

<https://www.despecialist.eu/nl/opinies/hervorming-van-het-ziekenhuislandschap-zal-de-hervorming-van-de-materniteiten-kostenefficiënt-gebeuren.html>

Hervorming van het ziekenhuislandschap: zal de hervorming van de materniteiten kostenefficiënt gebeuren?

27 juli 2026 door door Dr Stefaan Carlier, - Voorzitter BSAR-APSAR



Minister Vandenbroucke stelt in een interview in *De Tijd* op 27 Juni 2026: “Ik was een beetje verrast dat de experts 600 bevallingen per jaar als voorwaarde stelden om een materniteit open te houden”. Dit criterium, voorgesteld door de expertengroep, werd dan ook niet weerhouden in het principiële voorstel van hervorming van het ziekenhuislandschap van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Een partij publiceerde op Facebook , met een foto van 2 schepenen uit Maaseik samen met de ministers Vandenbroucke en Beenders, dat het ziekenhuis Maaseik een volwaardig ziekenhuis blijft, met een materniteit en spoeddienst. Dit zou volgens het bericht mogelijk zijn na stevige lobbying door de lokale schepenen in Brussel.

De Specialist meldt op 16 Juli 2026 dat de burgemeesters van Geraardsbergen, Pajottegem en Bever naar minister Vandenbroucke gestapt zijn om het behoud van dringende medische hulp in Geraardsbergen te verzekeren.

Dit zijn voorbeelden van druk die door lokale politici van zowat alle partijen uitgevoerd wordt op federale en regionale bestuursniveaus. Het enige doel van deze politieke demarches is het openhouden van diensten die met sluiting bedreigd zijn.

Hoe zit het nu met de geplande hervorming van de materniteiten?

Laat ons als voorbeeld van efficiëntie een materniteit met 400 bevallingen per jaar nemen , dit komt neer op gemiddeld ongeveer 1 bevalling per 22 uur.

Hiervoor moet er minstens één vroedvrouw beschikbaar zijn, één gynaecoloog, één pediater en één anesthesist. Daarnaast moet er een operatiezaal beschikbaar zijn (inclusief operatiezaal verpleegkundigen) voor sectio's (grof geschat volgens de gangbare norm ongeveer 80 per jaar, dus ongeveer één om de 4,5 dagen).

Gaan wij ons focussen op de vroedvrouw, dan zijn er ongeveer 5 full time equivalenten nodig om een 24/24, 7/7 permanentie te bestaffen, exclusief hun verlof. We houden dan nog voor het totale aantal nodige vroedvrouwen geen rekening met de trend om meer en meer in het kader van work-life balance part-time te gaan werken. We houden hier ook geen rekening met het feit dat niet enkel het verloskwartier met vroedvrouwen moet bestaft worden, maar ook de materniteit als hospitalisatieplaats voor pas bevallen vrouwen.

Als we het volledige plaatje gaan beschouwen dan vraag ik mij toch af wat de kostenefficiëntie is van de beschikbaarheid van al deze mensen (vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, operatiezaalverpleegkundigen, anesthesisten) en van al de logistieke omkadering (operatiezaal, bevallingskwartier, materialen etc...) in vergelijking met een centrum van pakweg 2000 bevallingen?

De literatuur stelt bovendien dat 2 tot 5% van alle bevallingen leiden tot een spoed sectio , omwille van maternele of foetale problemen. Een retrospectieve studie uit 2022, uitgevoerd in het Radboud ziekenhuis in Nijmegen, weliswaar een gespecialiseerd

centrum, toonde dat 3% van het totale aantal sectio's leidde tot een zogenaamde code rood sectio, waar omwille van een acute levensbedreigende situatie voor moeder of kind de geboorte volgens hun intern protocol moet plaatsvinden binnen de vijftien minuten na de beslissing tot sectio. In kleine materniteiten komen deze zeer dringende sectio's ook voor, weliswaar in mindere mate. Het gaat hem immers om onvoorspelbare zaken als een navelstrengprolaps, abruptio placentae, ruptuur van de uterus, en andere.

We moeten ons toch de vraag stellen hoe men in een klein centrum met deze hoog risico sectio's kan omgaan, te meer omdat deze zeer dringende ingrepen niet enkel een beschikbaarheid vereisen van het medisch en paramedisch team (gynaecoloog, anesthesist, pediater en 2 operatiezaalverpleegkundigen) maar zelfs quasi een permanente aanwezigheid ter plaatse, anders kan die 15 minuten norm onmogelijk gehaald worden. Daarnaast stelt het Hof van Cassatie op 29 Maart 2024, in bevestiging van een arrest van het Hof van Beroep van Brussel van 8 november 2022, het volgende: "Een ziekenhuis moet zo georganiseerd zijn dat het kan inspelen op noodsituaties, wat inhoudt dat de anesthesisten van wacht ter plaatse moeten zijn zodat dringende ingrepen zonder vertraging kunnen worden uitgevoerd (...) ". Een arrest met een belangrijke precedentswaarde. Echter, volgens mij heeft het geen enkele zin om een permanentie anesthesie te eisen voor het verloskwartier, indien er geen permanentie operatiezaalverpleegkundige en geen permanentie gynaecologie is. Het heeft immers geen zin om naar een zo kort mogelijke decision to delivery interval te streven, als de decision te laat genomen wordt of de incisie te laat gedaan wordt omdat de gynaecoloog vast zit in het verkeer... Deze permanentie is voor kleine medische en paramedische teams logistiek, fysiek en financieel zeer moeilijk te realiseren.

