

## I. Verkorte ziekenhuisverblijf voor jonge moeders

Gevolgen van de verminderde forfaitaire terugbetaling aan de ziekenhuizen – Weerslag op het BMF – Organisatie van het vertrek naar huis – Nieuwe modellen van moeder-kindzorg – Proefprojecten – Kwaliteitsindicatoren – Zorgcontinuïteit

Vraag nr. 910, gesteld op 20 mei 2016 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer THIEBAUT, volksvertegenwoordiger <sup>1</sup>

Uw beslissing om de forfaitaire terugbetaling aan ziekenhuizen voor een bevalling terug te brengen van vier tot drie dagen stuit op hevig protest.

Zestien maanden na de invoering van de maatregel voelen niet alleen de kersverse moeders zich benadeeld, maar stellen ook de vroedvrouwen, die nochtans achter het principe van een vroeger ontslag uit het ziekenhuis stonden, de gevaren van deze situatie aan de kaak.

Ziekenhuizen hebben vandaag te maken met een groter patiëntenverloop en een lagere bezettingsgraad, en er is minder personeel, waardoor de vroedvrouwen de terugkeer naar de thuissituatie na de bevalling niet in alle rust kunnen voorbereiden.

De nauwere samenwerking tussen de ziekenhuizen en de vroedvrouwen, die bij de besparingsmaatregel in het vooruitzicht werd gesteld, laat op zich wachten. Ik heb vernomen dat er kraamklinieken zijn die vrouwen vier dagen na de bevalling laten terugkomen voor screenings van de pasgeborene.

Bovendien zouden moeders en hun baby in bepaalde regio's drie dagen na de bevalling te maken hebben met een gebrek aan professionele kraamzorg aan huis.

Zowel voor de ouders als voor de zorgverleners heerst er nog steeds bijzonder veel onduidelijkheid over de organisatie van het vertrek naar huis. De economische aspecten zouden vaak voorrang krijgen op een adequate begeleiding voor een terugkeer naar het thuismilieu in veilige omstandigheden.

1. Wat is hier juist van aan?
2. Worden de vroedvrouwen onder druk gezet om minder tijd aan jonge moeders te besteden, omdat de economische stimulans minder groot is?
3. Worden de gevolgen van de verminderde forfaitaire terugbetaling van bevallingen aan de ziekenhuizen geëvalueerd? Zo ja, welke conclusies trekt u uit de resultaten?
4. Worden er maatregelen genomen om de organisatie van de terugkeer naar huis van jonge moeders en de kraamzorg te verbeteren?

1. Bulletin nr. 096, Kamer, gewone zitting 2016-2017, p. 184.

## Antwoord

### Erratum:

In het Bulletin van Vragen en Antwoorden, nr. 93 van 28 oktober 2016, blz. 219 tot 223, vraag nr. 910 van 20 mei 2016, wordt de tekst van het antwoord van 24 oktober 2016 vervangen door wat volgt:

1. Eerst en vooral zou ik de context willen schetsen van de genomen maatregelen.

In het kader van mijn gezondheidsbeleid wil ik de verblijfsduur in de materniteiten verlagen en België op hetzelfde niveau brengen als andere Europese landen waar die verblijfsduur na bevalling eveneens korter is.

Op basis van de gegevens uit 2011 bleek namelijk dat voor vaginale bevallingen en keizersnede de gemiddelde hospitalisatieduur in België 4 dagen (IZ mineurs) of 5 dagen (IZ modérés) bedroeg, terwijl dat in West-Europese en Noord-Europese landen 2,1 dagen is.

De kostprijs in 2011 voor een “gemiddeld” verblijf bedroeg 2.906 EUR waarvan 1.832 EUR voor de verblijfskosten in het ziekenhuis, 28 EUR als forfait voor geneesmiddelen en 1.041 EUR als gemiddeld bedrag van de erelonen. De federale regering besliste initieel dus om maatregelen te nemen om de gefinancierde verblijfsduur van de gewone bevallingen te verlagen met ½ dag in 2015 en met 1 dag in 2016. Er dient daarbij wel gepreciseerd te worden dat de daadwerkelijke verblijfsduur in de materniteit al een halve dag korter bleek te zijn dan de gefinancierde verblijfsduur.

De weerslag van de maatregel op het BFM (Budget van Financiële Middelen van de ziekenhuizen) werd begroot op 18.727.024 EUR. De besparingsmaatregel heeft echter tot heel wat discussies geleid en op vraag van de sector en de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, heb ik in 2016 besloten de inspanning te spreiden over de gehele ziekenhuissector. Parallel daarmee heb ik in het kader van het Plan van Aanpak voor hervorming van het ziekenhuislandschap en -financiering beslist om proefprojecten op te starten met zeven initiatieven die nieuwe modellen van moeder-kindzorg gedurende twee jaar zullen uittesten. Bij een positieve evaluatie kan het nieuw zorgtraject over alle ziekenhuizen uitgerold worden, inclusief een aangepast financieringssysteem.

