

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

BRUSSEL, 09/06/2005

**Directoraat-generaal Organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/Ref. : NRZV/D/247-2 (*)

**ADVIES BETREFFENDE HET ONTWERP VAN KONINKLIJK
BESLUIT TOT VASTSTELLING VAN DE NORMEN WAARAAN EEN
ZORGPROGRAMMA VOOR KINDEREN MOET VOLDOEN OM TE
WORDEN ERKEND**

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

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 9 juni 2005

INLEIDING

Het ontwerp van koninklijk besluit betreffende het zorgprogramma voor kinderen kwam er naar aanleiding van een studie « Kinderen in ziekenhuizen » van de professors Cannoodt en Casaer (2002) ; er is evenwel op diverse punten een verschil tussen het ontwerp en de studie. Een aandachtige analyse van de gegevens van het rapport Cannoodt-Casaer toont aan dat het verslag vertrekt vanuit een verkeerd uitgangspunt: dat de kindersterfte in België te hoog zou zijn tov de naburige landen en dat wel te wijten zou kunnen zijn aan de organisatie en de kwaliteit van de zorg voor kinderen in de Belgische ziekenhuizen.

Analyse van de eigen gegevens van het verslag toont echter aan dat:

- de kindersterfte (t/m 14 jaar) vergelijkbaar is in België en Nederland
- in de groep 5-15 jaar ongeveer 1 op 3 overlijdens te wijten is aan verkeersongevallen; het is duidelijk dat preventieve verkeersmaatregelen (bv veiligheidsgordel) meer scoren dan een hervorming van de pediatrie.

Een meer uitgebreide analyse van het rapport wordt gevonden in bijlage 1.

Er bestaat momenteel geen enkele wetenschappelijke studie die het mogelijk maakt de verschillende componenten van de kindersterfte in België te evalueren. Geen enkel objectief element maakt het mogelijk een link met het ziekenhuissysteem te leggen.

Het zou goed zijn dat de minister een audit organiseert, waardoor die elementen kunnen worden verduidelijkt vooraleer niet wetenschappelijk verantwoorde maatregelen worden opgelegd.

CONTEXT

Uit een eerste en korte analyse van gegevens van 2002 inzake de opvang en behandeling van kinderen in 43 Vlaamse algemene openbare en private ziekenhuizen (Matrix-databank van het ACC) blijkt er dat in de behandeling van kinderen een belangrijke scheidingslijn bestaat in functie van de behandelende specialisten, met name tussen chirurgen (48%) en internisten-pediateren (52%).

Een tweede lijn loopt tussen opnames in daghospitalisatie (43%) en in klassieke hospitalisatie (57%).

Het daghospitaal is voor minstens 86% chirurgisch en 14% medisch, en de klassieke hospitalisatie voor 19 % chirurgisch en 81% medisch.

Op basis van deze studie kan er geargumenteed worden dat de kwaliteit van de opvang en behandeling van kinderen in Spoed, in Materniteit, in chirurgische daghospitalisatie en in chirurgische hospitalisatie niet alleen goed is, maar dat er bovendien geen merkbare verschillen zijn tussen ziekenhuizen en dit ongeacht de aan- of afwezigheid van een E-dienst.

Er worden in de Matrix-databank geen gegevens gevonden die zouden wijzen op een kwaliteitsprobleem bij opname, behandeling en/of ontslag van kinderen in chirurgische hospitalisatie of daghospitalisatie en dit ongeacht de aan- of afwezigheid van een E-dienst.

In deze context adviseren we de Minister om de bestaande nationale databank met pathologiegegevens verder te bestuderen.

Uit een recente studie van de KUL (de heer Luysman) die in de chirurgische daghospitalisatie is uitgevoerd, blijkt dat het beroep op de pediater en de conversie naar de klassieke hospitalisatie er eerder uitzonderlijk zijn.

Een tevredenheidsenquête toont aan dat een gelijktijdige aanwezigheid van de kinderen en de ouders er geen probleem vormt.

Er worden dus ook geen argumenten gevonden voor de door de minister aangekondigde verbetering van de kwaliteit door een verplichte koppeling van heelkundige behandelingen van kinderen met een E-dienst (of zorgprogramma kinderen) in het ziekenhuis of vestigingsplaats.

Buiten de neonatale periode bestaat de ziekenhuiszorg voor kinderen uit consulten, spoedgevallenzorg, klassieke en daghospitalisatie.

Het aantal ziekenhuisbezoeken bij kinderen wordt door virale seizoensgebonden epidemieën beïnvloed. De pediatrie activiteit schommelt enorm. De normen inzake hospitalisatie moeten soepel genoeg zijn om aan een periodieke vraag naar een verhoging van de capaciteit te kunnen voldoen.

Er zijn bepaalde moeilijkheden verbonden aan de situatie van bepaalde pediaters. In dit verband wijzen we vooral op de problemen inzake zorgcontinuïteit, belangrijke verantwoordelijkheden, de druk vanuit medico-legale hoek en de toegenomen verwachtingen van de familie.

Op financieel vlak bestaan er talrijke problemen. Het ter beschikking stellen van aangepaste human resources impliceert medische honoraria die in verhouding staan tot de zwaarte van de taken alsook de financiering van een voldoende basisaantal paramedici en verpleegkundigen om de taken te kunnen vervullen die vereist zijn in het kader van de zorg en de toepassing van de normen. Daarenboven brengt het ontwerp aanzienlijke extra kosten met zich mee die verband houden met de architectonische en organisatorische vereisten.

PUNTSGEWIJZE ANALYSE VAN HET ONTWERP VAN KONINKLIJK BESLUIT

Zie bijlage 2.

