



**Mondelinge vraag in commissie van volksvertegenwoordiger
Luc GOUTRY aan minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid Laurette ONKELINX**

Betreft : uitbouw van de neonatale zorg

In ons land zijn er 19 erkende NIC-diensten (Neonatal Intensive Care). Dit zijn klinische zorgeenheden, binnen een Algemeen Ziekenhuis, voor intensieve medische zorg aan premature patiëntjes.

Het betreft 7 eenheden in Vlaanderen, 6 in Wallonië en 6 in Brussel.

In totaal zijn er hiervoor 310 N-bedden erkend. In zo'n dienst worden zeer kwetsbare prematuren behandeld met een zeer laag geboortegewicht als gevolg van een veel te korte zwangerschap.

Dergelijke kindjes staan bloot aan tal van medische problemen (infecties, hersenbloedingen, longproblemen...) en zijn ook risico patiëntjes op een vertraagde neuro-motorische –cognitieve ontwikkeling.

Op het terrein wordt vastgesteld dat het aantal erkende bedden helemaal niet meer overeenkomt met het aantal verantwoorde bedden.

Ik geef het concrete voorbeeld van de erkende West-Vlaamse NIC-dienst die zich bevindt in het AZ St.-Jan te Brugge.

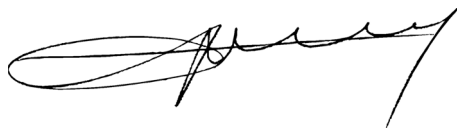
Deze dienst is momenteel slechts erkend voor 15 N-bedden, terwijl er in de realiteit en op basis van de reële bezetting, 25 verantwoorde bedden noodzakelijk zijn.

Gezien de doorgedreven specialisatiegraad van dergelijke medische behandelingen is het alleszins aangewezen om de bedden te concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen.

Het is dus beter het aantal erkende diensten te verminderen en daarentegen het aantal bedden per dienst te verhogen. M.a.w. een herverdeling van de erkende bedden in functie van de reële bezettingsgegevens lijkt mij dringend en noodzakelijk !

Mijn vragen aan de Minister zijn :

1. Erkent de Minister het door mij gestelde probleem van een onefficiënte verdeling van de huidige N-bedden ?
2. Deelt de Minister mijn mening dat deze verdeling dringend dienst geactualiseerd en aangepast te worden op basis van de reële bezettingscijfers zodat het aantal erkende bedden beter overeenstemt met het aantal verantwoorde bedden ?
3. Is de Minister bereid om een objectieve activiteitsmeting te laten verrichten op basis van o.m. de MKG-gegevens ? Binnen welke procedure en timing ?



Luc Goutry
Volksvertegenwoordiger
26 februari 2010

De erkenningsnormen van de Diensten Neonatalogie werden door het KB van 10 maart 2008 gewijzigd in de zin dat "elke neonatologische dienst voortaan verplicht is om een gestandaardiseerde follow-up te coördineren met betrekking tot hoogrisico pasgeborenen waarbij het geboortegewicht minder dan 1500 gram bedraagt en de zwangerschapsduur kleiner is dan 32 weken"

Het lijkt mij heel verstandig en zeer noodzakelijk om een dergelijke follow-up een screening te eisen omdat er inderdaad op peuter- en kleuterleeftijd van prematuur geboren kinderen veel meer problemen voorkomen dan bij voldragen kinderen.

Heel wat vroeggeboren kinderen sukkelen met oogproblemen en andere zintuiglijke vertragingen en vooral met een achterstand in hun loco-motorische-cognitieve ontwikkeling.

Heel wat van de kinderen worden niet goed of onvoldoende opgevolgd wat meestal leidt tot meer ernstige blijvende schade en waardoor geen passende revalidatie kan opgestart worden.

Mijn vragen aan de Minister :

1. Wat is de mening van de Minister over hoe dergelijke follow-up, zoals vereist in het KB van 10/03/08 concreet moet georganiseerd worden ?
2. Op basis van welke financiële middelen ?
3. Vindt de Minister dat deze follow-up valt onder het luik van preventieve gezondheidszorg en derhalve door de respectievelijke gemeenschappen moet georganiseerd worden ?
4. Heeft de Minister een zicht over hoe dit momenteel wordt aangepakt in Vlaanderen ?
5. Overweegt de Minister zelf initiatieven om deze follow-up beter en doelmatiger te laten organiseren ?