2. Wat betreft uw vraag over de druk die wordt uitgeoefend op de vroedvrouwen, kan ik u zeggen dat er geen enkele regelgeving bestaat die een vroegtijdig ontslag oplegt. Men moet echter wel weten dat de ziekenhuizen hoofdzakelijk gefinancierd worden via de volgende financieringsbronnen: het “Budget van Financiële Middelen” (BFM), afdrachten op de erelonen van de artsen en paramedici, de RIZIV-forfaits en via kamer- en andere supplementen. Het BFM is een budget dat in grote mate forfaitair wordt berekend. Het dekt de kosten voor de behandeling van de gehospitaliseerde patiënten (in klassieke hospitalisatie of in daghospitalisatie). De berekeningsbasis van deze financiering is ingeschreven in het Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het Budget van Financiële Middelen van de Ziekenhuizen.

Dit financieringssysteem is gebaseerd op het principe dat er een nationaal beschikbaar budget wordt verdeeld onder de ziekenhuizen in functie van hun “verantwoorde activiteit” inzake het verzorgend en verplegend personeel en de medische producten. Concreet betekent dit dat een ziekenhuis enkel wordt gefinancierd voor de “dagen” (de verblijven, de opnames) die verantwoord zijn.

Aan die “verantwoorde” dagen zijn ook bepaalde andere financieringen verbonden (zoals de RIZIV-forfaits, enz.). Om de verantwoorde activiteit te berekenen of te meten, bijvoorbeeld voor de verblijven op de materniteit, wordt de verblijfsduur in alle ziekenhuizen beschouwd en vervolgens wordt elke verblijfsduur vergeleken met de nationale gemiddelde verblijfsduur. Het ziekenhuis dat een langere verblijfsduur heeft dan de nationale gemiddelde duur zal niet gefinancierd worden voor de dagen bovenop diegenen die “verantwoord” zijn.

Het financieringssysteem “BFM” zit zo in elkaar dat in principe, wanneer mijn administratie de budgetten zal berekenen in 2018, ze de gegevens van het jaar 2016 van alle ziekenhuizen zal gebruiken om ze te vergelijken met het nationale gemiddelde.

Aangezien de ziekenhuizen weten dat het de bedoeling is van de regering om op termijn te komen tot een verblijfsduur van 2 dagen, probeert elk ziekenhuis al om dat te verwezenlijken. Als er sprake is van een langere duur (bij voorbeeld van 4 dagen) en de nationale gemiddelde duur 2,5 dagen bedraagt, zal het ziekenhuis in kwestie niet gefinancierd worden voor het verschil zijnde 1,5 dag, wat overeenstemt met het verschil tussen zijn duur (4 dagen) en het nationale gemiddelde (2,5 dagen).

Het ziekenhuis is dus niet door regelgeving verplicht om de verblijfsduur te verlagen tot 48 uur, maar er zit wel een financieel gevolg aan vast. Dat mag echter in geen geval een reden zijn om de continuïteit van de vereiste zorg niet te verzekeren.

3. Zoals aangegeven werden zeven proefprojecten opgestart om na te gaan of de financiering kan worden aangepast. Uiteraard staat kwaliteit van zorg centraal. Uit onderzoek blijkt dat het verkorten van de ligduur geen invloed hoeft te hebben op de gezondheid van moeder en kind, op borstvoeding, noch op de tevredenheid van de moeder. Om dit ook te bevestigen in de Belgische context werden aan de proefprojecten kwaliteitsindicatoren verbonden. Na afloop van de projecten zal uit deze indicatoren moeten blijken welke maatregelen die de projecten hebben genomen om de kwaliteit van de postnatale zorg te garanderen gegeneraliseerd kunnen worden.

4. Het is zo dat elk netwerk de winst die wordt gegenereerd uit het verkorten van de ligduur zelf kan investeren in vooraf bepaalde maatregelen die de kwaliteit van de postnatale zorg kunnen verbeteren. Aan deze maatregelen werden een aantal voorwaarden gesteld zoals bijvoorbeeld het op peil houden van de participatiegraad aan neonatale screening, borstvoedingscijfers, enz. Ook minimale veiligheidsmaatregelen werden ingevoerd zoals een vroedvrouw die instaat voor de controle van moeder en kind binnen de 24 uur na ontslag.

De *evidence based* zorgplannen werden opgesteld en moeten nageleefd worden. Er is een oproepnummer voorzien door alle ziekenhuizen dat 24/7 bereikbaar is. Om alle gegevens en de opvolging van de moeder en de pasgeborene te registreren *pre-, peri- en post-partum*, is er ook een elektronisch patiëntendossier voorzien. De behandeling thuis zal ook aangepast zijn aan de specifieke behoeften van de moeder. Een van de voorwaarden voor een vroegtijdig ontslag is dat de zorgcontinuïteit na de bevalling in de thuisomgeving verzekerd is (opvolging voorzien met de pediater, gynaecoloog, vroedvrouw, behandelende arts, kinesitherapeut, enz.).