CONCLUSIES

- Het ontwerp van zorgprogramma heeft tot doel de kwaliteit van de zorg voor kinderen te verbeteren. De definiëring en de criteria van de zorgkwaliteit zijn onvoldoende helder.
- In het ontwerp van zorgprogramma voor kinderen wordt er een rationalisatie overwogen waarvan de gevolgen momenteel niet kunnen worden geëvalueerd. Verscheidene beperkende bepalingen stemmen niet overeen met de diverse ziekenhuisbehoeften van de kinderen. Er is een gemis aan aanpassingsmogelijkheid op het terrein.
- De cruciale problemen op het vlak van de financiering worden uit het oog verloren. Hiervoor herinneren wij aan het advies van de NRZV van 14 maart 2003 (ref. NRZV/C/10-2003) (cf. bijlage 3).

ADVIES

We brengen een negatief advies uit betreffende het ontwerp van zorgprogramma en wensen alternatieve voorstellen te formuleren zodat er opnieuw een constructieve discussie kan worden gevoerd.

VOORSTELLEN

- Daghospitalisatie
 - A. Chirurgische daghospitalisatie
 - B. Medische daghospitalisatie
- Zorgprogramma Pediatrie

Daghospitalisatie

Een onderscheid tussen het chirurgisch en het medisch (pediatrisch-internistisch) dagziekenhuis.

A. Chirurgisch dagziekenhuis¹.

De huidige normen voor het chirurgisch dagziekenhuis voorzien o.m. in procedures allerhande m.b.t. de activiteiten vóór, tijdens en na opname, met inbegrip van het ontslag van de patiënt en de verzekering van de continuïteit van de verzorging. Er moeten overigens selectiecriteria bestaan zowel inzake patiënten als ingrepen. De kwaliteit moet intern getoetst en gerapporteerd worden.

Het diensthoofd is chirurg of anesthesist en een permanente aanwezigheid van een anesthesist tot het ontslag is voorzien. Slechts een chirurg kan beslissen tot ontslag.

Een efficiënte oproepbaarheid van een kinderarts is voldoende.

Het is wel duidelijk dat elk ziekenhuis goede afspraken moet hebben m.b.t. een eventuele doorverwijzing van kinderen.

Met de inachtnaam van een leeftijdsgrens van 2 jaar, is daghospitalisatie van kinderen voor chirurgie/ORL/urologie/orthopedie/tandheelkunde/stomatologie mogelijk. Dit vergt een aangepaste omgeving, eigen kamer(s), aangepast materiaal en de mogelijkheid van een permanente aanwezigheid van de ouders.

Wij stellen voor:

Elk ziekenhuis of vestigingsplaats kan een functie chirurgische daghospitalisatie voor kinderen organiseren volgens de bestaande regelgeving (KB van 25 november 1998).

In afwezigheid van een Zorgprogramma Pediatrie :

- Worden er geen kinderen opgenomen voor pediatrisch-internistische aandoeningen tenzij in een medisch dagziekenhuis
- Bestaan er procedures en afspraken inzake doorverwijzing naar een Zorgprogramma Pediatrie.

¹ Zie ook KB van 25 november 1998 inzake chirurgische daghospitalisatie.

- Worden er geen kinderen jonger dan 2 jaar opgenomen in het chirurgisch dagziekenhuis, tenzij een pediater aanwezig is tijdens de openingsuren of er een medisch dagziekenhuis is.
- Worden er geen kinderen jonger dan 2 jaar opgenomen in klassieke hospitalisatie, tenzij voor de verdere behandeling van verwikkelingen die volgen op een chirurgische daghospitalisatie met de mogelijkheid voor de ouders om hun kind permanent te vergezellen.
- Is er een anesthesist aanwezig tot het ontslag van de patiënt
- Is er een pediater oproepbaar tot het ontslag van de patiënt
- Is er een chirurg oproepbaar tot het ontslag van de patiënt
- Zijn er een aangepaste omgeving en aangepast materiaal voor de opgenomen kinderen, gescheiden van de opgenomen volwassen patiënten, en met de mogelijkheid voor de ouders om hun kind permanent te vergezellen.

B. Medisch dagziekenhuis.

Elk ziekenhuis of vestigingsplaats zonder Zorgprogramma Pediatrie kan voorzien in de aanwezigheid van een pediater tijdens de normale openingsuren. Deze pediater kan kinderen opnemen in medische daghospitalisatie voor onderzoeken en/of behandelingen onder zijn rechtstreeks toezicht.

Wij stellen voor:

Elk ziekenhuis of vestigingsplaats kan een pediatriesch dagziekenhuis organiseren

In afwezigheid van een Zorgprogramma Pediatrie :

- Is er een pediater aanwezig tijdens de normale openingsuren van het ziekenhuis of vestigingsplaats.
- Is er een regelmatige poliklinische pediatrische activiteit in het ziekenhuis of vestigingsplaats
- Is er mogelijkheid tot opname in medische daghospitalisatie onder daadwerkelijk toezicht van de pediater.
- Is er voor deze medische daghospitalisatie een aangepaste omgeving en aangepast materiaal voor de kinderen, gescheiden van de volwassen patiënten, en met de mogelijkheid voor ouders om hun kind permanent te vergezellen.
- Worden de kinderen in medische daghospitalisatie verzorgd en verpleegd door specifiek opgeleide verplegenden en verzorgenden en is er minstens één pediatrische verplegende aanwezig.
- Is er een pediater oproepbaar 24/24u en 7/7d.
- Is er een anesthesist oproepbaar 24/24u en 7/7d.
- Worden er, buiten de medische daghospitalisatie, geen kinderen gehospitaliseerd voor pediatriesch-internistische aandoeningen
- Bestaat er een nauwe samenwerking met één of meerdere Zorgprogramma's Pediatrie. Deze samenwerking regelt o.m. eventueel gezamenlijke wachtdiensten, taakverdelingen bvb. in functie van leeftijd of pathologie, verwijzingen en afspraken

inzake hospitalisatie, consulten, samenspraak, gezamenlijk dossier, gezamenlijke kwaliteitsbewaking en –bevordering enz.,

Zorgprogramma Pediatrie²

De ziekenhuizen en vestigingsplaatsen hospitaliseren kinderen met pediatrisch-internistische problemen in een basiszorgprogramma pediatrie.

