

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

Brussel 09/12/2010

**DIRECTORAAT-GENERAAL ORGANISATIE
GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling "Programmatie & Erkenning"

Kenm. : NRZV/D/321-2 (*)

Advies m.b.t. de MUG helikopters "MUGH"

**Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt**

**De Secretaris
C. Decoster**

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 9 december 2010

1. Bestaande situatie

In de voorbije jaren waren er twee proefprojecten, één in Luik (CSM VZW in Bra sur Lienne) en één in Brugge (Instituut voor Medische Dringende Hulpverlening VZW). Deze proefprojecten hebben hun jaarverslagen overgemaakt aan het FOD VGH en deze jaarverslagen werden integraal overgemaakt aan de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen. Deze jaarverslagen werden dan ook bekeken en daaruit hebben we het activiteitsniveau kunnen opmaken van beide MUG helikopters.

Wellicht zijn er andere actoren die een MUG helikopter initiatief zouden kunnen nemen indien er normen zouden bestaan maar die hebben zich niet kenbaar gemaakt buiten de reddingshelikopter van het leger aan de kust. Landsverdediging zou zich eventueel willen inschrijven in dit verhaal en hun mogelijkheden kenbaar maken aan de Minister. Strikt genomen is het niet evident om deze helikopter binnen het huidig wettelijk kader te linken aan een ziekenhuis omdat landsverdediging buiten de ziekenhuiswetgeving valt.

2. Situering van het advies

1. Dit advies ent zich op het reeds uitgebrachte advies dd 18 november 2009 waarin de nationale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening (NRDGH) haar standpunt bepaalde.
2. Het advies slaat niet op het niet dringend ziekenvervoer en/of niet dringend interhospitaalvervoer per helikopter, daar deze materie onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen valt.
3. In deze tijd van zware budgettaire beperkingen is de NRZV zich bewust van het feit dat de financiering van MUG helikopters geen evidentie is.
4. De NRZV geeft een verdeeld advies, want er zijn duidelijk twee standpunten.
5. Gezien het verdeeld advies werd de zaak juridisch onderzocht wat in deze nota wordt weergegeven. Voor de juridische analyse verwijzen we ook naar onze juridische analyse in het oorspronkelijk ontwerp van KB dat door de Minister voor advies werd voorgelegd. De juridische analyse staat in het geel aangeduid en gearceerd.
Beide teksten moeten dus samen gelezen worden.

3. Standpunt Helikopter in de DGH statuut sui generis

Een deel van de NRZV is van mening dat:

1. de MUGH functie wel een ziekenhuisfunctie kan zijn, maar dat het beheer van deze structuur zou moeten kunnen worden toevertrouwd aan een neutrale entiteit, zoals een afzonderlijke VZW.
2. de MUG helikopter niet zo maar kan vergeleken worden met een gewone MUG en een eigen missie, specificiteit en actieradius heeft.
3. er dan ook een specifieke programmatie moet voor zijn los van de bestaande MUG programmatie
4. er een eigen financiering moet zijn via het RIZIV, die dus hoger is dan een bestaande MUG functie en de (hogere kosten dekt).
5. de medische staf een bijkomende eigen opleiding (specifiek gericht op de helikopter) moet hebben bovenop de bestaande opleidingen voor spoedartsen, en de normen ook kunnen verschillen met MUG artsen

Het KB, zoals voorgelegd door de Minister, gaat een stuk in die richting, aangezien men een specifiek KB heeft uitgewerkt en men geen integratie doet in de bestaande normen met betrekking tot de MUG als ziekenhuisfunctie.

Dit KB stelt, indien men toch deze weg wil blijven inslaan, juridische problemen en mist een wettelijke basis waardoor er zich bij de Raad van State problemen gaan stellen.

In het ontwerp van KB werd in die zin in bijlage dan ook een aantal juridische analyses gemaakt (van 1 tot 5) en reeds voorstellen tot aanpassingen opgenomen voor mocht de Minister toch die weg verder willen inslaan.

We willen hier bijkomend op wijzen dat men uit onze juridische analyse (verwerkt in de tekst zelf van het ontwerp van KB) zou kunnen concluderen dat men dan maar de wet van 8 juli 1964 zelf moet aanpassen teneinde wel een wettelijke basis te creëren voor de MUGH. Ook dat is niet evident omdat een aanpassing van deze wet moet voldoen aan de doelstelling van deze wet en de kans groot is dat men bij een aanpassing van deze wet met het oog op het creëren van een wettelijke basis voor de MUGH, zich begeeft op het terrein van de Gemeenschappen en problemen krijgt met het Arbitragehof omdat het gezondheidsbeleid waartoe de DGH niet behoort een exclusieve bevoegdheid van de Gemeenschappen is (zie verder onder 4).

