

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

BRUSSEL, 13/07/2006

**Directoraat-generaal Organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie & Erkenning"

O/Ref. : NRZV/D/273-2 (*)

ADVIES INZAKE DE NIC-DIENSTEN

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,
De Secretaris,

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 13 juli 2006

Nationale Raad voor de Ziekenhuisvoorzieningen

Samenstelling Werkgroep:

BLOCKX P., DE TOEUF J., DE WIN M., DETAILLEUR M., DETEMMERMAN D., DEVOS D., DUCKERS M., KEIRSE M., LEJEUNE Ph., LUCET C., VAN DAELE B. en VAN DEN OEVER R.

Uitgenodigde experts:

DEVLIEGER H., HAUMONT D., LANGHENDRIES J.P., VANHAESEBROUCK P. en VERELLEN G.

Vergaderdata: 14.03.2006, 25.04.2006 en 31.05.2006.

Door Minister R. DEMOTTE is er op 20.01.2006 schriftelijk een advies binnen een termijn van twee maanden gevraagd aan de NRZV met betrekking tot enerzijds de eventueel gewenste aanpassingen aan de activiteitsnormen van de NIC-diensten zoals bepaald in het KB van 20 augustus 1996 en anderzijds de opportuniteit om de erkenning van de NIC-diensten al dan niet te koppelen aan de organisatie van een postneonatale follow up van ernstig preterme pasgeborenen (bv. < 1.250 g. of < 30 weken).

Daar de NRZV het opportuun achtte de bestaande erkenningscriteria voor neonatale diensten meer globaal te evalueren en hierbij tevens het advies in te winnen van het College van Geneesheren Moeder/Pasgeborene (sectie neonati) en van de Belgische Vereniging voor Neonatologie, werd op 21.03.2006 aan de Minister een schrijven gericht met het verzoek de gestelde termijn van twee maanden te willen verlengen.

Daar tijdens een eerste bespreking is komen vast te staan, dat de financiering van zowel de NIC-diensten als van de N*-diensten onlosmakelijk verbonden is met het kunnen beantwoorden aan de gestelde activiteits- en kwaliteitsnormen, werd ook aan de Afdeling Financiering van de NRZV een uitnodiging verzonden om aan de Werkgroep NIC in de mate van het mogelijke deel te nemen.

Bij monde van de voorzitter van de Afdeling Financiering van de NRZV, Prof. G. DURANT, heeft de Afdeling echter laten weten er de voorkeur aan te geven om in afzonderlijke vergadering desgewenst zijn advies te kunnen uitbrengen, nadat het Bureau van de NRZV de tekst van het ontwerpadvies inzake de NIC-diensten van de Werkgroep zal hebben overgemaakt.

Tevens wenst de Afdeling Financiering van de NRZV er echter op te wijzen dat zij reeds op 29.09.2004 een advies heeft uitgebracht over de financiering van de NIC-diensten. Dit advies maakte deel uit van een algemene aanbeveling inzake het BFM 2005 en bevatte volgende krachtlijnen:

- meerdere onderzoeken hebben de grote variabiliteit tussen de 19 erkende NIC-diensten aangetoond, zowel inzake bedbezetting, gemiddelde verblijfsduur, MVG- en MKG-

pathologieregistratie, als in het beantwoorden aan de erkenningscriteria inzake activiteitsnormen.

- een gedifferentieerde financiering in functie van de hoeveelheid en aard van de activiteit wordt sterk bepleit via een aangepast model van pathologieregistratie.

Door de administratie werden gegevens verstrekt over het jaarlijks aantal geboorten per materniteit voor de jaren 2002-2003-2004 en inzake het tot op heden erkende aantal NIC-diensten en -bedden.