Wij stellen voor:

Elk ziekenhuis of vestigingsplaats kan een Zorgprogramma Pediatrie uitbatén.

- Er is in het ziekenhuis of de vestigingsplaats een pediater aanwezig tijdens de normale openingsuren.
- Er is een pediater oproepbaar 24/24u en 7/7d.
- Is er een regelmatige poliklinische pediatrische activiteit in het ziekenhuis of vestigingsplaats
- Het zorgprogramma beschikt over een opnameafdeling voor minimaal 15 kinderen in hospitalisatie en medische en/of chirurgische daghospitalisatie, of voor 10 kinderen in hospitalisatie.
- Indien de medische daghospitalisatie gescheiden is van de hospitalisatie, zijn er specifieke opvangruimten en/of kamers voorbehouden die zij niet delen met volwassenen.
- Is er voor de kinderen in hospitalisatie en in medische daghospitalisatie een daadwerkelijk toezicht door pediaters, in samenspraak andere behandelende geneesheren.
- Het zorgprogramma kan beroep doen op een psychosociaal begeleider en een spelbegeleider.
- De kinderen in medische hospitalisatie en medische daghospitalisatie worden verzorgd en verpleegd worden door specifiek opgeleide verplegenden en verzorgenden.
- Er bestaat eventueel een nauwe samenwerking met één of meerdere Zorgprogramma's Pediatrie. Deze kan o.m. eventuele gezamenlijke wachtdiensten regelen, evenals taakverdelingen bvb. in functie van leeftijd of pathologie, verwijzingen en afspraken inzake hospitalisatie, consulten, samenspraak, gezamenlijk dossier, gezamenlijke kwaliteitsbewaking en –bevordering enz.,

² Zie ook KB van 23 oktober 1964, bijlagen, voor E-dienst.

BIJLAGE 1 BIJ HET ADVIES VAN 9 JUNI 2005 (REF. NRZV/D/247-2) INZAKE HET ONTWERP VAN ZORGPROGRAMMA PEDIATRIE VAN MINISTER DEMOTTE, DD. 17 MAART 2005:

COMMENTAAR IVM HET RAPPORT CANNOODT-CASAER

In zijn adviesaanvraag dd 25.02.2005 citeert de minister het rapport “Kinderen in ziekenhuizen” dd 15.06.2002 van de professoren Cannoodt en Casaer. Hij is van oordeel dat deze studie de basis kan vormen voor de uitwerking van een zorgprogramma voor kinderen, en stelt dan ook een voorontwerp van KB in dit verband ter advies van de NRZV.

Een aandachtige analyse van de eigen gegevens van het rapport Cannoodt toont evenwel aan dat het rapport vertrekt vanuit een verkeerd uitgangspunt.

Inderdaad gaat het rapport uit van een te hoge kindersterfte in België tov de naburige landen om te besluiten “dat meer inspanningen dienen geleverd te worden ter preventie van ongevallen en andere uitwendige doodsoorzaken” en om tegelijk de vraag te stellen “of een aantal overlijdens niet kon vermeden worden door een meer optimale organisatie van de pediatrie spoedgevallenzorg en intensieve pediatrie” (pag. 9).

Analyse van tabel 1, pag. 8, toont echter het tegendeel aan: zowel voor de sterfte in de groep jonger dan 1 jaar, als in de groep 1 tot en met 14 jaar is de sterfte in België vergelijkbaar met Nederland, een land dat door de overheid als voorbeeld wordt gesteld.

Sterfte	< 1 jaar	1-14 jaar
Belgie	5,3/1000	0,20/1000
Nederland	5,2/1000	0,20/1000

NB: De geloofwaardigheid van de gegevens uit tabel 1 lijkt niet waterdicht. Inderdaad scoren sommige zuiderse landen (Spanje, Griekenland) beter, en sommige West-Europese landen (UK, Luxemburg) slechter. Het is niet zeker dat de gegevens volledig vergelijkbaar zijn.

Waar België in tabel 1 duidelijk minder goed scoort, is in de groep 15-19 jaar. Deze groep kan bezwaarlijk nog als “kinderen” bestempeld worden. Een mogelijke uitleg voor de hogere sterftegraad kan liggen in de densiteit van het verkeer in ons land, en de daaraan gekoppelde mortaliteit. Maar nog eens, dit gaat niet over kinderen.

Tabel 2a van het rapport (pag. 9) toont dat ongeveer 1 op 3 van de overlijdens bij kinderen van 5 tot 15 jaar te wijten is aan verkeersongevallen. Hier is duidelijk meer actie mogelijk (veiligheidsgordel bvb) zonder de organisatie van de pediatrie zorg te moeten opstellen zetten.

Het rapport stelt eveneens dat de strikte organisatie van de neonatale zorg heeft geleid tot een drastische vermindering van de neonatale sterfte.

Tabel 3 (pag. 11) toont inderdaad een daling van de neonatale sterfte in België tussen 1987 en 1996. Eenzelfde daling wordt echter waargenomen voor de groep 28 tot en met 365 dagen.

	1987	1996
< 7 dagen	4,2/1000	2,7/1000
7 –27 dagen	1,3/1000	0,7/1000
28 – 365 dagen	4,1/1000	2,6/1000

NB: De sterftcijfers voor 1996 zijn niet compatiebel met de sterftcijfers voor 1999 uit tabel 1: de cijfers uit 1996 zijn inderdaad grofweg tweemaal lager dan deze uit 1999. Het rapport geeft geen uitleg voor deze discordantie.

Het rapport Cannoodt bewijst dus op geen enkele manier dat de gezondheidszorg voor kinderen in België kwalitatief te wensen overlaat. Ook wordt geen bewijs geleverd dat overheidsmaatregelen (bvb in de neonatale zorg) een grotere invloed hebben dan de spontane verbetering van de technieken.

Er is dus geen enkele basis om te bewijzen dat overheidsmaatregelen nodig zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Wij moeten dus concluderen dat zowel het rapport Cannoodt als de afgeleide maatregelen hoofdzakelijk een economisch doel nastreven: sluiten van een aantal kleinere pediatriediensten waarvan de kost per opgenomen kind volgens het rapport beduidend hoger zou liggen dan in grote E-diensten (pag. 13).