4. Standpunt Helikopter binnen de DGH wordt gezien als MUG functie zoals andere

Een ander deel van de NRZV is van mening dat:

1. deze MUG helikopters zeker ook moeten gezien worden als ziekenhuisfuncties maar dan met een juiste wettelijke basis (zie verder).
2. er voor deze extra MUG's een beroep moet gedaan worden op de bestaande MUG normering die moet aangepast worden en er dus geen statuut sui generis aangewezen is.
3. er moet gekozen worden om **de volledig bestaande MUG normering** aan te passen, dan hebben we het over het KB met betrekking tot de MUG programmatie (KB 20/09/2002), het KB met betrekking tot de MUG erkenning (KB 10/08/1998) en tenslotte de aanpassing van de normering met betrekking tot de financiering van de MUG's in het Budget van Financiële Middelen.

4. de integratie van de MUG helikopters in de DGH op dezelfde manier moet gebeuren als de gewone MUG's en de functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg. Dat wil dus zeggen dat de federaal uitgewerkte normen getoetst worden door de Gemeenschappen en na erkenning federaal opgenomen worden in de dringende geneeskundige hulpverlening (eenvormig oproepstelsel) en in het BFM.
5. het aantal urgentieartsen en verpleegkundigen met beroepstitel spoed en IZ dermate schaars zijn dat het onverantwoord is om deze mensen autonoom te laten functioneren zonder dat ze echt behoren tot een equipe van een ziekenhuis met een functie gespecialiseerde spoedgevallen en dus de schaarste op de arbeidsmarkt vergroten.

Voor deze redenering is volgende juridische argumentatie van belang:

A .de wet **op de ziekenhuizen** bevat een dubbele juridische basis om erkenningnormen voor medische spoeddiensten uit te schrijven met name in artikel 66, 2° en 66, 3° van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

Dit artikel stelt.

“De ziekenhuizen moeten de **normen naleven, welke worden bepaald door de Koning, na advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen,** afdeling erkenning en programmatie, te hebben ingewonnen.

Deze normen hebben betrekking op :

....

2° de inrichting en de werking van elk soort van diensten; hiertoe kan de **Koning normen** bepalen **ondermeer** met betrekking **tot minimum vereisten** inzake de capaciteit aan bedden, de technische uitrusting, het medisch, paramedisch en verplegend personeel, en tot het activiteitsniveau;

3° **de organisatie van de verstrekking van dringende geneeskundige verzorging, in samenwerking met het geneesherenkorps,** onverminderd de bepalingen van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.”

Het is op basis van voormeld artikel 66, 2° dat de erkenningnormen voor de functies eerste opvang spoedgevallen, gespecialiseerde spoedgevallenzorg, intensieve verzorging, Mobiele urgentiegroep, omschreven werden.

Dat is dus ook aangewezen voor de MUGH waardoor een juiste wettelijke basis ontstaat.

B. Dan is er nog de problematiek van de bevoegdheid van de gemeenschapsministers waarvan we reeds onder 3 spraken.

Artikel 5, §1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 stelt duidelijk dat, voor wat betreft het gezondheidszorgbeleid, behoudens een beperkt aantal strikt omschreven uitzonderingen, het beleid betreffende de zorgenverstrekking in en buiten de verplegingsinrichtingen, tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoort. Dit betekent dat het tot de bevoegdheid van de gemeenschapsminister behoort om ziekenhuisdiensten, -functies, zorgprogramma's te inspecteren en te erkennen.

Het vereist een bijzondere wet (meerderheid aanwezig in iedere taalgroep en in iedere kamer, meerderheid van de uitgebrachte stemmen in iedere taalgroep en in iedere kamer en 2/3 meerderheid van de uitgebrachte stemmen in totaal) om hieraan te wijzigen.

Bovendien stelt artikel 69 van de gecoördineerde ziekenhuiswet:

“ § 1. Ieder ziekenhuis moet worden erkend **door de overheid bevoegd voor het gezondheidszorgbeleid** op grond van de artikelen 128, 130 of 135 van de grondwet.

Om erkend te worden moet :

....

2° **iedere** in het ziekenhuis opgerichte dienst, **functie**, afdeling, medische dienst en medische-technische dienst **erkend zijn overeenkomstig de desbetreffende vigerende erkenningsnormen**;

...

§ 2. Wanneer aan voornoemde eisen is voldaan, wordt de erkenning verleend voor een beperkte termijn die kan worden verlengd.”

Artikel 72 stelt:

“Iedere in een ziekenhuis opgerichte dienst (en functie-zorgprogramma ...)moet worden erkend door de overheid bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet.

