

Prenatale zorgen in België in 2010. Vergelijking met de resultaten 2005.

Studie van het Intermutualistisch Agentschap

Executive summary - NI

Ann Ceuppens
Tonio Di Zinno
Joeri Guillaume
Naïma Regueras

ann.ceuppens@mloz.be
tonio.dizinno@intermut.be
joeri.Guillaume@intermut.be
Naïma.Regueras@mc.be

1	Inleiding	3
2	Methodologie	4
3	Resultaten	6
	3.1 <i>Lezen van de geproduceerde tabellen</i>	6
	3.2 <i>Resultaten</i>	6
	3.2.1 Risicoprofiel zwangere vrouwen	6
	3.2.2 Raadplegingen tijdens de zwangerschap.....	7
	3.2.3 Laboratoriumtesten tijdens de zwangerschap	9
	3.2.4 Detectie van het Down-syndroom.....	11
	3.2.5 Kinesitherapie tijdens de zwangerschap	11
	3.2.6 Griepvaccinatie	11
	3.2.7 Ziekenhuisopnames gedurende de zwangerschap.....	12
4	Discussie	13
	4.1 <i>Opvolging van de richtlijnen prenatale zorg KCE</i>	13
	4.2 <i>Kenmerken van de onderzochte populatie – evolutie 2005-2010</i>	13
5	Conclusies/Aanbevelingen	14

1 Inleiding

Naar aanleiding van de publicatie in 2004 van de aanbevelingen aangaande de prenatale opvolging van zwangere vrouwen, volgde in 2007 het IMA-rapport dat de Belgische praktijk ter zake aftoetste aan de door het KCE uitgewerkte richtlijnen, dit voor vrouwen bevallen in 2005.

Met dit rapport wenst het IMA na te gaan in hoeverre de toepassing van de richtlijnen geïntegreerd werden in de praktijk, dit zes jaar na de publicatie van de richtlijnen. Hiervoor werd de prenatale opvolging van de helft van de zwangerschappen die in 2010 aanleiding gaven tot een bevalling, geanalyseerd.

In de toekomst is het de bedoeling dat het IMA de hier opgeleverde indicatoren jaarlijks bijwerkt en ter beschikking stelt van overheid, praktici en het grote publiek. Dit project maakt deel uit van het globaler project 'Moeder-Kind traject', dat ook aanleiding zal geven tot publicaties aangaande de eigenlijke bevallingen en de eraan gelinkte postnatale zorgen

2 Methodologie

Teneinde de lectuur van de resultaten te vergemakkelijken, zal de evolutie 2005-2010 slechts aanleiding geven tot commentaar indien deze markant is. Zoniet worden enkel de cijfers 2010 voorgesteld. De p-waarden (enkel voor 2010) staan ter beschikking in de bijlages.

De volgende belangrijke wijzigingen die een impact kunnen hebben op de vergelijking van de resultaten van 2005 en 2010, dienen vermeld te worden :

1. De populatie 2005 had betrekking op alle bevallingen van de algemene regeling (AR), die van 2010 op de helft van alle bevallingen, exclusief thuisbevallingen, ongeacht AR of regeling zelfstandigen (RZ).
2. De definitie van comorbiditeit i.f.v. geneesmiddelenconsumptie werd gewijzigd: in 2010 moet aan de patiënte gedurende haar zwangerschap minstens 90 DDD van ATC-klasse aangerekend worden vooraleer haar die (pseudo-)pathologie toegewezen wordt. Die ondergrens was niet van toepassing in 2005.
3. Met de invoering van het Omniostatuuat, werd doelgroep die in aanmerking komt voor het recht op verhoogde tegemoetkoming (RVT) aanzienlijk uitgebreid.

Omwille van deze wijzigingen, i.h.b. de initieel geselecteerde studiepopulatie, worden de resultaten op basis van relatieve waarden vertoond.