Volgende vaststellingen werden tijdens een eerste vergadering door de Werkgroep gedaan in verband met de neonatale zorgverlening en voorgelegd aan de uitgenodigde experts neonatologie:

1. De bestaande minimale activiteitscriteria (KB 20.08.1996 - Art. 3 I. 3. Algemene Bepalingen) laten mogelijks onvoldoende toe de verschillende neonatale diensten te onderscheiden volgens de zwaarte van de er behandelde pathologie.
Hiervoor kan er eventueel beter beroep worden gedaan op ofwel een aangepaste pathologieregistratie uitgewerkt door het Nationaal College van Pediaters-Neonatologen ofwel op de bestaande klassieke registratie met omzetting in APR-DRG-codes.
Er wordt gewezen op het feit dat bij het onderscheiden van de NIC-centra naast de pathologiecriteria tevens rekening moet worden gehouden met bv. neonatale correctieve chirurgie voor congenitale malformaties, met samenwerkingsvormen en met de nogal sterk verschillende zwaartegraden binnen dezelfde diagnostische entiteiten.
2. De huidige NIC-diensten kennen een vrij rigide en structurele financiering, die rekening houdt met de verplichte bestaansnormen (2,5 FT verpleegkundigen per bed), maar op geen enkele manier met de werkelijke pathologieload en verpleegkundige intensiviteit.
De voorkeur van de Werkgroep gaat uit naar een financieringssysteem dat rekening houdt met de behandelde pathologie en de zwaartegraad ervan (APR-DRG in aangepaste vorm).
Bijkomende parameters voor het meten van de zorgintensiviteit per pathologie kunnen gevonden worden via de activiteit uitgedrukt in bepaalde RIZIV-nomenclatuurprestaties, maar deze parameters dienen te worden aangepast en bepaalde hedendaagse technieken (n-CPAP-ventilatie en transcutane elektroden voor bloedgasmonitoring bijvoorbeeld) zijn nog niet afzonderlijk via de nomenclatuur van de verplichte ziekteverzekering vergoed en kunnen derhalve ook nog niet worden geregistreerd als zorgintensiviteitscriteria.
3. De bestaande financiering van de NIC-diensten heeft geen oog voor bepaalde elementen van de dagelijkse exploitatie van een neonatale afdeling zoals de verschillende te standaardiseren vormen van opvang en herberging van de ouders en de verplichte voorziening van een ½ FTE klinisch psycholoog per 15 NIC-bedden
Een set van parameters, die specifiek de zorgkwaliteit meten en bij voorkeur een meer gerichte financiering zouden moeten toelaten is onvoldoende uitgewerkt.
Ook is er behoefte aan een gefinancierd registratiesysteem, dat de gestandaardiseerde follow up van hoogrisico-pasgeborenen toelaat.

4. Het huidige aantal erkende NIC-diensten is via een moratorium ingevoerd op 1.02.1989 geblokkeerd (bepaalde afwijkingen toegestaan met KB van 23.12.1993). Globaal zijn er mogelijks voldoende of zelfs teveel NIC-bedden, maar de bezettingsgraad en vooral de behandelde pathologiezwaarte is zeer sterk verschillend naargelang de NIC-dienst.

Een belangrijk aantal NIC-opnames zou in feite niet beantwoorden aan echte neonatale intensieve zorg en de lage bezetting van sommige NIC-diensten wordt aangevuld met opnames, die eerder thuishoren op een N*-neonatale functie.

De resultaten van een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid over de activiteit in 17 Belgische NIC-diensten in 1999 werden in extenso toegelicht aan de leden van de Werkgroep en laten toe duidelijk vast te stellen dat er tussen de diensten een zeer grote variabiliteit in medische en verpleegkundige zorgintensiteit voorkomt en dat er geen relatie bestaat tussen het aantal erkende bedden (grootte van de NIC-dienst) en de intensiteit van de verleende zorg (zwaarte van de behandelde pathologie).

De bestaande registratie en een evaluatie per driejaarsperiode kunnen perfect toelaten de niet-verantwoorde opnames te detecteren en de “lichtere” van de “zware” NIC-diensten te onderscheiden.

Deze informatie laat toe een meer op maat berekende financiering uit te werken volgens de werkelijk behandelde neonatale pathologie en op basis van de verantwoorde ligdagen en dit voor zowel de NIC-diensten als de N*-functie (zie 5.).

5. Ook bij de N*-functies onderscheidt men afdelingen met meer en minder belangrijke zorgintensiteit en een volledige en correcte registratie laat ook hier toe een financiering op maat te voorzien.

De huidige neonatale functie N* is manifest ondergefinancierd.