Dat deze kleine E-diensten mogelijk een belangrijke maatschappelijke functie (toegankelijkheid van de zorg) vervullen heeft het rapport geenszins onderzocht.

Wij moeten dan ook vaststellen dat het rapport een intentieproces voert op economische gronden, zonder bewijs van impact op de kwaliteit en op de maatschappelijke relevantie.

Indien regelgevend dient opgetreden, moet hiervoor eerst de noodzaak onomstotelijk bewezen worden, en moeten de gevolgen nauwkeurig ingeschat worden.

Bijlage 2 bij het advies van 9 juni 2005 (ref. NRZV/D/247-2) inzake het ontwerp van zorgprogramma pediatrie van minister Demotte, dd. 17 maart 2005:

Artikelsgewijze bespreking (in cursief korte omschrijving van elk artikel)

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen.

Artikel 1. *Geeft definities van kinderen (tot 16j.), geboorten (levend geboren) en subspecialismen van pediatrie (cardio, onco, pneumo, nefro en gastro-entero).*

Waarom werden andere “subspecialismen” niet opgenomen, zoals de aan belang winnende subspecialiteit diabetologie-endocrinologie (obesitas-diabetes); of de kinderneurologie ... ?
Onder de specialismen in pediatrie hebben alleen de neonatoloog en de neuropediater een bijzondere beroepstitel.

Wat met internisten die zich nadien specialiseren, binnen hun domein, in kinderpathologie, zoals cardiologen, pneumologen, ... ?

Zulke limitatieve lijsten zonder formele juridische grond zijn verouderd voor ze gepubliceerd worden en vergroten de rechtsonzekerheid.

Artikel 2. *Het zorgprogramma biedt hospitalisatie én daghospitalisatie aan.*

Samen met artikel 36, 2°, b) betekent dit dat chirurgische daghospitalisatie van kinderen de aanwezigheid van een zorgprogramma vereist.

Deze binding is absoluut nutteloos.

Artikel 3. *Bepaalt de doelgroep in hospitalisatie en in daghospitalisatie.*

1° HOSPITALISATIE.

c) De doelgroep van de pasgeborenen is niet erg relevant indien uiteindelijk (en zoals de minister beloofd heeft) de eerder aangekondigde binding van het zorgprogramma met de materniteit wordt losgelaten.

Indien deze groep van pasgeborenen dus niet relevant is, is de binding met activiteitscijfers (die op zich reeds contraproductief is) van de materniteit (zie artikel 5, § 1) natuurlijk helemaal inconsistent.

d) van kinderen met ernstige brandwonden kan redelijkerwijze verondersteld worden dat zij misschien (ook) pediatrie zorg en toezicht nodig zullen hebben; een verband met pediatrie is dus misschien niet onzinnig

e) de kinderen die op intensieve zorgen zijn patiënten die (soms ook) pediatrie zorg nodig hebben en die mogelijks, of zelfs waarschijnlijk, na hun verblijf op Intensieve Zorgen op een verpleegafdeling voor kinderen zullen terechtkomen; een verband met pediatrie is dus misschien niet onzinnig.

f) een analoge redenering als voor d) en e) geldt ook voor transplantaties.

2° Daghospitalisatie

De binding tussen chirurgische daghospitalisatie en pediatrie moet functioneel zijn, maar de chirurgische daghospitalisatie is, zoals de naam het zelf zegt, een chirurgische opdracht, onder de primaire verantwoordelijkheid van chirurg en anaesthesist, tenzij zij die vrijwillig willen delen met bvb. pediaters; de mate waarin een pediater (niet: zorgprogramma pediatrie) hier dus bij betrokken is kan niet en mag niet statisch geregeld worden.

Men spreekt alleen van chirurgische ingreep of andere behandeling terwijl heel wat diagnostische procedures, al-dan-niet gekoppeld aan ingrepen, ook tot het domein van de daghospitalisatie behoren.

De ambulante verzorging van kinderen in de polikliniek, in de spoedgevallendienst en in de medisch en/of chirurgisch daghospitelen zal ongetwijfeld steeds aan belang winnen en zal mogelijks zelf de traditionele rol van de pediatrie grotendeels overnemen. De groeikansen en dus de toegankelijkheid van deze goedkope en comfortabele opvangmogelijkheden mogen dus niet verhinderd worden door de onvoorwaardelijke koppeling met de klassieke hospitalisatie.

Of omgekeerd, zal een vaste structurele binding tussen chirurgische en medische daghospitalisatie én klassieke hospitalisatie de noodzakelijke bewegingsvrijheid en dus toegankelijkheid van de zorg voor kinderen belemmeren.

Zie ook bespreking artikel 5.

Artikel 4. *Om erkend te worden moet voldaan zijn aan de normen.*

Geen bemerkingen.

Artikel 5. *Bepaalt de activiteitsnorm.*

§ 1. 1° Met een M-dienst 2.000 opnames + geboorten

2° Zonder M-dienst 1.500 opnames

§ 2. Indien >20km verwijderd en indien permanentie door pediater met 500 patiëntcontacten/jaar geldt er geen enkele activiteitsnorm,

§ 3. Indien permanentie door pediater met 500 patiëntcontacten/jaar én indien >400 bevallingen slechts 1.800 opnames+geboorten

Het invoeren van een zuiver productiecriterium (opnames op E-dienst) is absoluut contraproductief, inflatoir én manipuleerbaar. Het zal diegenen belonen die snel en/of inopportunity hospitaliseren of zij die andere dan medische indicaties gebruiken om hun opnames te rechtvaardigen. Onrechtstreeks zal het dus hen belonen die dunder werken.

Er wordt bovendien geen enkel verband gelegd met modernere, toekomstgerichte, ambulante, kindvriendelijke en goedkopere vormen van ziekenhuisgeneeskunde zoals polikliniek en spoedgevallen.

