

**FOD VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU**

**Brussel, 09/04/2009**

**DIRECTORAAT-GENERAAL ORGANISATIE  
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD  
VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

-----

**Afdeling "Programmatie en Erkenning"**

**O/Ref. : NRZV/D/296-3 (\*)**

**ADVIES M.B.T. DE OPHEFFING ART. 4 § 2 TWEEDE LID VAN HET KB d.d.**

**20.08.1996 -**

**NIEUWE NIC-BEDDEN VIA RECONVERSIE VAN BEDDEN C OF D**

Namens de Voorzitter,  
Dhr Peter Degadt

De Secretaris  
C. Decoster

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 9 april 2009

- **Adviesaanvraag**

Op 14.04.2008 heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid mevrouw L. ONKELINX, aan de Voorzitter van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen de vraag gesteld om advies te verlenen inzake een voorstel van wijziging van Art. 4 § 2, tweede lid, van het KB d.d. 20.08.1996 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 23.10.1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Het vermeld Artikel 4 § 2, tweede lid, stelt met name dat *‘met het oog op het bereiken van het minimum aantal van 15 NIC-bedden, de ziekenhuizen C- of D-bedden mogen omvormen tot NIC-bedden, waarbij de desaffectatie van 1 C- of 1 D-bed aanleiding mag geven tot de oprichting van 1 NIC-bed. Er mogen evenwel niet meer dan 5 bedden worden opgericht. De desbetreffende ziekenhuizen moeten, teneinde van deze maatregel te kunnen genieten, ten laatste drie maanden na de inwerkingtreding van deze bepaling (01.10.1996) een reconversieplan voorleggen aan de overheid bevoegd voor de erkenning van ziekenhuizen.*

*De omschakeling dient ten laatste op 1 januari 1999 gerealiseerd te zijn.’*

Deze bepaling sluit aan op het KB d.d. 01.02.1989 houdende vaststelling van het maximum aantal bedden in diensten voor intensieve neonatale zorgen, waarmee het aantal NIC-bedden beperkt wordt tot het aantal dat op 15.01.1989 bestaand en erkend was overeenkomstig de vigerende erkenningsnormen, en op het KB van 23.12.1993 houdende vaststelling van het maximum aantal bedden in dienst voor intensieve neonatale zorgen, waarbij de uitzonderlijke ingebruikname van maximum 15 bijkomende NIC-bedden wordt voorzien in een ziekenhuis dat zich bevindt op het grondgebied van een provincie, die over geen enkel erkende NIC-dienst beschikt en op voorwaarde dat minstens één van de aanpalende provincies evenmin over een NIC-dienst op zijn grondgebied beschikt.

De bedoeling van de wetgever is duidelijk geweest om het aantal intensieve neonatale zorgen –diensten en –bedden te beperken en hierbij een optimale toegankelijkheid (geografische spreiding) en een minimale grootte (15 bedden) te willen voorzien.

Tevens werden door de beperking van de toegelaten reconversie van C- of D-bedden tot maximum 5 NIC-bedden en door het opgelegde minimum aantal van 15 NIC-bedden per dienst de NIC-diensten met minder dan 10 NIC-bedden aangezet tot sluiting of fusie.

Uitgaande van de (door de Minister vermelde) toegenomen vraag naar de oprichting van nieuwe NIC-bedden wordt voorgesteld het bewuste Artikel 4 § 2, tweede lid van het KB van 20.08.1996 te schrappen, zodat NIC-diensten met reeds 15 of meer erkende NIC-bedden op basis van nieuwe en budgetneutrale reconversieregels bijkomende NIC-bedden zouden kunnen oprichten.

- **Ad hoc Werkgroep NIC-bedden van de NRZV**

Gelet op de zeer goede ervaringen van de NRZV bij de recente samenwerking met resp. de Belgische Vereniging voor Neonatologie (BVN/GBN) en het College van Geneesheren Moeder/Pasgeborene, afdeling Pasgeborene, bij de opmaak van het vorig advies van de NRZV over de erkenningsnormen van NIC-diensten d.d. 13.07.2006, hetgeen inmiddels heeft geleid tot een aanpassing van de erkenningsnormen voor NIC-diensten (KB d.d. 10.03.2008) en tot verschillende aanpassingen aan de nomenclatuur van de zorgverstrekingen van het RIZIV (KB 28.11.2008), werd opnieuw op deze expertinstanties beroep gedaan bij de behandeling van vermelde adviesaanvraag en bij de opmaak van het ontwerpadvies.