De voor de populatie 2010 gebruikte DB is de DB Hospitalisaties 2010 van het IMA. Deze DB is als volgt gestructureerd: voor een in een semester x van jaar T gehospitaliseerde rechthebbende (klassieke en one day hospitalisatie), worden al zijn uitgaven van semester $x-1$, x en $x+1$ verzameld, dus 18 maanden gezondheidszorguitgaven. De structuur van deze DB maakt het dus mogelijk om de prenatale zorgen voor ongeveer de helft van alle in het ziekenhuis bevallen vrouwen op te volgen, met name deze die in het tweede kwartaal van elk semester bevallen. Zo werden 59.910 bevallingen geselecteerd op basis van een totaal van 118.510, het gros geattesteerd door een gynaecoloog (99,4% van de gevallen). De aard van de DB, georiënteerd op de gehospitaliseerde populatie, verklaart de exclusie van de thuisbevallingen, die in 2010 minder dan 1% van de totale bevallingen vertegenwoordigden.

Aangezien alle rechthebbenden van de RZ sinds 1 januari 2008 recht hebben op terugbetaling van de 'kleine risico's' binnen de verplichte ziekteverzekering (het gros van de ambulante verstrekkingen en de geneesmiddelen afgeleverd in openbare officina) kon ook de prenatale episode van rechthebbenden van de RZ opgevolgd worden in 2010 en dienden ze dus niet langer geëxcludeerd te worden.

Net zoals in 2005 werd een onderscheid gemaakt tussen zwangerschappen met en zonder risico, dit op basis van

1. leeftijdscriteria (jonger dan 16 jaar of ouder dan 40 jaar)
2. al dan niet genieten van het RVT-statuut
3. en op basis van geneesmiddelenconsumptie die kan wijzen op comorbiditeit.

Tabel 1 : Aantal vrouwen in functie van het risicoprofiel (Bevallingen 2010 - IMA-data, n=59.910)

	Belgique	Région Bruxelles- Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Autres	Inconnu
Femmes dont la grossesse est à faible risque	46895	5315	13749	27614	201	16
Femmes dont la grossesse est à risque élevé	13013	2871	5085	5013	26	18
	Belgique	Région Bruxelles- Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Autres	Inconnu
Femmes dont la grossesse est à faible risque	78,3%	64,9%	73,0%	84,6%	88,5%	47,1%
Femmes dont la grossesse est à risque élevé	21,7%	35,1%	27,0%	15,4%	11,5%	52,9%

Op basis van die criteria kon van 21,7% van de opgevolgde populatie verondersteld worden dat ze een verhoogd risico op zwangerschapscomplicaties liepen. Gezien het marginaal aantal vrouwen woonachtig in het buitenland of waarvan de verblijfplaats niet gekend is (totaal aantal=261), worden ze in de verdere analyses niet weerhouden.

De drie voornaamste aspecten van de prenatale opvolging werden hier onderzocht :

1. Raadplegingen bij de verschillende verstrekkers (huisartsen, specialisten, vroedvrouwen, kinesitherapeuten)
2. Courante labotesten
3. Technische prestaties

Ook volgende aanvullende elementen, in 2005 niet bestudeerd, werden opgevolgd :

1. Detectie van het Down-syndroom
2. Griepvaccinatie

Als aanvullende informatie werden ook statistieken inzake aflevering van contraceptiva tijdens de 6 maanden voorafgaand aan de zwangerschapsperiode opgeleverd.

Tot slot werd de prenatale periode in onze dataset gedefinieerd als de periode van 280 dagen voorafgaand aan de bevallingsdatum.