Het gezamenlijk via een hospitalisatiefactuur (RIZIV) financieren van moeder en kind in de eerste neonatale fase en zo lang de moeder opgenomen blijft op de M-dienst, is in deze achterhaald. De voorkeur van de Werkgroep gaat uit naar het toekennen van een afzonderlijke en eigen statuut als opgenomen patiënt aan de neonatus, die om medische redenen moet worden opgenomen op de N*-functie.

Een aantal grote M-diensten (bv. ≥ 1.500 geboorten/jaar) beschikt heden immers niet over een NIC-dienst en ziet toch een groter aantal kinderen met neonatale pathologie opgenomen op de eigen N*-functie, dewelke hiervoor onvoldoende bestaft en gefinancierd wordt.

Bij het selecteren en uitwerken van concrete voorstellen voor aanpassing van de bestaande programma- en erkenningsnormen van neonatale diensten en functies besluit de Werkgroep beroep te doen op een vertegenwoordiging van het Nationaal College voor Pediatrie-Neonatalogie en op een vertegenwoordiging van de Belgische Vereniging voor Neonatalogie.

Door het College van Geneesheren Moeder/Pasgeborene, sectie pasgeborene, wordt bij monde van de voorzitter Prof. Dr. P. VANHAESEBROUCK in een zeer gedetailleerde consensusnota het standpunt van de Belgische neonatologen toegelicht.

De zes punten van deze consensusnota worden hierna onverkort weergegeven met telkens het commentaar van de Werkgroep:

1. De volledige invoering van het principe van verantwoorde bedden voor NIC-diensten wordt aanvaard als methode voor een billijke verdeling van de middelen in functie van het volume en de zwaarte van de behandelde pathologie binnen deze diensten. De APR-DRG codes aangepast aan de specifieke pathologie van de hoogrisico pasgeborene is hierbij een uit te werken instrument om de MVG (later de MVG2) aan te vullen, eventueel verfijnd door de N3-score. Het streefdoel kan alleen billijkheid zijn op basis van een eenvoudige en ondubbelzinnige registratie die NIET wordt toegevoegd, maar wel andere bestaande vervangt. De (gedeeltelijke) invoering van pathologieregistratie binnen de N*-functie vanaf de eerste levensdag zal een eigen statuut geven aan de opgenomen pasgeborene en het mogelijk maken om N* functies verbonden aan kraaminrichtingen met een hoger aantal verlossingen (bv. > 1.000 – 1.250/jaar) een beter aangepaste financiering te verstrekken (cfr. punt 5 document Werkgroep ad hoc).

Commentaar

De huidige registratieverplichtingen voorzien reeds sedert 1999 dat alle neonati binnen MKG worden gecodeerd (geboortegewicht, APGAR-score, procedurecodes, diagnosecodes). Voor degenen, die verblijven hebben op een N-functie wordt echter in het bestand verblijfseenheid niet verplicht deze N*-functie geregistreerd (vrije keuze van dienstcode). Het is dus perfect mogelijk reeds een idee te hebben over de pathologiezwaarte van de pasgeborenen in niet-NIC-diensten.*

2. Een vereenvoudiging tot 4 activiteitscriteria wordt voorgesteld waarvan ten minste 3 door de NIC-dienst moeten voldaan zijn voor de erkenning of het behoud ervan.
 - 2.1. Jaarlijks worden ten minste 50 pasgeborenen met een geboortegewicht van minder dan 1.500 gram opgenomen op de betrokken NIC-dienst.
 - 2.2. Jaarlijks hebben ten minste 20% van de opnamen op de NIC-dienst betrekking op intra-of extra-uteriene transfers.
 - 2.3. Jaarlijks worden in de erkende NIC-dienst alle pasgeborenen met nood aan intensieve zorgen behandeld afkomstig van tenminste 5.000 verlossingen per jaar, overeenkomstig Artikel 6 §1. van het KB d.d. 20-08-1996 (erkenningnormen P-functie).
 - 2.4. Jaarlijks worden ten minste 50% van de intra-of extra-uterien verwezen NIC-patiënten terugverwezen naar de doorverwijzende instelling voor verdere ziekenhuisverzorging.

Commentaar

De Werkgroep gaat akkoord met de stelling dat het criterium invasieve beademing (intubatie) nog steeds een goede weergave betekent van een bepaalde vorm van pathologiezwaarte, maar op heden zeker kan worden vervangen door een aangepaste registratie (APR-DRG).