Luc Goutry
Volksvertegenwoordiger
26 februari 2010

Samengevoegde vragen van

- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de organisatie van de neonatale zorg" (nr. 19951)

- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de uitbouw van de neonatale zorg" (nr. 19952)

Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de staatssecretaris, de erkenningsnormen voor de dienst neonatalogie werden door het koninklijk besluit van 10 maart 2008 gewijzigd, namelijk in de zin dat elke neonatologische dienst voortaan verplicht is om een gestandaardiseerde follow-up te coördineren met betrekking tot hoogrisicopasgeborenen waarvan het geboortegewicht minder bedraagt dan 1 500 gram en de zwangerschapsduur korter is dan 32 weken. Het lijkt mij eigenlijk zeer verstandig en noodzakelijk

screening te eisen omdat er op peuter- en kleuterleeftijd bij problemen voorkomen dan bij voldragen kinderen. Heel wat problemen en andere zintuiglijke vertragingen en vooral met cognitieve ontwikkeling. Heel wat van die kinderen worden niet goed of onvoldoende opgevolgd, wat meestal leidt tot ernstiger, blijvende schade waardoor er geen passende revalidatie kan worden opgestart.

Mijnheer de staatssecretaris, wat is uw mening over hoe een dergelijke follow-up zoals vereist in het KB van 10 maart 2008 concreet moet worden georganiseerd? Op welke basis en op basis van welke financiële middelen? Vindt u dat deze follow-up valt onder het luik van de preventieve gezondheidszorg en derhalve door de Gemeenschappen moet worden georganiseerd? Hebt u zicht op hoe dit momenteel wordt aangepakt in Vlaanderen? Overweegt u zelf initiatieven te nemen om deze follow-up beter en doelmatiger te laten organiseren?

10.02 Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: U had in feite twee vragen over hetzelfde onderwerp. Ik zal al antwoorden op dit eerste punt. Zoals u aangeeft wijzigt het KB van 10 maart 2008 de bijzondere normen voor intensieve neonatologie en preciseert ze als volgt: ~~De~~ De dienst voor intensieve neonatologie staat in voor de organisatie van een gestandaardiseerde follow-up van de zogenaamde hoogrisicopasgeborenen. Dit zijn pasgeborenen met een geboortegewicht van minder dan 1 500 gram of waarvan de moeder voor 32 weken zwangerschap is bevallen+.

Dat betekent dat de diensten voor neonatologie de taak en de verantwoordelijkheid hebben om ervoor te zorgen dat die follow-up georganiseerd wordt. Hun verantwoordelijkheid op dat niveau veronderstelt ook dat ze over de resultaten van deze follow-up beschikken.

Bovendien moet het programma gestandaardiseerd zijn, wat betekent dat eerst wetenschappelijke overeenstemming bereikt moet worden over de modaliteiten van de follow-up.

De diensten voor neonatologie zijn niet verplicht om deze follow-up zelf te organiseren. Aangezien het aantal patiënten beperkt is, mogen zij de patiënt doorverwijzen naar andere structuren die deze functionaliteit ontwikkeld hebben.

Mijnheer Goutry, dat was het antwoord op de eerste vraag van de vijf vragen in die mondelinge vraag.

Ik kom dan aan uw tweede punt. De uitgevoerde screenings vallen voor het grootste deel onder het systeem van de terugbetaling van prestaties van de verplichte ziekteverzekering. In de toekomst zou een terugbetaling op basis van een forfait kunnen worden overwogen via specifieke overeenkomsten tussen het RIZIV en gespecialiseerde structuren die erkend zijn om een gestandaardiseerde follow-up te verzekeren.

Nu kom ik aan het derde punt van uw eerste vraag. Zoals de naam het aangeeft, gaat het om een follow-upprocedure. De organisatie van controleonderzoeken na een ziekenhuisopname is een gangbare praktijk in heel wat disciplines en voor alle soorten patiëntengroepen. De follow-up heeft tot doel complicaties op te sporen die zouden optreden in de weken, maanden of jaren na een opname.

Ook al is een samenwerking met de Gemeenschappen en Gewesten relevant, het blijft belangrijk om een programma op nationaal niveau uit te werken en te beschikken over nationale gegevens over dit onderwerp.

In Vlaanderen wordt de follow-up grotendeels verzekerd door de vier centra voor ontwikkelingsstoornissen, die erkend zijn door de Vlaamse Gemeenschap en verbonden zijn aan de diensten pediatrie van de universiteiten van Gent, Antwerpen, Leuven en Brussel. Deze centra genieten een gemengde financiering, van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, de provincies, het RIZIV, de federale Staat, bijvoorbeeld sociaalmaribelbanen, en bijdragen van patiënten.