Er wordt politiek gezwaaid met het “kwaliteitscriterium” van de aanwezigheid van pediaters (zie artikel 31) maar dat criterium wordt hier niet gebruikt, evenmin als bvb. de praktijkprofielen van artsen, en de verhouding in hun praktijk tussen ambulante opvang en hospitalisatie.

De invoering van een activiteitscriterium voor een basisprogramma is een betreurenswaardige primeur, maar het betekent ook een terugkeer naar een verouderd, statisch en erg

manipuleerbaar concept, dat in tegenspraak is met de visie van het Nieuw Ziekenhuisconcept en de nieuwe financiering op basis van (verantwoorde) activiteiten.

Bij een gelijk aantal opnames leidt deze nieuwe financiering er bovendien toe dat er geen noemenswaardige besparingen gerealiseerd worden door de sluiting van E-diensten.

Er wordt beweerd dat de speling van 200 opnames (1.800 vs. 2.000) ingevoerd wordt om de onduidelijke registratie van de mini-forfaits (niet verplicht in MKG-registratie) op te vangen.

Indien M-diensten en E-diensten niet met elkaar verbonden worden is de koppeling van opnames op E-diensten mét het aantal geboorten volledig inconsequent en inconsistent m.b.t. de doelgroep (zie artikel 3.). Zo zal bvb. een ziekenhuis met 1.000 geboorten slechts 800 opnames moeten realiseren om erkend te geraken.

Tenslotte lijkt het opname-criterium niet consistent met de bepaling van artikel 38, dat spreekt van opnames op de E-dienst die aanleiding gaven tot de berekening van verantwoorde bedden. De chirurgische opnames in een E-dienst geven bvb. aanleiding tot verantwoorde C-bedden en niet E-bedden.

Het is tenslotte bijzonder opvallend dat buiten de straal van 20 km, de motivering inzake kwaliteit radicaal en volledig wordt verlaten: zo zal bvb. met 200 geboorten en 50 opnames alles in orde zijn, voor zover uiteraard (!) de regel van 500 patiënt-contacten, d.i. ongeveer 2 (twee) patiënten per werkdag, gerespecteerd wordt.

Dit toont aan dat het zogezegde kwaliteitsdebat slechts een verpakking is om aan pseudo-besparingen te doen.

Voor zover een activiteitscriterium nuttig en nodig zou zijn, is slechts een criterium in functie van verantwoorde activiteiten (bvb. verantwoorde bedden) consistent en verdedigbaar.

§ 4. ORGANISEERT BINNEN EEN STRAAL VAN 5 KM SAMENWERKING EN COMPLEMENTARITEIT TUSSEN ZIEKENHUIZEN MÉT EEN ZORGPROGRAMMA.

Tapt uit hetzelfde oubollig vaatje.

Samenwerking moet aangemoedigd worden maar kan en mag niet gedecreteerd worden, zeker niet op basis van arbitrair vastgestelde afstanden .

Wat is overigens “complementair werken”? Betekent dit dat een ziekenhuis geen artsen kan aanwerven zonder het akkoord van een andere ziekenhuis?

Artikel 6. *Er is geen programmatie maar op alle vestigingsplaatsen moet voldaan worden aan de normen.*

Met de bovenstaande activiteitsnormen brengt zulke bepaling de basisopdracht van sommige vestigingsplaatsen (hôpital de proximité) in het gedrang.

Hoofdstuk 2. Organisatorische en functionele normen.

Artikel 7. *Het zorgprogramma bevindt zich in een algemeen ziekenhuis en wordt uitgebaat door dezelfde inrichtende macht als die van de vestigingsplaats.*

“Dezelfde inrichtende macht” schijnt te betekenen dat de nieuwe wettelijke regeling inzake een eigen rechtspersoonlijkheid voor een associatie niet van toepassing kan zijn op een zorgprogramma pediatrie.

Artikel 8. *Kinderen mogen niet samen behandeld of verzorgd worden met volwassenen en er moet keuzevrijheid zijn tussen 16 en 18 jaar.*

De Franstalige tekst spreekt slechts van “le même endroit” wat schijnt te suggereren dat er een volledige scheiding van tijd en ruimte moet zijn. Hopelijk bedoelt men slechts een scheiding in de tijd.

Een scheidingslijn tussen kinderen en volwassenen die slechts begint op 16 jaar gaat volledig voorbij aan de sociologische realiteit : een vijftienjarige puber die rookt, drinkt en spijbelt op dezelfde afdeling als een tweejarige kleuter.

Te strikte normen staan redelijk oplossingen in de weg.

Artikel 9.

§ 1. In het operatiekwartier mogen kinderen niets horen of zien van andere zalen, moet de ouder aanwezig kunnen zijn bij een bewust kind en moet er een afzonderlijke ruimte in de ontwaakzaal zijn.

Het eerste is moeilijk; het tweede zou moeten gerealiseerd worden, indien het een voordeel betekent voor de patiënt, maar het derde element zal de bewaking en de veiligheid mogelijks in het gedrang brengen, tenzij er meer personeel wordt voorzien om een afzonderlijk bewakingscircuit voor kinderen te kunnen organiseren.

Een strenge toepassing van zulke algemene regels kan evenwel resulteren in problemen van hygiëne en steriliteit.

§2. IN BEHANDELKAMERS MOGEN KINDEREN NIETS HOREN OF ZIEN VAN ANDERE KAMERS EN MOETEN DE OUDERS STEEDS AANWEZIG KUNNEN BLIJVEN.

Geen probleem, maar in functie van medische criteria (vb. isolatiekamers)

Artikel 10. *Stelt dat de verzorging van kinderen in daghospitalisatie niet achteruitgesteld mag worden tegenover gehospitaliseerde kinderen of volwassenen.*

Erg betuttelend en belerend. De door de ziekenhuizen uitgedrukte wens om spaarzaam en nuttig te reglementeren is nog geen realiteit.