Namens de Belgische Vereniging voor Neonatologie (BVN/GBN) namen de voorzitter prof. dr. B. VAN OVERMEIRE, prof. dr. P. VANHAESEBROUCK en prof. em. Dr. H. DEVLIEGER deel.

Namens het College van Geneesheren Moeder/Pasgeborene, sectie Pasgeborene, nam ondervoorzitter dr. H. VAN HAUTHEM deel, mede in naam van de voorzitter prof. dr. D. HAUMONT.

Zowel de BVN/GBN als het College hebben uitgebreid overleg gevoerd met de 19 erkende NIC-diensten en betrokken neonatologen-diensthoofden over de gestelde vraag en de aanwezige vertegenwoordigers wensen de absolute eensgezindheid van alle betrokken NIC-diensten inzake de door hen verwoorde standpunten te onderlijnen.

Vervolgens wordt ook verwezen naar de consensustekst d.d. 24.04.2006 opgesteld door de pediaters-neonatologen van de NIC-diensten (zie bijlage) waarvan de punten 2, 4 en 6 inmiddels werden gerealiseerd door bovenvermelde recente aanpassingen aan de erkenningsnormen en aan de RIZIV-nomenclatuur, maar waarvan vooral de vraag naar een financiering van verantwoorde NIC-bedden in plaats van de huidige financiering op basis van het erkend aantal bedden en een vermindering van de werklast door verbetering van de bestaffingsnormen (1 pediaters-neonatoloog per 4 verantwoorde NIC-bedden en een halftijds psycholoog per 15 NIC-bedden) nog erg actueel blijft.

Tenslotte wordt verwezen naar het recente NIC-audit Synoptic Report 2000-2007 (juni 2008) met de 5 aanbevelingen voor een kwalitatief hoogstaande geneeskunde voor de hoog-risico pasgeborene in België.

De Werkgroep ad hoc NIC-bedden NRZV vergaderde op 05.11.2008, deed volgende vaststellingen en formuleerde volgende aanbevelingen:

- De huidige capaciteit aan NIC-bedden is op eerder onevenredige wijze verdeeld over de erkende 19 NIC-diensten maar het aantal bedden in zijn geheel is absoluut voldoende en er bestaat geen enkel objectief argument om het aantal NIC-bedden noch om het aantal NIC-diensten te verhogen.
- Per jaar zijn er in België circa 1.100 pasgeborenen met een behoefte aan intensieve neonatologische gespecialiseerde zorg en met ofwel een geboortegewicht van < 1.500 g. ofwel met een zwangerschapsduur van < 32 weken, en de opname van deze groep pasgeborenen is op eerder erg ongelijkmatige wijze verspreid over de 19 erkende NIC-diensten.
- Ongeveer 20 % van de neonati opgenomen op de NIC-diensten maken omwille van hun grote neonataal-intensieve zorgbehoefte de grootste werkbelasting van de NIC-diensten uit.

De werkbelasting van de verschillende NIC-diensten is ook erg onevenwichtig verdeeld. Er is een variatie van 2 % tot 48 % voor wat betreft het aandeel van de

opnamepopulatie neonati getransfereerd vanuit een externe materniteit, welke meestal zeer intensieve zorgbehoevende pasgeborenen zijn.

Er dient ook rekening te worden gehouden met de pathologie die rechtstreeks vanuit obstetrische poliklinieken via de materniteit wordt aangeboden. Tevens vormen naast de kinderen met geboortegewicht < 1.500 g., de aangeboren misvormingen en de zware neonatale pathologie bij à terme babies een belangrijk aandeel van de intensieve werkbelasting.

[Een recent (2008) onderzoek door het Kenniscentrum KCE toont aan dat slechts 40 % van de zwangere risicopatiënten naar een van de 17 erkende MIC-centra wordt doorverwezen. De redenen van dit ondergebruik van MIC-bedden zijn zowel het heden ontbreken van een sluitende registratie en richtlijnen voor verplichte doorverwijzing alsook de minder evenwichtige geografische spreiding van deze diensten].

Er is nood aan duidelijke richtlijnen inzake de indicatie en de organisatie van doorverwijzing van neonati met intensieve zorgbehoefte naar de erkende NIC-diensten. Voorbeelden uit omringende landen waar een verplichte verwijsstrategie wordt gehanteerd hebben aangetoond dat dit de globale kwaliteit van de neonatologische zorgverlening merkbaar verbeteren kan.

- De huidige financiering van de NIC-bedden op basis van het aantal erkende (bezette) bedden houdt echter geen rekening gehouden met de zware zorgbehoefte van de getransfereerde neonati en de veel lichtere zorgbehoefte van de neonati afkomstig uit de eigen materniteit en met een zorgbehoefte gelijk aan pasgeborenen, die elders veelal op een N\*-functie worden verpleegd.