In Wallonië en Brussel bestaat dergelijke structuur niet. Elke NIC-dienst organiseert zelf zijn opvolging, alleen of in samenwerking met een andere dienst of een ander ziekenhuis.

Wat betreft uw vijfde en laatste vraag, het volgende. De Belgische Vereniging voor Neonatologie, de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde en het College van geneesheren voor de moeder en pasgeborenen, afdeling Neonatologie, zijn reeds bezig met de uitwerking van een gestandaardiseerde follow-up. De financieringsmodaliteiten werden nog niet besproken.

tot niet, mevrouw de voorzitter, het antwoord van mevrouw Onkelinx op de vraag van collega Goutry.

Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de voorzitter, ik moet in ieder geval, via de staatssecretaris, mevrouw de minister danken dat zij de vragen ernstig neemt en daar ook uitvoerig laat op antwoorden. Dat is natuurlijk van essentieel belang. Er zijn immers steeds meer premature geboorten. De problematiek wordt klinisch opgevolgd rond de geboorte zelf, maar nadien wordt het misschien te snel uit het oog verloren, terwijl te vroeg geboren kinderen gevoelig zijn voor retardatie, motorische achterstand, enzovoort. Vandaar dat het bijna van wezenlijk belang is dat er ook dergelijke centra zijn die deze kinderen blijven screenen en blijven zien.

In Vlaanderen is dat eigenlijk onvolkomen uitgebouwd; voor West-Vlaanderen en Limburg is er eigenlijk geen bediening voorzien. Vandaar blijf ik aandringen dat de minister, in samenspraak met de bevoegde ministers van de verschillende Gemeenschappen, het kader zou sluiten, zodat er overall een goede gespreide opvang mogelijk is, zo vroeg mogelijk. Vandaar het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen.

Yolande Avontroodt (Open Vld): Mijnheer Goutry, wij hebben vorige donderdag, onder het voorzitterschap van mevrouw Gerkens en met mevrouw Detiège, een ronde tafel georganiseerd met heel de sector en het college, waar die problemen heel uitvoerig aan bod zijn gekomen. Wellicht komen wij tot een resolutie die de follow-up effectief opvraagt. Dat is identiek hetzelfde verhaal als u nu doet.

De **voorzitter**: Mijnheer Goutry, u kunt thans uw volgende vraag stellen.

Luc Goutry (CD&V): Mevrouw Avontroodt, vorige week was ik verontschuldigd. Mijn vragen dateren wel al van voordien, maar het kan maar helpen.

Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik kom tot mijn vraag over de uitbouw van de neonatale zorg. In ons land zijn er negentien erkende NIC-diensten. Dit zijn klinische zorgeenheden binnen een algemeen ziekenhuis voor intensieve medische zorg aan premature patiëntjes. Het betreft zeven eenheden in Vlaanderen, zes in Wallonië en zes in Brussel. In totaal zijn er hiervoor driehonderdentien in-bedden erkend. In zo'n dienst worden zeer kwetsbare prematuren behandeld met een zeer laag geboortegewicht als gevolg van een veel te korte zwangerschap. Dergelijke kindjes staan bloot aan tal van medische problemen, infecties, hersenbloedingen, longproblemen, enzovoort. Ze zijn ook risicopatiëntjes op, zoals gesteld, een vertraagde neuromotorische cognitieve ontwikkeling.

Op het terrein wordt vastgesteld dat het aantal erkende bedden helemaal niet meer overeenstemt met het aantal verantwoorde bedden. Ik geef het concrete voorbeeld van de erkende West-Vlaamse NIC-dienst die zich bevindt in het AZ Sint-Jan in Brugge. Deze dienst is momenteel slechts erkend voor vijftien NIC-bedden of in-bedden, terwijl er in realiteit en op basis van de reële bezetting, vijftientwintig verantwoorde bedden noodzakelijk zijn.

Gezien de doorgedreven specialisatiegraad van dergelijke medische behandelingen, is het alleszins aangewezen om de bedden te concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen. Het is dus beter het aantal erkende diensten te verminderen, maar het aantal bedden per dienst te verhogen. Met andere woorden, een herverdeling van de erkende bedden in functie van de reële bezettingsgegevens lijkt mij dringend en noodzakelijk. Vandaar mijn vragen.

Ten eerste. Erkent de minister het door mij gestelde probleem van de inefficiënte verdeling van de huidige NIC-bedden?