Kan er daarnaast gesproken worden over voldoende blootstelling van het team aan dergelijke pathologie wanneer de incidentie zo laag is? Is het voor deze zeldzame, maar onverwachte zeer dringende sectio's even veilig om te bevallen in een klein centrum - waar permanentie quasi onmogelijk is - zoals minister Vandenbroucke stelt?

Zijn er naast de middelen ook nog voldoende mensen beschikbaar om beide niet optimaal te benutten? Zullen er, gezien de huidige schaarste, nog verpleegkundigen en vroedvrouwen gevonden worden om te werken in een klein team? Willen gynaecologen, pediaters en anesthesisten nog gaan werken in een klein team waar, in vergelijking met grote diensten, de wachtdruk veel hoger is en het impact op de work-life balance veel zwaarder? Voor Anesthesie is dit nog prangender door het feit dat het opleidingsquotum, bepaald door de planningscommissies, veel te laag is, en aldus een stevige penurie veroorzaakt.

In het KCE rapport 323A uit 2019 stelde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg dat een materniteit jaarlijks minstens 557 bevallingen moet 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. Daarnaast stelde het KCE dat elke vrouw binnen een veilige tijdslimiet een materniteit met de wagen moet kunnen bereiken. Hun conclusie was dat op basis van de criteria gegarandeerde efficiëntie, kwaliteit en toegankelijkheid 17 kleine materniteiten konden gesloten worden. Daarnaast zouden 4 centra die aan het volumecriterium niet voldeden openblijven omwille van bereikbaarheid. Het KCE stelde dat deze aanbeveling kadert in de internationale trend naar schaalvergroting van materniteiten. De bedoeling was daarbij niet om louter geld uit te sparen, maar om de middelen binnen de gezondheidssector zo doelmatig mogelijk in te zetten, zonder te raken aan de kwaliteit of de toegankelijkheid. Het KCE stelde zelfs vast dat de materniteiten met minstens 557 bevallingen nog aan efficiëntie konden winnen als ze 900 tot 1000 jaarlijkse bevallingen zouden uitvoeren...

Het is ook opvallend dat het KCE in deze studie (situatie 2019) stipuleerde dat in België 80% van de vrouwen tussen de 15 en de 49 jaar meer dan 8 materniteiten (!) konden bereiken binnen de 30 minuten. Bij 1,7% was dit er maar één. Op basis van bevolkingsgegevens van 2016 kon 99,8% van deze vrouwen minstens één materniteit bereiken binnen de 30 minuten.

Daarnaast stelde deze KCE studie dat de werkelijke bezettingsgraad op de materniteiten in 2016 gemiddeld minder dan 50% was. Slechts 9 van de 110 materniteiten behaalden toen een bezettingsgraad van 70% of meer.

Reeds in 2017 stelde het KCE vast (rapport 289) dat de Belgische materniteiten samen 600 bedden teveel hadden, en dat dit overschot in 2025 naar 1000 zou stijgen...

Het KCE rapport 323 (2019) stelde ook dat het sluiten van deze diensten belangrijke gevolgen heeft voor personeelsleden en artsen. Er werd dan ook gevraagd naar flankerende maatregelen voor onder andere personeel, gynaecologen, pediaters en anesthesisten.

Dit is uiteraard een *conditio sine qua non*!

Professor Dewallens besprak dit reeds in “de specialist” op 12 februari 2020. Hij stelde toen dat netwerkbesturen en de medische netwerkraden bij hun beslissingen moeten anticiperen op de gevolgen van eventuele sluitingen op de rechtspositie van de artsen. Een netwerkbeslissing zou de voorwaarde kunnen bevatten dat de betrokken artsen een nieuwe overeenkomst aangeboden krijgen in een ander netwerkziekenhuis.

Ook de federale raad voor ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) gaf op 23 april 2026 haar advies aan en op vraag van de minister van Volksgezondheid over de nota van de expertengroep. Hierin wordt duidelijk gesteld: "specifiek wat betreft de minimumnorm van 600 bevallingen op jaarbasis voor de materniteit, kan de FRZV zich vinden in de keuze voor deze norm. We verwijzen hierbij naar de conclusies van het KCE rapport 323A (2019) en het advies van de FRZV (557)."

Waarom bestelt de overheid een KCE rapport indien er toch geen rekening mee gehouden wordt? Waarom een experten advies? Waarom een advies van de FRZV? Waarom het budget van het KCE dan verhogen in 2026 van 22,4 naar 26,4 miljoen euro, zoals de specialist publiceerde op 11 Juli 26, indien hun adviezen zonder meer overruled worden?

Vandaar de prangende vraag: wil de overheid echt maximaal kostenefficiënt en patiëntveilig werken in de gezondheidszorg? Of spelen lokaal politieke factoren een te grote inhiberende rol?

Conclusie: het bestuur van de BSAR-APSAR ondersteunt het voorstel van de expertengroep om 600 bevallingen als ondergrens voor het voortbestaan van een materniteit te beschouwen , en is zelfs van mening dat deze grens aanzienlijk hoger moet liggen om de efficiëntie en kwaliteit te maximaliseren, zoals ook het KCE stelt. Anderzijds is het bestuur van de BSAR-APSAR van mening dat eventueel van deze grens kan afgeweken worden of dat er naar alternatieve oplossingen moet gezocht worden voor die plaatsen waar de bereikbaarheid in het gedrang komt, met name in weinig bevolkte gebieden in het zuiden van het land die op een grote afstand komen te liggen van een materniteit.

Daarnaast dienen flankerende maatregelen genomen te worden (conditio sine qua non) voor het personeel en de artsen van die diensten die gesloten worden.

De BSAR-APSAR betreurt dat de interministeriële conferentie met dit onderdeel van het voorstel van de expertengroep geen rekening wenst te houden.