Bovendien zijn er andere niet invasieve beademingstechnieken (nasale CPAP) die eveneens als criterium van pathologiezwaarte kunnen gelden, maar die op heden nog niet als dusdanig zijn opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur der verstrekkingen.

3. De medische bestaffing van de NIC-dienst dient dringend aangepast te worden overeenkomstig de actueel vigerende Europese Richtlijnen met betrekking tot de arbeidstijd. Per 4 verantwoorde NIC-bedden moet de erkende NIC-dienst, het NIC-diensthooft inbegrepen, beschikken over 1 voltijds equivalent specialist in de kindergeneeskunde, ofwel drager van de bijzondere beroepstitel van neonatoloog ofwel tijdens de periode van verwerving van deze bijzondere beroepstitel.

Commentaar

De Werkgroep kan weliswaar de argumentatie van het expertenpanel volgen, maar wijst toch op het risico van artificieel hoge bestaffingsdrempels als erkenningsnorm op een ogenblik dat het aanbod aan pediaters-neonatologen voor intramurale tewerkstelling eerder beperkt is. Ook de inspectiediensten van de gemeenschappen hebben reeds eerder gesignaleerd dat het voldoen aan de medische permanentievereisten voor de niet-universitaire NIC- en MIC-diensten een toenemend probleem vormt. Ook met geneesheren-specialisten in opleiding (minstens 3^o jaar) blijkt er niet steeds aan de permanentievereisten te kunnen worden voldaan. De beste oplossing bestaat erin om samen met een verhoogde eis van medische bestaffing tevens de adequate financiering van deze permanentie te voorzien, bij voorbaat ook in relatie met de behandelde pathologiezwaarte.

4. Zoals duidelijk aangegeven in de adviesvraag van de Minister wordt aanbevolen de organisatie en financiering van een gestandaardiseerde opvolg van hoogrisico pasgeborenen (bv. < 1.500 g. of < 32 weken) op te nemen in de erkenningscriteria van een NIC-dienst.

Commentaar

De Werkgroep ondersteunt unaniem deze aanbeveling.

5. De verplichte voorziening van een halftijdse klinische psycholoog per 15 NIC-bedden is een belangrijke erkenningsnorm voor de NIC-dienst, enerzijds ter ondersteuning van ouder en gezin, maar ook voor de gezondheidswerkers op de NIC-dienst zelf. De aan te werven klinische psycholoog zal hierbij ook de opvolging van de hoogrisico pasgeborenen als één van zijn/haar te vervullen taken behartigen. Samenwerking met de MIC-functie kan hier nagestreefd worden met het oog op de continuïteit van de perinatale psychologische ondersteuning in het licht van het verder toenemend aantal intra-uteriene transfers.

Commentaar

De Werkgroep ondersteunt unaniem deze aanbeveling.

6. In het licht van de evolutie van de medische technieken zoals door de Minister aangehaald in zijn schrijven d.d. 20-01-2006 wordt aanbevolen volgende technische activiteiten financieel te willen herwaarderen of introduceren:
 - 6.1. Medische begeleiding van extra-uterien transport (599303): suggestie = C150.
 - 6.2. Continue bewaking van nasale CPAP in NIC-dienst (N* functie maximaal 24 uur): suggestie = N100 per dag gedurende 28 dagen, nadien N40 voor de volgende dagen.
 - 6.3. Plaatsing van percutane diepe catheter bij de pasgeborene: suggestie = K30.
 - 6.4. Continue niet-invasieve transcutane monitoring van pCO₂/pO₂: suggestie = N15 per dag gedurende maximaal 28 dagen.
 - 6.5. Financiering van een postneonatale gestandaardiseerde opvolg van hoogrisico pasgeborenen waarin de verwijzende kinderarts een hoofdrol dient te vervullen.
 - 6.6. Continue cerebrale functiemonitoring (CFM) of aEEG (amplitude geïntegreerd EEG) (477411-477422) (enkel NIC-dienst): suggestie = K150, maximaal 3 x voor te schrijven.
 - 6.7. Financiering van stikstofmonoxide ventilatie of iNO. Concrete afspraken met betrekking tot de medisch veilige toepassing van deze techniek zijn door alle actoren dringend gewenst.
 - 6.8. Het intra-uterien transfer moet gehonoreerd worden en dient tevens een bonus op te leveren voor de materniteit onder de vorm van extra punten ter compensatie van het lokaal verminderd aantal bevallingen.
 - 6.9. Ontwikkelingsondersteunende zorg, zoals bijvoorbeeld NIDCAP, dient ondersteund te worden.