Ten tweede, deelt de minister mijn mening dat deze verdeling dringend dient geactualiseerd en aangepast te worden op basis van de reële bezettingscijfers, zodat het aantal erkende bedden beter overeenkomt met het aantal verantwoorde bedden?

Ten slotte, is de minister bereid een objectieve activiteitsmeting te laten verrichten op basis van onder meer de MKG, de minimale klinische gegevens? Zo ja, binnen welke procedure en timing?

Staatssecretaris **Jean-Marc Delizée**: Mevrouw de voorzitter, collega's, collega Goutry, u hebt in feite

informatie betreffende de verdeling van NIC-bedden tussen de ziekenhuizen die over een erkenning beschikken, is te wijten aan belangrijke verschillen in bezettingsgraad voor deze NIC-bedden en werd al vroeger aan mijn voorganger gesignaleerd, met name via de adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Door mijn voorganger werd, voor zover ik weet, geen enkel gevolg gegeven aan de in de adviezen geformuleerde aanbevelingen.

Hoewel het probleem betreffende de reële bezettingsgraad van de NIC-bedden niet opgelost kan worden, wil ik er u wel aan herinneren dat dit slechts één aspect van het probleem betreft. Naast de toegankelijkheid betreffende de tarificatie heeft de wetgever immers ook de geografische toegankelijkheid willen verzekeren. Die is bijzonder belangrijk voor de ouders in die moeilijke periode. Dat verantwoordt ten minste gedeeltelijk het behouden van bepaalde NIC-diensten, onafhankelijk van hun reële bezettingsgraad. Anderzijds loont het de moeite de vraag te stellen naar de minimale grootte van een NIC-dienst, die vandaag op vijftien bedden is vastgesteld, en/of naar de uitbreiding van het huidige aantal bestaande NIC-bedden.

Wat uw tweede vraag betreft, ik ben er zeker niet tegen dat er nagedacht wordt over andere verdelingsmodaliteiten voor de NIC-bedden. De bevoegde organen kunnen daartoe adviezen geven of aanbevelingen doen. Zij hebben trouwens de bevoegdheid tot het nemen van initiatieven hierin, maar ik meen dat dit niet erg dringend is.

Ik kom tot uw derde en laatste vraag. Ik herinner eraan dat bij de opmaak van de nieuwe financieringsregels voor de ziekenhuizen, op 1 juli 2002, meer nadruk werd gelegd op de reële, verantwoorde activiteiten dan op structurele elementen. Daarbij werden de NIC-bedden echter expliciet uitgesloten van een op een verantwoorde activiteit gebaseerde financiering. Analoog aan de erkende psychiatrische bedden binnen de algemene ziekenhuizen wordt er immers van uitgegaan dat de heterogeniteit van de behandelde pathologie in de NIC-bedden, met als gezamenlijk kenmerk het premature karakter van de opgenomen patiënten, het moeilijk maakt een financiering te verlenen op basis van een standaardverblijf per pathologie.

Momenteel beschik ik niet over afdoende informatie die zou toelaten om het principe van de financiering voor dit type van bedden fundamenteel te herzien.

Mevrouw de voorzitter, collega's, tot hier het antwoord van mevrouw Onkelinx.

Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de staatssecretaris, ik heb de antwoorden van de minister goed beluisterd. Het is natuurlijk goed dat de minister belang hecht aan deze belangrijke problemen. Men kan dat niet blijven volhouden. Men heeft erkende bedden en verantwoorde bedden. Als men te weinig erkende bedden heeft ten opzichte van het aantal verantwoorde bedden, zit men constant met een overbezetting. Dan moet men een keuze maken. Men kan de erkenning uitbreiden, via een open enveloppesysteem, met meer middelen, maar ik hoor u zeggen in uw antwoord op de laatste vraag dat uw middelen beperkt zijn en dat u daarvoor niet veel kunt doen. Dan moet men het doen met een gesloten enveloppe, maar dat betekent dat men een rationalisatie van de verschillende centra moet doorvoeren. U zegt dat we geografisch voldoende toegankelijk moeten zijn. Dat is juist, maar vandaag is het de realiteit dat de zware patiëntjes toch onmiddellijk van Brugge naar Gent of Leuven worden gebracht. Daarom denk ik dat die mobiliteit in een klein land, zoals het onze, minder speelt. Ik zou er absoluut voor willen pleiten dat men ten minste een overeenstemming bereikt tussen de reële bezetting, dus de verantwoorde bedden, en de uiteindelijk erkende bedden. Anders zullen we constant een probleem van overbezetting hebben en natuurlijk ook van onderbestaffing. Dat is evident.

Het incident is gesloten.