De hierna vastgestelde resultaten werden tot slot telkenmale vergeleken met de richtlijnen van het KCE-rapport '*Nationale richtlijn prenatale zorg. Een basis voor een klinisch pad voor de opvolging van zwangerschappen*' (KCE Reports 6A - 2004)

3 Resultaten

3.1 Lezen van de geproduceerde tabellen

Voor de in de verschillende tabellen gepresenteerde indicatoren, wordt steeds hetzelfde principe toegepast:

- Het aantal (of aandeel) patiënten dat minstens één van de onderzochte verstrekkingen geattesteerd kreeg.
 - *methode* : de verstrekking wordt aan de patiënte toegewezen als ze minstens één van de geselecteerde nomenclatuurcodes geattesteerd kreeg
- Het aantal verstrekkingen dat aan een patiënte, die minstens één van de geselecteerde nomenclatuurcodes geattesteerd kreeg, aangerekend werd.
 - *methode* : dit aantal is de som van het aantal geselecteerde verstrekkingen dat over de hele zwangerschapsperiode geattesteerd werd. Dit kan uitgedrukt worden aan de hand van het gemiddelde, de mediaan of de percentielen 5, 25, 75 en 95.

3.2 Resultaten

3.2.1 Risicoprofiel zwangere vrouwen

Tabel 2 : Aandeel zwangere vrouwen dat beantwoordt aan minstens één risicofactor gedurende hun zwangerschap (Bevallingen 2010 - IMA-data)

<i>Types de facteur de risque</i>	2010				2005			
	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Région Bruxelles-Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Âge < 16 ans	0,04%	0,02%	0,08%	0,03%	0,05%	0,07%	0,07%	0,03%
Âge > 40 ans	2,0%	3,2%	2,1%	1,6%	1,6%	2,9%	1,7%	1,3%
Bénéficiaire de l'intervention majorée	13,7%	28,3%	16,0%	8,6%	6,2%	13,7%	7,3%	3,9%
Comorbidité sans limite	19,9%	15,3%	23,9%	14,1%	15,6%	14,8%	21,4%	12,1%
Comorbidité (min 90DDD)	7,8%	6,9%	11,2%	6,1%				
Total (déf 2010)	21,7%	35,1%	27,0%	15,4%	21,80%	28,10%	28,20%	16,40%

Tabel 2 geeft aan dat het risicoprofiel van zwangere vrouwen sterk varieert al naargelang het Gewest. De in hoofdstuk aangehaalde wijzigingen in methodologie komen duidelijk naar voren in de cijfers van RVT-patiënten enerzijds (verhoging in 2010) en comorbiditeits-patiënten anderzijds (daling in 2010).

Tabel 3 bevat het gedetailleerd overzicht per pseudo-pathologie, waar voor diabetes het onderscheid gemaakt wordt tussen chronische en zwangerschapsdiabetes .

Tabel 3 : Aantal vrouwen met comorbiditeit op basis van geneesmiddelenconsumptie (minimum 90 DDD afgeleverd tijdens de zwangerschap) (Bevallingen 2010 - IMA-data).

	Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Diabète chronique	166	26	61	78	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%
<i>Diabète grossesse</i>	686	89	370	362	1,1%	1,1%	2,0%	1,1%
Hypertension	1243	163	568	505	2,1%	2,0%	3,0%	1,5%
Thrombose	551	61	226	263	0,9%	0,7%	1,2%	0,8%
Troubles coagulation	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dépression	299	26	102	167	0,5%	0,3%	0,5%	0,5%
Asthme	497	44	179	272	0,8%	0,5%	1,0%	0,8%
Arthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, colite ulcéreuse	79	7	26	46	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
VIH	39	16	11	12	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%
Hépatite chronique B,C	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sclérose en plaque	4	0	3	1	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Epilepsie	120	14	39	66	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Affections thyroïdiennes	1842	213	994	627	3,1%	2,6%	5,3%	1,9%
Immunosuppression après une transplantation d'organe	7	1	1	5	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Totalité des femmes avec au moins une comorbidité</i>	4672	565	2109	1974	7,8%	6,9%	11,2%	6,1%

3.2.2 Raadplegingen tijdens de zwangerschap

Tabel 4 : Gemiddeld aantal raadplegingen tijdens de prenatale periode in België bij vrouwen voor wie minstens één raadpleging geattesteerd werd (Bevallingen 2010 - IMA-data).