Het ware beter mocht de overheid in samenwerking met alle betrokkenen (ziekenhuizen, artsen, verpleegkundigen) guidelines opstellen om alle betrokkenen aan te zetten (voor zover nog nodig) om een kwaliteitsvolle opvang en behandeling beter en sneller te realiseren.

Afdeling 3. (sic, geen hoofdstuk meer) Infrastructuur en uitrusting.

Onderafdeling 1. Architectonische normen.

Artikel 11. *Omschrijft de uitrusting van de verpleegafdeling : 15 bedden, verpleeglokaal, secretariaat, therapeutisch en educatief lokaal, speellokaal, keuken, zitruimte voor ouders, afzonderlijk sanitair, aangepast operatieafdeling.*

Beter één onderzoeklokaal (diagnostisch en therapeutisch).

Beter één spel- én educatieve ruimte (geen lokaal, kan ook in de gang) (zie overigens ook artikel 17 : géén 25 m²).

Wat met melkkeuken indien geen M-dienst?

Zitruimte voor ouders indien niet elders aanwezig.

Een aangepaste operatieafdeling is niet realiseerbaar.

Hoever moet de leeftijdssegregatie dan wel gaan?

Afzonderlijke afdelingen vergen bijkomende investeringen en bijkomend personeel.

Artikel 12. *Toegankelijk voor rolstoelen, parkeerplaats buggy's en kinderwagens.*

Toegankelijkheid is in orde.

Verplichte parkeerplaatsen op de afdeling zijn overdreven.

Artikel 13. *Groepering per leeftijd.*

Geen bemerkingen.

Artikel 14. *Verzorging en deelname van ouders.*

Geen bemerkingen.

Artikel 15. *Opwarmen van maaltijden door de ouders.*

Tenzij voor melkvoeding is dit volledig te verwerpen gezien mogelijke problemen van hygiëne en veiligheid. Dit is bovendien onmogelijk te verzoenen met de heersende regels inzake kwaliteit en hygiëne van maaltijden en maaltijdbereiding in ziekenhuizen en HACCP.

Artikel 16. § 1. (geen § 2) *Ouder kan in kamer bij kind verblijven.*

Principieel lijkt zulke maatregel in orde, maar opgepast: dit kan in de praktijk grote problemen veroorzaken.

Wat bijvoorbeeld indien de huidige infrastructuur de regel niet mogelijk maakt?

Wat bijvoorbeeld met de reactie van ouders t.o.v. het verblijf van een ouder van het andere kind in een twee- of meerpersoonskamer waarin het eigen kind verblijft zonder begeleiding?
Hoe wordt zulke situatie beveiligd?

Wat bij seizoensgebonden overbezetting en capaciteitsproblemen?

Indien pediatrie-diensten zouden sluiten in ziekenhuizen of in vestigingsplaatsen, met herlokalisatie en concentratie op één vestigingsplaats, zal dit in vele gevallen leiden tot een bijkomende investering in infrastructuur en kamers. Deze regel betekent immers dat men van elke éénpersoonskamer een feitelijke tweepersoonskamer moet maken en van elke tweepersoonskamer een vierpersoonskamer of omgekeerd. Het eerste betekent grote investeringen én een uitbreiding, en het tweede resulteert in een ernstige capaciteitsdaling van de afdeling én in bijkomende kosten. De (ingebeelde) federale besparingen door de sluiting van diensten zullen dus leiden naar uitgaven door de Gemeenschappen en Gewesten én door de ziekenhuizen. Bovendien moeten de regelgevende federale overheid en subsidiërende regionale overheden rekening moeten houden met dit gegeven bij de berekening van de grote onderhoudswerken en het aantal m² voor subsidiëring bij nieuwbouw.

Artikel 17. *Het spellokaal is exclusief en heeft min. 25m².*

Te verwerpen.

Dit type van voorzieningen zijn mogelijks erg belangrijk voor erg langdurig opgenomen kinderen maar weinig relevant voor de kortdurende verblijven in perifere ziekenhuizen.

Zie ook artikel 11.

Beter één spel- én educatieve ruimte (geen lokaal, kan ook in de gang).

Géén verplichting van 25m² (vele modules in ziekenhuizen hebben bvb. slechts 20m²).

Artikel 18. *Afwasbaar meubilair enz..*

Geen bemerkingen.

Onderafdeling 2. Normen i.v. m. uitrusting.

Artikel 19. *Inrichting, uitrusting en materiaal enz. aangepast aan kinderen.*

Artikel 20. *Medische uitrusting.*

Toevoegen: de materialen noodzakelijk voor de toediening en de bevochtiging van zuurstof, aangepast aan de leeftijd en de noden van het kind.

Onderafdeling 3. Veiligheid en hygiëne.

Artikel 21. *Beveiliging, toegankelijkheid, preventie ongevallen en besmetting, brand.*

Erg betuttelend.

Artikel 22. *O₂, vacuüm, perslucht.*

Algemene ziekenhuisnormen.

Artikel 23. *Besmet of bevuild materiaal en linnen.*

Handen wassen is geen oplossing voor problemen in verband met ziekenhuisinfecties. Handhygiëne is dit wel.

Afdeling 4. Leiding, personeel, deskundigheid.

Onderafdeling 1. Leiding.

Artikel 24. *Medisch diensthoofd en hoofdverpleegkundige.*

Hier begint een begripsverwarring vermits artikelen 26 en 27 spreekt van “verpleegkundige diensthoofd” en artikelen 28 en 29 over “hoofdverpleegkundige”.

Zie verder.

Onderafdeling 2. Medische leiding.

Artikel 25.

§ 1. GENEESHEER-DIENSTHOOFD IS VOLTIJD PEDIATER. VERANTWOORDELIJK VOOR ORGANISATIE VAN MEDISCHE ASPECTEN ÉN VOOR ZORGPROGRAMMA ALS ZODANIG.

Ter vergelijking.

In zorgprogramma's cardiologie zijn er geen formele diensthoofden.

In zorgprogramma's oncologie is er een geneesheer-coördinator.

Wat is voltijds?

De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het zorgprogramma “als zodanig” kan en moet alleen berusten bij het ziekenhuis.

