WGO heeft de doelstelling van 15 % keizersneden in april 2015 in vraag gesteld, aangezien hiermee geen beter inzicht in de keizersneden om gegronde redenen kon worden verkregen. Zij adviseerde dus om het percentage keizersneden in de toekomst op basis van de risico's te evalueren, volgens de Robson-classificatie. Dat is momenteel onmogelijk onder het huidige registratiesysteem, ongeacht of de RIZIV-nomenclatuur of de minimale klinische gegevens, ICD-9 of ICD-10, worden gebruikt. De registratie zal dus anders moeten gebeuren.

Om de keizersneden op basis van het risico van zo nabij mogelijk te monitoren, heb ik dan ook aan mijn diensten gevraagd om de mogelijke oplossingen te onderzoeken.

De plus, l'accord national médico-mutualiste de 2016-2017 prévoit, dans le cadre des soins efficaces, certaines mesures en vue d'atteindre des objectifs de santé concrets, notamment la réduction du nombre de césariennes. À cet effet, le point 4.2.4 dudit accord prévoit deux mesures. (*Le téléphone de la ministre sonne*)

D'une part, il prévoit l'instauration d'un supplément d'urgence aux honoraires pour les accouchements naturels et, d'autre part, il prévoit une collaboration avec le groupe professionnel concerné en vue d'étudier comment les variations de pratique, en matière de nombre de césariennes sur la totalité des accouchements et calculé par hôpital, peuvent être mises en conformité avec les recommandations scientifiques existantes.

U zegt dat nog te veel normale bevallingen in universitaire ziekenhuizen plaatsvinden, wat meer kost aan het RIZIV. Daarop kan ik antwoorden dat het niet klopt dat de normale bevallingen in universitaire ziekenhuizen een hogere vergoeding zouden krijgen via het Budget Financiële Middelen dan de algemene ziekenhuizen. Voor alle bevallingen, zowel vaginale bevallingen als bevallingen onder keizersnede, wordt een nationaal gemiddelde verblijfsduur berekend per ernstgraad van de patiënt. Via het BFM krijgen alle ziekenhuizen zonder onderscheid, dus ongeacht of het een universitair of een algemeen ziekenhuis is, daarvoor dezelfde verblijfsduur gefinancierd, louter afhankelijk van de pathologie en de ernstgraad. De ziekenhuizen die meer gecompliceerde bevallingen behandelen, bijvoorbeeld patiënten met een ernstgraad 3 of 4, krijgen bijgevolg meer budget, maar dat is ongeacht het algemeen of universitair karakter.

Het gemiddeld uitbetaald bedrag per verpleegdag – dat bedrag is trouwens identiek voor alle patiënten – ligt uiteraard hoger in een universitair ziekenhuis dan in een algemeen ziekenhuis, niet omdat een bevalling als dusdanig beter wordt betaald in een universitair ziekenhuis, maar omdat er daar meer patiënten met een hogere ernstgraad worden behandeld. In een universitair ziekenhuis zijn er relatief gezien meer intensieve hospitalisaties en aandoeningen, waardoor de gemiddelde verblijfsduur er langer is. Een universitair ziekenhuis biedt ook relatief meer zwaar gespecialiseerde zorgprogramma's en diensten, bijvoorbeeld meer PET-scans en meer radiotherapie. Het heeft ook te maken met de aanwezigheid van fertiliteitscentra en -behandelingen. Op sommige diensten, niet op de materniteit, moet een universitair ziekenhuis ook aan een hogere bestaafingsnorm voldoen dan de algemene ziekenhuizen. Ook vernoem ik de premature afdelingen. Wij trachten om vrouwen die zeer prematuur dreigen te bevallen nog te transporteren naar een ziekenhuis dat daarin gespecialiseerd is.

De financiering via het BFM biedt dus geen gegronde reden om bevallingen te verschuiven van universitaire naar algemene ziekenhuizen.

Ook wil ik er nog op wijzen dat wij er toch voor opteren om aan elke vrouw de vrijheid te gunnen om het ziekenhuis te kiezen waarin zij wilt bevallen. Het is immers ook een kwestie van vertrouwen, het heeft te maken met zich goed voelen, enzovoort. De vrije keuze van zorgverleners is dus primordiaal. Op dat vlak is er geen probleem.

Wel doen er zich problemen voor inzake het aantal consultaties, het aantal echo's, de pretecho's en ook de keizersnede.

17.05 **Katrin Jadin** (MR): Madame la ministre, j'ai reçu plus de réponses que ce que je n'avais de questions. Je les relirai avec beaucoup d'attention.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.