Type de consultation	Grossesses à risque faible				Grossesses à risque élevé			
	Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Gynécologue	10,1	10,1	11,0	9,7	10,1	9,7	11,0	9,3
Médecin Généraliste	3,8	2,8	3,1	4,2	4,0	3,6	3,7	4,5
Accoucheuse	3,2	3,7	3,7	2,7	3,3	3,7	3,3	2,9
Autres spécialistes	1,8	2,0	1,8	1,8	2,6	2,7	2,3	2,7
Totalité des consultations chez le gynécologue et les accoucheuses	11,7	12,2	13,0	11,0	11,7	11,9	12,7	10,6
Totalité des consultations chez le gynécologue, le médecin généraliste et les accoucheuses	14,8	13,8	15,3	14,7	14,5	13,9	15,2	14,2

De IMA-data geven aan dat een zwangere vrouw zonder noemenswaardig risico gedurende haar zwangerschap gemiddeld 14,8 één van de geselecteerde verstrekkers raadpleegt . Het mediaan ligt op 14. T.o.v. van de meest ruime interpretatie van de aanbevelingen komt dit neer op 4 bijkomende raadplegingen. Beperkt men zich tot de consultaties bij gynaecologen en vroedvrouwen, valt men terug op een gemiddelde van 11,7 (mediaan 11). Het aantal gemiddelde en mediaanwaarden zijn t.o.v. 2005 toegenomen.

Tabel 7 : Aandeel zwangere vrouwen waarvoor minstens een raadpleging geattesteerd werd tijdens de zwangerschapsperiode (Bevallingen 2010 - IMA-data).

Type de consultation	Grossesses à risque faible				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Gynécologue	99,1%	98,9%	99,2%	99,1%	99,1%	99,2%	99,3%	98,9%
Médecin Généraliste	78,4%	55,6%	72,1%	86,0%	68,6%	54,9%	67,1%	78,1%
Accoucheuse	40,6%	47,3%	44,3%	37,5%	41,0%	51,0%	41,8%	34,4%
Autre spécialiste	32,2%	36,5%	37,8%	28,6%	45,3%	45,8%	48,4%	41,8%
Totalité des consultations chez le gynécologue et les accoucheuses	99,2%	99,0%	99,3%	99,2%	99,3%	99,3%	99,4%	99,1%
Totalité des consultations chez le gynécologue, le médecin généraliste et les accoucheuses	99,4%	99,2%	99,4%	99,5%	99,5%	99,4%	99,6%	99,4%

99% van de zwangere vrouwen in België raadplegen in 2010 minstens één keer een gynaecoloog, 78,4% een huisarts. Voor die laatste categorie wordt een serieuze achteruitgang vastgesteld over heel België t.o.v. 2005 voor de patiëntes met een hoog risicoprofiel.

Tabel 9 : Aandeel zwangere vrouwen waarvoor minstens een raadpleging geattesteerd werd tijdens de zwangerschapsperiode (Bevallingen 2005- IMA-data).

Type de consultation	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Flamande	Région Wallonne	Belgique	Région Bruxelles - Capitale	Région Flamande	Région Wallonne
Gynécologue	98%	98%	98%	99%	98%	98%	98%	99%
Médecin généraliste	75%	55%	82%	71%	76%	62%	83%	76%
Accoucheuse	25%	28%	24%	24%	23%	28%	21%	23%
Autre spécialiste	32%	38%	28%	36%	50%	53%	47%	53%
Totalité des consultations prénatales chez gynécologue et accoucheuse	99%	98%	99%	99%	98%	98%	99%	99%
Totalité des consultations prénatales chez gynécologue, médecin généraliste et accoucheuse	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%