Commentaar

Hoewel het bestaan van een op heden onvoldoende vergoeding voor de medische permanentie door de Werkgroep wordt erkend, kan een financiering via de honoraria voor technische verstrekkingen van de nomenclatuur hier niet de volledige oplossing brengen.

Bepaalde concrete voorstellen van gewenste aanpassingen aan de nomenclatuur (pt. 6.1., 6.2., 6.3., 6.6. en 6.8. bijvoorbeeld) kunnen aan de Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV worden overgemaakt voor verder gevolg.

Na bespreking besluit de NRZV samenvattend om volgende adviezen aan de Minister over te maken:

ADVIES INZAKE DE NIC-DIENSTEN

I. ERKENNINGSNORMEN NIC-DIENST

- a. De NIC-dienst moet beantwoorden aan tenminste drie van de hiernavolgende activiteitsnormen voor zijn erkenning of het behoud ervan.
 1. Jaarlijks worden minstens 50 pasgeborenen met een geboortegewicht < 1.500 g. opgenomen.
 2. Jaarlijks hebben tenminste 20 % van de opnamen betrekking op intra- of extra-uteriene transferts.
 3. Jaarlijks worden de pasgeborenen met nood aan intensieve zorg afkomstig van tenminste 5.000 verlossingen behandeld via samenwerkingsovereenkomsten met M- en N*-diensten (Erkenningsnorm P-functie, KB 20.08.1996 – Art. 6 § 1).
 4. Jaarlijks worden minstens 50 % van de intra- of extra-uterien verwezen NIC-patiënten, terugverwezen naar de doorverwijzende instelling.

- b. Per 4 verantwoorde NIC-bedden moet de erkende NIC-dienst, het NIC-diensthoofd inbegrepen, beschikken over een voltijds equivalent specialist in de kindergeneeskunde, ofwel drager van de bijzondere beroepstitel neonatoloog ofwel tijdens de periode van verwerving van deze bijzondere beroepstitel. Aangepaste vergoeding voor en honorering van de intramuraal werkende kinderarts-neonatoloog en voldoende opgeleide neonatologen zijn hierbij essentieel.

- c. De organisatie van een gestandaardiseerde follow-up van hoogrisico pasgeborenen (bv. < 1.500 g. of < 32 weken) maakt deel uit van de erkenningsnormen. De nodige middelen dienen hiervoor te worden voorzien.

- d. Een halftijds klinisch psycholoog per 15 NIC-bedden met bijzondere opdrachten inzake ondersteuning van ouder en gezin, en van de gezondheidswerkers op de NIC-dienst en inzake de follow-up van hoogrisico pasgeborenen maakt deel uit van de organisatorische erkenningsnormen. Samenwerking met de MIC-dienst wordt aanbevolen.

II. FINANCIERING NIC-DIENST

- **Het principe van verantwoorde bedden voor de NIC-diensten als methode voor een billijke verdeling van de middelen in functie van het volume en de zwaarte van de behandelde pathologie komt in de plaats van de huidige rigiede en onaangepaste financiering per bed.**
- **Ook voor de N*-functie dient tezelfdertijd een gelijkaardige pathologie-financiering te worden ingevoerd.**
- **Op basis van de APR-DRG-Neonatologie-Perinatale Aandoeningen kan op heden reeds gebruik gemaakt worden over een uniform registratiesysteem voor elke opgenomen pasgeborene, ongeacht of deze in een NIC-dienst dan wel op een N*-functie verblijft.**

De bestaande gegevens via APR-DRG-codering voor NIC-diensten en N*-functies kunnen reeds vanaf 01.01.2007 worden gebruikt om een financiering op basis van verantwoorde bedden te implementeren.

Onderscheid moet hierbij worden gemaakt tussen primaire N*-opnamen en secundaire N*-opnamen na terugverwijzing intra- of extramuros.

Bij terugtransfer naar de N*-functie dient het onslaggewicht bij ontslag uit de NIC-dienst i.p.v. het geboortegewicht te worden geregistreerd.