Om erkend te worden moet de dienst (functie, zorgprogramma...) voldoen aan de in artikelen 66 en 67 bepaalde normen en moet het ziekenhuis of de dienst zijn geïntegreerd in het in artikel 36 bedoelde programma. Wanneer aan voornoemde eisen is voldaan, wordt de erkenning verleend voor een beperkte termijn die kan worden verlengd”

C. Maar er is meer

Als er buiten de ziekenhuiswetgeving met een afzonderlijke juridische structuur een MUGH opgericht wordt waarin toch personeel van een ziekenhuis functioneert dan moet er grondig nagedacht worden over de implicaties naar fiscaliteit (BTW!), de arbeidsrechtelijke verhoudingen van het personeel (ter beschikking gesteld personeel? toepasbare CAO's? behoud van beroepstitel/ beroepsbekwaming....) en aansprakelijkheid (met de implicaties mbt de verzekeringen arbeidsongevallen en burgerlijke aansprakelijkheid). Deze problemen worden best vermeden.

Tenslotte willen we erop wijzen dat de patiënt recht heeft om van het ziekenhuis informatie te ontvangen over de aard van de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de er werkzame beroepsbeoefenaars.

Het ziekenhuis is aansprakelijk voor de tekortkomingen begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars..... (art 30 van de gecoördineerde ziekenhuiswet).

De benadering onder 4 biedt dus meer rechtszekerheid voor het ziekenhuis , de patiënt en het personeel.

5. Slotbeschouwingen van toepassing voor beide standpunten

1. Deze benadering moet samen gelezen worden met drie zeer belangrijke nuances:
 - a. of deze MUG helikopters nu een statuut hebben sui generis of binnen de programmatie van de reguliere MUG's wordt opgenomen, we gaan er van uit dat het aantal MUG's kan toenemen met de MUG helikopters en dat de programmatiecriteria voor deze extra MUG's zich ook zouden moeten baseren op dezelfde reeds bestaande MUG programmatiecriteria, namelijk inwoners en bevolkingsdichtheid. Men zou er ook het criterium afstand kunnen aan toe voegen.
 - b. indien men tot een uitbreiding komt van het aantal MUG's door het toekennen van extra MUG helikopters, dan moet het niet alleen mogelijk zijn om MUG helikopters te erkennen die een standplaats hebben op een ziekenhuiscampus, maar ook MUG helikopters die als vooruitgeschoven MUG's worden ingezet, maar een ziekenhuisfunctie blijven. Sommige rurale en meer afgelegen gebieden kunnen, gezien hun afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis, dergelijke erkenning verantwoorden.
 - c. zoals de NRDGH is de NRZV van mening dat het formaliseren van deze extra MUG helikopters niet ten koste van de financiering van de reeds bestaande en erkende MUG's mag gebeuren. Het is evident dat de financiering naar analogie van de MUG ontoereikend zal zijn en een aanvullende financiering zich opdringt. Men zou bijvoorbeeld een extra financiering kunnen voorzien bovenop de basisfinanciering door specifieke eenheidsprijzen uit te werken per afgelegde km. Deze prijzen zouden uiteraard hoger moeten liggen dan de huidige bedragen die worden gerekend voor de uitrukken van de 100-ziekenwagens. Dat wil niet zeggen dat erkende MUG helikopters hun financiering niet kunnen uitbreiden via eigen kanalen (de steden en gemeenten, de bedrijfswereld ed.)
2. De uitbreiding van de programmatie met een aantal MUG helikopters in België (waarbij ten minste de MUG helikopters die in het proefproject zitten, zouden geformaliseerd moeten worden) kan nuttig zijn binnen de dringende geneeskundige hulpverlening in afgelegen gebieden maar ook in functie van tijdswinst voor specifieke pathologieën waarin de prehospitaalfase tot een minimum moet beperkt worden en waarbij files en zware verkeersproblemen kunnen vermeden worden.

De NRZV is echter van mening dat er voor ons land, en dit in verhouding tot andere landen, een programmatie moet worden uitgewerkt waar plaats is voor maximum drie of vier MUG helikopters.
3. Binnen de noodplanning kan de helikopter eveneens een meerwaarde zijn.
4. Bovendien is de MUG helikopter mogelijks een back-up MUG voor een attractiezone met een actieradius van 50km (15 minuten vliegtijd) wanneer de lokale MUG via de grond al ingezet is voor een andere opdracht.

6. Anderzijds blijft het ook een kwetsbaar middel aangezien de weersomstandigheden een belangrijke rol spelen maar ook de landingsmogelijkheden beperkt zijn en vaak onmogelijk in dicht bevolkte streken of steden. Dit laatste moet dan weer gerelativeerd worden, want uit cijfers van operaties in Londen en Nederland blijkt dan weer dat men in deze grootsteden voor een zeer groot percentage wel een landingplaats vindt.