3.2.3 Laboratoriumtesten tijdens de zwangerschap

Tabel 12 : Aandeel zwangere vrouwen waarvoor minstens één laboratoriumanalyse geattesteerd werd tijdens de zwangerschap (Bevallingen 2010 - IMA-data)

Type d'examen	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Hématologie								
examens sanguins (Formule complet)	98,9%	99,7%	99,8%	98,3%	99,3%	99,9%	99,7%	98,4%
rhésus	71,5%	83,8%	76,2%	66,9%	79,7%	90,2%	80,9%	72,7%
ferritine	75,0%	84,4%	67,5%	76,9%	76,3%	86,7%	69,5%	77,1%
Détection des infections								
culture d'urine	48,2%	62,7%	51,1%	44,0%	56,2%	70,8%	56,5%	47,4%
culture vaginale (6 sem.)	37,9%	33,1%	69,9%	22,8%	43,6%	27,6%	71,4%	24,6%
CMV	82,4%	79,7%	87,7%	80,3%	81,4%	80,2%	86,7%	76,7%
hépatite B	79,5%	86,3%	84,5%	75,7%	85,4%	91,4%	87,8%	79,4%
hépatite C	60,8%	80,0%	74,4%	50,4%	72,2%	85,6%	78,0%	58,7%
rubéole	62,5%	61,6%	61,2%	63,3%	67,6%	68,2%	66,8%	68,1%
syphilis	64,1%	82,4%	64,4%	60,5%	72,5%	87,8%	69,8%	66,5%
VIH	73,0%	83,5%	75,5%	69,7%	78,3%	88,2%	77,3%	73,7%
toxoplasmose	91,3%	86,2%	90,9%	92,4%	90,5%	88,7%	91,0%	90,9%
Détection du diabète de grossesse								
glycémie	91,0%	94,7%	93,8%	88,9%	91,7%	95,3%	93,7%	87,5%
Analyses sans utilité prouvée								
allergies	8,5%	10,1%	13,6%	5,6%	9,5%	10,8%	13,0%	5,2%
cholestérol	17,5%	14,4%	16,2%	18,8%	20,3%	20,2%	19,8%	21,0%

De vaststellingen op basis van tabellen 12 en 13 zijn driedig:

1. In het algemeen kan een verbetering van de situatie van 2010 t.o.v. die van 2005 op het vlak van attestering van noodzakelijk geachte testen worden vastgesteld
2. Wel wordt er nog altijd een onnodig aantal bijkomende testen vastgesteld bij die vrouwen die getest worden, met een budgettaire inefficiëntie tot gevolg
3. Vanuit kwalitatief oogpunt, blijkt de vastgestelde richtlijn van (quasi) 100% dekking voor een aantal (niet invasieve) testen nog altijd niet gehaald, ondanks het 6-jarig bestaan van de KCE-adviezen. Een mogelijke verklaring voor die vaststelling kan liggen in de eventueel (te) beperkte observatieperiode (9 maanden zwangerschapsperiode) waarin nagegaan wordt of de toekomstige moeder die test wel heeft ondergaan.

Tabel 13 : Gemiddeld aantal laboratoriumanalyses tijdens de zwangerschap bij de vrouwen voor wie minstens één van de respectievelijke analyses geattesteerd werden tijdens de zwangerschap (Bevallingen 2010 - IMA-data).