§ 2. BIJZONDERE VERANTWOORDELIJKHEDEN.

Er rijzen heel wat vragen omtrent omschrijvingen zoals “door informatie, afspraken, coördinatie en bepaalde tussenkomsten in domeinen die rechtstreeks of onrechtstreeks invloed uitoefenen...” (1°) en “binnen de perken van de kortst mogelijke verblijfsduur” (1°, b)

Wat zijn ‘bepaalde tussenkomsten’?

Welke zijn de ‘rechtstreekse en onrechtstreekse domeinen’?

Wat is ‘invloed uitoefenen’?

Kan een diensthoofd zich (in)direct inlaten met een behandeling door andere geneesheren?

Waarom duikt er nu een bijkomende tekst op inzake het verstrekken van informatie (2°, a)? Zulke tekst in een koninklijk besluit, waarin nieuwe verantwoordelijkheden worden gecreëerd voor diensthoofd(en), is niet consistent met de wet op de patiëntenrechten. Dit vergroot de rechtsonzekerheid.

Het is een schoolvoorbeeld van een ondoordacht reglementair optreden (waartegen de NRZV heeft gewaarschuwd) en gaat in tegen één van de (unanieme) conclusies van de Gezondheidsdialogen, waarin gevraagd werd om zinloze normen te vermijden en af te bouwen.

Het tijdig informeren van de eerstelijnsarts (2°, b) is nog een voorbeeld van systematisch denken dat slecht op papier wordt gezet. De verplichting om de continuïteit van de zorgen te verzekeren is een deontologische plicht van alle artsen en moet niet hernoemd worden in een besluit over één zorgprogramma.

De bescherming tegen overbodige behandelingen (2°, c) is erg vaag maar betreft het diensthoofd mogelijks bij allerhande medico-legale conflicten tussen patiënten en andere artsen.

Het beschermen tegen het oneigenlijk gebruik van het medisch dossier en andere persoonlijke gegevens (ook 2°, c) overlapt dan weer met de opdrachten van de hoofdgeneesheer.

De autopsie-discussie (2°, d) mag niet op de deurmat van een diensthoofd gelegd worden.

Het opstellen van procedures i.v.m. interacties met andere geneesheren waarmee het kind in contact komt (2°, e) lijkt een vijandbeeld te willen scheppen van deze andere geneesheren, alsof alle pediaters kindvriendelijk zouden zijn en alle andere geneesheren niet. Dit is onwaar in beide richtingen en geeft blijk van een enge visie.

Schrappen.

De bereikbaarheid van het medisch dossier (2°, j) is ook een opdracht van de hoofdgeneesheer.

De registratie voor audit, epidemiologie en onderzoek (2°, k) is zó vaag en zó allesomvattend, dat dit weer een voorbeeld van overbodige en dus onethische en idiote regelgeving is. Ook dit is nauw verbonden met de opdrachten van de hoofdgeneesheer.

Ook de regeling via een KB van de behandeling door eenzelfde arts (2°, l), is betuttelend en moet geschrapt worden.

Deze ganse tekst maakt van de pediaters de meest verantwoordelijke van alle geneesheren van het ziekenhuis en dus diegene die er op mag rekenen het meest ter verantwoording geroepen te zullen worden.

Het kan toch niet de bedoeling zijn om de verzekering van de beroepsaansprakelijkheid van de pediaters op het niveau van de gynaecologen te brengen?

Onderafdeling 3. Verpleegkundige leiding.

Artikel 26.

§ 1. Verpleegkundig diensthoofd is A1.

§ 2. Of 5 jaren ervaring.

Zie opmerkingen i.v.m. met verpleegkundig diensthoofd (artikelen 24, 27, 28 en 29).

Zulks ‘intermediair’ diensthoofd tussen directie nursing en hoofdverpleegkundige van de afdeling is het “opleggen” van universitaire structuren of van openbaar-ambtelijke hiërarchieën, aan ziekenhuizen. Het is te verwachten dat in ziekenhuizen met slechts één zorgprogramma het verpleegkundig-diensthoofd en de hoofdverpleegkundige dezelfde persoon zullen zijn.

Zulke hiërarchisering en bureaucratisering is weer een bewijs van het verlaten van het Nieuw Ziekenhuisconcept en luidt de terugkeer in naar starre en contraproductieve regelgeving. Zinloos en nutteloos.

Artikel 27.

§ 1. *Het verpleegkundig-diensthoofd heeft de leiding van alle personeel van het zorgprogramma.*

§ 2. **HET DIENSTHOOFD IS VERANTWOORDELIJK VOOR DE ORGANISATIE VAN DE VERPLEGING, KWALITEIT VAN LEVEN (ONDERWIJS, VEILIGHEID, SPEL, INFRASTRUCTUUR).**

Deze omschrijvingen tonen aan dat dit nutteloze normering is. Wie heeft de leiding : het diensthoofd of de hoofdverpleegkundige?

Wat is de relatie met de directie nursing?

Overregulering.

Moet absoluut geschrapt worden.

Artikel 28. *Elke verpleegeenheid heeft een hoofdverpleegkundige.*

Zie hierboven en hieronder.

Artikel 29. *Regelt de verantwoordelijkheden van het verpleegkundig diensthoofd (drie volle bladzijden!).*

Opnieuw overregulering.

Zie ten exemplatieve titel bvb. punt 5° waarin het verpleegkundig diensthoofd verantwoordelijk gesteld wordt voor de organisatie van een efficiënt intern oproepsysteem voor het oproepen van artsen of andere personeelsleden of punt 2°, b, waarin gezegd wordt dat er geen kosten mogen aangerekend worden aan ouders die bij hun kind willen overnachten.

Dit is niet de plaats om zulke uitspraken te doen en de hoofdverpleegkundige wordt opgezadeld met een verantwoordelijkheid voor iets wat intrinsiek niet tot de bevoegdheden (noch de controlemogelijkheden) van het verplegend personeel behoort.