Alleen een financiering op basis van de werkelijk behandelde neonatale pathologie via verantwoorde NIC-bedden kan de huidige oneerlijke financiering voldoende corrigeren. Deze pathologieregistratie wordt bij voorkeur aangevuld met een vereenvoudigde registratie van de verpleegkundige activiteit, die beter de werkelijke zorgintensiteit weergeeft.

Een consistent pathologieregistratiesysteem, dat zowel op de NIC-diensten als op de N\*-functies kan worden toegepast, is in staat om niet alleen de NIC-diensten op basis van werkelijk behandelde pathologie (mede op basis van de verpleegkundige zorgintensiviteit via gevalideerde zorgscoretabellen) uit te bouwen via correcte financiering, maar ook om een betere neonatologische zorg in de N\*-functies van kraamklinieken met een groot aantal geboorten en zonder erkende NIC-dienst te garanderen via aangepaste normering en dito financiering. Op heden is de grens tussen NIC en N\* immers niet altijd duidelijk.

Het behoud van een basisfinanciering voor de NIC-dienst (en de N\*-functies) is echter wenselijk om de werking van de dienst niet in gevaar te brengen.

Dergelijke basisfinanciering voor de NIC (N\*) dienst mag geen prerogatieven scheppen voor gelijkaardige diensten in het ziekenhuis.

Een aldus aangepaste financiering kan ook leiden tot een nauwere samenwerking met kleinere materniteiten, om zo permanent de meest adequate neonatologische zorg te garanderen.

Een goed en stabiel criterium om de activiteit van een echte NIC-dienst te verantwoorden, is het minimum van 50 opnames per jaar van neonati met een geboortegewicht van < 1.500 gram. Met 1.100 zulke gevallen per jaar in België wordt meteen duidelijk waarom een aantal van de huidige 19 NIC-diensten deze drempel moeilijk of helemaal niet halen en toont ook aan dat uitbreiding van het aantal NIC-diensten dit erkenningscriterium voor nog meer diensten onhaalbaar zal maken.

- Tenslotte is ook het aantal neonatologen in België, welke kunnen worden ingezet op de heden erkende NIC-diensten, reeds erg beperkt en met een demografisch eerder ongunstig profiel. De zware werkbelasting voor de neonatologen, die volgens de normen van het KB d.d. 23.10.1964 een 24u.-permanentie voor de NIC-dienst moeten verzekeren in het ziekenhuis, maakt het beroep weinig aantrekkelijk zolang er geen honorarium voor deze permanentieverplichting – vergelijkbaar met dit voor de functie spoedgevallen en intensieve zorg – is voorzien.

De bestaffing van nieuwe NIC-diensten is dus een groot vraagteken en levert mogelijks nog meer problemen op voor de reeds onderbestafte NIC-diensten.

Uitbreiding van het huidige aantal NIC-diensten brengt vrijwel zeker een verdere versnippering en een kwaliteitsverlies van zorg met zich mee, terwijl de vraag juist is om via concentratie van zeker de complexe congenitale afwijkingen en van zeldzame neonatale pathologieën en van beschikbare manpower in een beperkter aantal NIC-diensten een kwaliteitsverbetering tot stand te brengen resp. een hoge kwaliteit te blijven garanderen.

**Samenvattend besluit** de Werkgroep ad hoc NIC-bedden van de NRZV:

1. Uitbreiding van het huidige aantal erkende NIC-bedden en/of NIC-diensten is tegenaangewezen en de vraag om opheffing van Artikel 4 § 2, tweede lid, van het KB van 20.08.1996 tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 23.10.1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd wordt aldus negatief geadviseerd.
2. De gedeeltelijke invulling van de eerder door de NRZV op 13.07.2006 overgemaakte aanbevelingen via aanpassing van de erkenningsnormen voor NIC-diensten en via aanpassing van de RIZIV-nomenclatuur door de Minister wordt bijzonder gewaardeerd als maatregelen ter verbetering van de zorgkwaliteit in de NIC-diensten.

3. Anderzijds herhaalt de NRZV zijn vraag naar een wijziging van de financiering voor de diensten NIC en N\* waarbij rekening wordt gehouden met de pathologie en de aard van de verpleegkundige zorgen.
  
4. Het doorverwijzen van neonatologische probleemgevallen gebeurt op heden niet optimaal en er is nood aan strikte richtlijnen inzake indicatie en organisatie van verwijzing naar de NIC-diensten.