Type d'examen	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Hématologie								
examens sanguins (Fomule complet)	3,6	4,1	3,7	3,4	4,1	4,6	4,2	3,7
rhésus	1,5	1,9	1,6	1,4	1,7	2,1	1,7	1,5
ferritine	2,0	2,2	1,9	1,9	2,0	2,2	2,0	2,0
Détection des infections								
culture d'urine	1,9	2,2	2,1	1,7	2,2	2,3	2,4	1,9
culture vaginale (6 semaines)	1,2	1,1	1,3	1,1	1,3	1,2	1,4	1,1
CMV	2,6	2,6	3,8	2,0	2,4	1,9	3,3	1,8
hépatite B	1,3	1,3	1,4	1,2	1,4	1,3	1,4	1,3
hépatite C	1,2	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
rubéole	1,3	1,4	1,4	1,2	1,4	1,4	1,5	1,2
syphilis	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	1,2	1,2
VIH	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2
toxoplasmose	3,5	4,4	5,1	2,6	3,6	3,9	4,7	2,4
Détection du diabète de grossesse								
glycémie	2,3	2,5	2,5	2,1	2,7	2,8	2,8	2,5
Analyses sans utilité prouvée								
allergies	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
cholestérol	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3	1,2	1,3	1,3

3.2.3.1 Technische prestaties tijdens de zwangerschap

Tabel 15 : Aandeel zwangere vrouwen waarvoor minstens één technische prestatie aangerekend werd tijdens de zwangerschap (Bevallingen 2010 - IMA-data).

Type de prestation	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Echographies								
Evaluation grossesse	96,3%	94,4%	94,9%	97,4%	95,3%	95,3%	94,9%	95,8%
Biométrie foetus	37,6%	60,4%	50,7%	26,7%	48,3%	62,8%	55,7%	32,3%
Malformation foetus	3,5%	1,7%	2,2%	4,5%	3,7%	2,0%	2,3%	6,0%
Bassin féminin	8,5%	8,6%	10,7%	7,4%	9,2%	7,7%	10,8%	8,4%
Transvaginale	48,5%	43,2%	41,2%	53,2%	42,7%	39,0%	40,0%	47,5%
Total échographies	98,8%	98,7%	99,1%	98,7%	98,5%	99,1%	98,8%	97,9%
Diagnostic prénatal invasif	5,1%	6,1%	6,3%	4,3%	8,2%	7,1%	9,2%	7,9%
Cardiotocographies	75,5%	78,9%	87,4%	68,8%	80,1%	79,4%	87,7%	72,6%

Tabel 16 : Gemiddeld aantal technische prestaties verstrekt tijdens de zwangerschap bij zwangere vrouwen met minstens één geattesteerde technische prestatie (Bevallingen 2010 - IMA-data).

Type de prestation	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Echographies								
Evaluation grossesse	2,6	2,4	2,4	2,7	2,4	2,4	2,4	2,5
Biométrie fœtus	2,1	2,3	2,2	1,9	2,3	2,4	2,4	2,2
Malformation fœtus	1,2	1,3	1,1	1,2	1,1	1,1	1,0	1,2
Bassin féminin	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,4
Transvaginale	1,7	1,8	1,7	1,8	1,8	1,7	1,8	1,8
Total échographies	4,3	4,6	4,3	4,2	4,4	4,6	4,5	4,3
Diagnostic prénatal invasif	1,0	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Cardiotocographies	3,5	3,4	4,0	3,1	4,1	3,7	4,7	3,7

Hier komt men tot de reeds in 2005 gedane vaststelling dat

1. De quasi totale populatie de noodzakelijke echografieën ondergaan
2. Er een algemene overconsumptie van echografieën - en dus budgettaire inefficiëntie - wordt vastgesteld, als men het gemiddeld aantal vastgestelde totaal aantal echografieën (4,3 à 4,4) tegen het in theorie toegelaten aantal per zwangerschap (3).

3.2.4 Detectie van het Down-syndroom

Aanbeveling

Er wordt aanbevolen iedere zwanger vrouw te informeren over haar persoonlijk risico en de voordelen en nadelen van een test te bespreken.

In 2010, hebben 79,4% van de zwangere vrouwen met laag risico één van de geselecteerde testen ondergaan. Deze dekkinggraad ligt evenwel lager bij vrouwen met risicozwangerschap en bedraagt 68,2%.

