

Stefaan Carlier

De zorg kan kostenefficiënter, maar wil de politiek dat wel?

Ik was een beetje verrast dat de experts 600 bevallingen per jaar als voorwaarde stelden om een materniteit open te houden', zei minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke (Vooruit) in een interview in De Tijd. Het door de expertengroep voorgestelde criterium werd dan ook niet weerhouden in het voorstel voor de hervorming van het ziekenhuislandschap.

'Dankzij Vooruit blijft ziekenhuis Maaseik een volwaardig ziekenhuis', publiceerde de partij vervolgens op Facebook, met een foto van twee schepenen en de ministers Vandenbroucke en Rob Beenders. Volgens het bericht van een schepen is dat mogelijk dankzij hard werk 'achter de schermen'. Het is een voorbeeld van druk die lokale politici van zowat alle partijen uitoefenen op federale en regionale bestuursniveaus.

Streeft de overheid wel voldoende naar kostenefficiëntie? Neem een materniteit met 400 bevallingen per jaar, of gemiddeld 1 bevalling per 22 uur. Daarvoor moeten minstens één vroedvrouw, één gynaecoloog, één pediater en één anesthesist beschikbaar zijn. Daarnaast moet er voor keizersneden (volgens de gangbare norm ongeveer 80 per jaar, dus een om de 4,5 dagen) een operatiezaal zijn, inclusief operatiezaalverpleegkundigen. Om voor de vroedvrouw een 24/7 permanentie te bestaffen, zijn vijf fulltime equivalenten nodig, exclusief vakanties. En dan houden we nog geen rekening met de trend om meer parttime te gaan werken.

Wat is de kostenefficiëntie van de beschikbaarheid van al die mensen en van alle logistieke omkadering (operatiezaal, bevallingskwartier, materialen) in vergelijking met een centrum van pakweg 2.000 bevallingen?

De literatuur stelt bovendien dat 2 tot 5 procent van alle bevallingen leidt tot een spoedkeizersnede. Een studie uit 2022 uitgevoerd in het Radboudziekenhuis in Nijmegen, een gespecialiseerd centrum, toonde dat bij 3 procent van de keizersneden sprake was van een coderoodsectio. Wegens een acute levensbedreigende situatie voor moeder of kind moet de geboorte dan plaatsvinden binnen 15 minuten.



De auteur
Stefaan Carlier is anesthesist en voorzitter van de Beroepsvereniging Anesthesie-Reanimatie (BSAR-APSAR)

De kwestie
In de voorgestelde ziekenhuis-hervorming blijven enkele kleinere materniteiten, ondanks een advies van experts, toch open.

De conclusie
Kleinere materniteiten zijn weinig kostenefficiënt en mogelijk minder veilig voor de patiënt.

In kleine materniteiten komen die zeer dringende sectio's ook voor, weliswaar in mindere mate. Hoe kan je in een klein centrum met deze hoogrisicosectio's omgaan? Die zeer dringende ingrepen vereisen niet alleen een beschikbaarheid van het medisch en paramedisch team, maar een haast permanente aanwezigheid. Voor kleine medische en paramedische teams is dat logistiek, fysiek en financieel zeer moeilijk te realiseren.

Daarnaast is het maar de vraag of het team voldoende vertrouwd is met een dergelijke pathologie die zo weinig voorkomt. Is het voor die zeldzame, maar onverwachte zeer dringende sectio's even veilig om te bevallen in een klein centrum, zoals Vandenbroucke stelt?

Veilige tijdslimiet

Een materniteit moet jaarlijks minstens 557 bevallingen uitvoeren om de kostprijs per bevalling te kunnen verlagen tot die van de efficiëntere materniteiten, zonder dat daarbij de goede zorg in het gedrang komt. Dat stelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in een rapport uit 2019. Bovendien moet elke vrouw binnen een veilige tijdslimiet een materniteit met de wagen kunnen bereiken.

De conclusie van het rapport was dat op basis van de criteria gegarandeerde efficiëntie, kwaliteit en toegankelijkheid 17 kleine materniteiten gesloten konden worden. Daarnaast zouden vier centra die niet voldeden aan het volume-criterium openblijven om de bereikbaarheid te garanderen.

Die aanbeveling paste in de internationale trend naar schaalvergroting van materniteiten, stelde het KCE. De bedoeling was niet louter geld uit te sparen, maar de middelen in de gezondheidssector zo doelmatig mogelijk in te zetten, zonder te raken aan de kwaliteit of de toegankelijkheid.

Waarom bestelt de overheid een KCE-rapport als er toch geen rekening mee gehouden wordt? Waarom een expertenadvies? Wil de overheid echt maximaal kostenefficiënt en patiëntveilig werken in de gezondheidszorg?