3.2.5 Kinesitherapie tijdens de zwangerschap

Tabel 20 : Aandeel zwangere vrouwen met minstens één zitting kinesitherapie gedurende de zwangerschapsperiode (Bevallingen 2010 - IMA-data)

Type de kinésithérapie	Grossesses à risque faible				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande	Belgique	Bruxelles - Capitale	Région Wallonne	Région Flamande
Kinésithérapie périnatale	18,8%	24,3%	18,4%	18,0%	12,0%	16,9%	10,6%	10,7%
Kinésithérapie générale	11,8%	7,2%	9,8%	13,7%	9,4%	6,6%	9,2%	11,3%
Kinésithérapie totale	27,5%	28,7%	25,6%	28,4%	19,6%	21,6%	18,2%	20,0%

3.2.6 Griepvaccinatie

Zwangere vrouwen behoren tot de vaccinatiedoelgroep. De in tabel 23 vermelde resultaten bevestigen echter de gelijkaardige resultaten van het IMA-rapport "Griepvaccinatie 2007-2008 en 2009-2010".

Tabel 23 : Aandeel zwangere vrouwen dat gevaccineerd werd tegen griep in België gedurende de zwangerschap (Bevallingen 2010 - IMA-data).

	Grossesses à faible risque				Grossesses à risque élevé			
	Région				Région			
	Belgique	Capitale	Wallonne	Flamande	Belgique	Capitale	Wallonne	Flamande
Vaccination antigrippe	3,3%	1,1%	1,6%	4,5%	2,5%	1,5%	1,5%	4,0%

3.2.7 Ziekenhuisopnames gedurende de zwangerschap

Een eerste verkennende analyse van opnames tijdens de zwangerschap lijkt een aanzet te zijn om in de toekomst deze indicator toe te voegen als risicofactor. Dit dient met het terrein besproken te worden.

In 2010 werden van de 59.910 zwangere vrouwen 16.910 opgenomen tijdens de zwangerschap (27%), wat aanleiding gaf tot gemiddeld 1,54 opnames. Van die doelgroep werden er 6,9% drie keer opgenomen, iets minder dan 11% meer dan drie keer.

4 Discussie

4.1 Opvolging van de richtlijnen prenatale zorg KCE

In vergelijking met de resultaten 2005, leidt de analyse van de resultaten 2010 tot de volgende vaststellingen :

1. De opvolging van de richtlijnen prenatale zorg blijft suboptimaal
2. Een positieve evolutie op dat vlak wordt evenwel vastgesteld t.o.v. 2005
3. Ondanks het niet invasief karakter van bepaalde aangewezen tests voor de totaliteit van de doelgroep, blijft men 6 jaar na publicatie van de richtlijnen ver onder de (quasi) 100% norm.

Het probleem van de klinisch overbodige zorgconsumptie leidt op basis van een heel voorzichtige inschatting van de budgettaire meerkost, tot een bedrag van minstens 10 miljoen euro onnodige uitgaven.

4.2 Kenmerken van de onderzochte populatie - evolutie 2005-2010

De aanzienlijke impact van de wijziging in regelgeving (Omniostatuuat ingevoerd op 1 juli 2007) en de invoering van 90 DDD-grens, maakt het niet altijd gemakkelijk de cijfers van 2010 te vergelijken met die van 2005. Toch kunnen een aantal gelijkaardige vaststellingen in 2010 als deze gemaakt voor 2005 geformuleerd worden :

1. Het aandeel vrouwen met zwangerschapsrisico ligt beduidend hoger in Brussel (35,1%) dan in Wallonië (27%) en Vlaanderen (15,4%).
2. De Brusselse cijfers worden verklaard door het veel hoger aandeel vrouwen dat bevalt na 40 jaar en/of die recht hebben op verhoogde tegemoetkoming. Deze cijfers lijken eens te meer de reeds in andere studies aangetoonde algemene heel kwetsbare situatie van de Brusselse populatie te bevestigen, die aanzet lijkt te geven tot structurele onderconsumptie (<http://www.inami.fgov.be/information/nl/studies/study58/index.htm>). Deze cijfers liggen ook in de lijn van de vaststellingen van de recente publicatie van European Perinatal Health Report (<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/17538157.2010.492923>).
3. Het aandeel chronisch zieke zwangere vrouwen lijkt daarentegen veel hoger in Wallonië. Of men nu rekening houdt met de oude (2005) of nieuwe (2010) definitie van chronische pathologie op basis van geneesmiddelenverbruik, springt Wallonië er boven uit.
4. Het aandeel zwangere pubers stabiliseert zich op zijn minst t.a.v. 2005. Die positieve evolutie is het sterkst in Brussel.
5. Tot slot lijkt het aangewezen na te gaan in hoeverre de niet aan zwangerschap gelinkte ziekenhuisopnames tijdens de zwangerschap als bijkomende indicator van risicozwangerschap geïntegreerd kunnen worden.

5 Conclusies/Aanbevelingen

Rekening houdend met de gemaakte vaststellingen, met name :

- Lichte verbetering van opvolging van de richtlijnen prenatale zorg steunend op de KCE-richtlijnen,
- Bevestiging van de niet-uitvoering van als noodzakelijk beschouwde tests/onderzoeken voor de globaliteit van de doelgroep
- De buiten-norm consumptie van bepaalde verstrekkingen die leidt tot een verlies aan financiële doelmatigheid binnen de sector die minimaal op 10 miljoen euro geschat kan worden

Stelt het IMA volgende initiatieven voor

1. De organisatie van een zorgtraject 'Prenatale zorgen', steunend op de EBM-aanbevelingen van het KCE. De financiële middelen hiervoor kunnen gehaald worden in de besparingsmaatregelen die de buiten-norm consumptie in de sector aan banden legt.
2. Een aantal pistes van besparingsmaatregelen, terug te vinden in bijlage 15

Een deel of de totaliteit van die bespaarde uitgaven zouden gerecupereerd kunnen worden om dit zorgtraject te financieren, waarbij een bijzondere aandacht voor Brussel dient te komen.

Wat voor de Brusselse situatie misschien heel doeltreffend zou zijn, heeft betrekking op de implementatie van dit zorgtraject binnen het nieuw financieringsmodel van de Wijkgezondheidscentra (WGC) als eerste concrete uitwerking van de financiering van WGC d.m.v. een kwaliteitsindicator. Het nieuw financieringsmodel voorziet immers dat WGC in de toekomst deels gefinancierd zullen kunnen worden op basis van kwaliteitsindicatoren die ze kunnen integreren in hun financieringsmodel en waarvan de outcome-resultaten door de verzekeringsinstellingen zullen kunnen gecontroleerd en gevalideerd worden. Gegeven de lokalisatie van de WGC, vaak in wijken met een hoog aandeel aan risicopopulatie, en rekening houdend met de heel jonge gemiddelde leeftijd van leden van WGC, lijkt dergelijk type zorgtraject heel goed aangewezen om te integreren in hun financieringsmodel, naast de 'klassieke' organisatie ervan in de 'à l'acte'-sector.

Aangezien het hier heel duidelijk om een (secundaire) preventiemaatregel gaat, slaat niets een gedeelde financiering van die zorgtrajecten door de Gemeenschappen uit.

Zoals de European Perinatal Health Report -studie met haar cijfers over Brussel aangeeft, worden we in Brussel geconfronteerd met een heel kwetsbare doelgroep. Er dient bijgevolg vermeden te worden bijkomende obstakels te creëren inzake toegankelijkheid van zorg : de verplichting om een DMG af te sluiten voor dergelijk zorgtraject, zou in de Brusselse omstandigheden wel degelijk een bijkomende toegankelijkheidshindernis vormen voor deze doelgroep met hoog risico.