Dit vergroot weerom de rechtsonzekerheid en biedt grond voor conflicten en rechtszaken allerhande. Zo ook het stimuleren van de ouders tot deelname aan de verzorging van hun kind. Als het gaat om verpleegkundige taken, dan laat de huidige wetgeving dit niet toe (zie KB 78, art. 38ter).

Stellen dat er een permanente aanwezigheid moet zijn van een pediatriesch verpleegkundige (punt 4°) is geenszins realiseerbaar, als er geen voldoende ruime basisomkadering bestaande uit pediatriesch verpleegkundigen gegarandeerd wordt, en als er inzake de deelname aan deze permanentie geen overgangsmaatregelen worden voorzien voor verpleegkundigen met 5 jaar ervaring op een erkende dienst pediatrie (zie ook de opmerkingen bij art. 33)

Schrappen.

Onderafdeling 4. Gemeenschappelijke verantwoordelijkheden.

Artikel 30. *Regelt gezamenlijke verantwoordelijkheden van geneesheer-diensthoofd en verpleegkundig-diensthoofd.*

Desnoods krijgen beiden gezamenlijke opdrachten maar geen verantwoordelijkheden. Ontslag en continuïteit der zorgen zijn een medische verantwoordelijkheid van de behandelende arts.

Het kan niet zijn dat artsen een (onder)deel van hun professionele verantwoordelijkheid (opmaken van een verslag bij ontslag) overdragen aan verpleegkundigen.

Schrappen.

Onderafdeling 5. Medische omkadering, permanentie en deskundigheid.

Artikel 31.

§ 1. Minstens 3 VTE pediaters en 1 anesthesist.

§ 2. Tijdens normale werkuren en -dagen telkens één van beiden aanwezig in ziekenhuis.

§ 3. Voldoende pediaters in functie van activiteiten.

Het beschikken over drie (3) VTE pediaters betekent dat er niet één (1) maar drie (3) pediaters elke dag aanwezig zijn tijdens de normale werkuren en –dagen. Voltijds equivalent betekent immers het voltijds aanwezig zijn in de instelling.

Dit is buitenmatig overdreven.

Het zorgprogramma Cardiologie voorziet bvb. in slechts 2 internisten/cardiologen waarvan één beschikbaar/oproepbaar is.

Geef opdrachten aan ziekenhuizen maar geen instructies over de uitvoering : zeg instellingen wat ze moeten doen (aanwezigheid/beschikbaarheid/oproepbaarheid) maar zeg niet hoe ze dit moeten doen.

Tenslotte is zoiets ook niet geregeld voor alle andere specialisten in de ziekenhuizen maar zou wel kunnen leiden naar vergelijkingen ‘per analogie’.

Dit alles moet dan nog gelezen worden in functie van artikel 32, § 2, die stelt dat in (universitaire) ziekenhuizen dit alles kan opgevangen worden met eerstejaars assistenten! Deze assistenten kunnen evenwel niet helpen om te voldoen aan de bepalingen van artikel 5, §§ 2 en 3 (pediater met 500 patiëntcontacten/jaar).

Schrap § 1.

§ 2 : aanwezigheid van een pediater tijdens de dag.

Schrap § 3.

Artikel 32.

§ 1. Pediater permanent oproepbaar.

§ 2. Wachtsysteem ook met eerstejaars assistenten.

§ 1 is in orde.

§ 2 schrappen of herschrijven zoals spoedgevallen (derdejaars).

Onderafdeling 6. Niet-medisch personeel.

Artikel 33. § 1,2,3. *Verpleegkundige personeelsomkadering.*

§1. Hoeveel is “voldoende”?

Hoe zal men bij de bepaling van een basisomkadering rekening houden met de verhoogde turn-over, de toenemende zorgzwaarte, de uitbouw van de psychosociale en emotionele

ondersteuning van ouders en kind, en het extra werk dat het opstellen, het opvolgen en het bijsturen van de voorgestelde protocollen met zich meebrengt? Elke basisomkadering zou bovendien moeten aangevuld worden met bijkomende verpleegkundigen in functie van de reële pathologieverantwoorde activiteit.

Artikel 34. *Diëtist(e).*

Wat is een voedingsdeskundige met ervaring in diëten voor kinderen?

Artikel 35.

§ 1. Hulppersoneel voor spel: 1/2 VTE/30b. of 1VTE >30b.

§ 2. Opleiding.

§ 3. BASISTAKEN.

Niet uitdrukken per bed.

Het vermelde vormingsprogramma bestaat niet meer.

Wat met een psycholoog op wie men beroep zou moeten kunnen doen?

Nu is er een 1/2 VTE personeelslid voorzien voor spel en 1/2 VTE voor psychosociale begeleiding. Deze laatste regeling is in orde.

Hoofdstuk 3. (Wat met afdelingen?) Opheffingsbepalingen.

Artikel 36. *Verwijzingen naar KB van 23 oktober 1964.*

1°. E-dienst wordt opgeheven. (art.2)

2°, a, c en d. De leeftijd van 15 jaar wordt 16 jaar en E-dienst wordt Zorgprogramma kinderen (art.3bis, §§1,2,4,5)

2°, b. Schrappt volledig de mogelijkheid om kinderen op te nemen in chirurgische daghospitalisatie zonder dat een zorgprogramma kinderen voorhanden is (§ 3).

3°. Schrappt normen inzake E-diensten (bijlage II).

De bepaling inzake het chirurgisch daghospitaal moet verwijderd worden.

Artikel 37. *Zelfde normen voor universitaire ziekenhuizen.*

Geen bemerkingsen.

Hoofdstuk 4. Overgangsbepalingen.

Artikel 38. *Voor een eerste erkenning zijn de opnames 2003, 2004 en 2005 van toepassing (zie artikel 5) die in de E-dienst aanleiding geven tot verantwoorde bedden.*

Dit is niet consistent met artikel 5 (zie hoger).

Verantwoorde E-bedden, verantwoorde C-bedden?

Zie de commentaar i.v.m. activiteitscriteria.

Er wordt gezegd (en niet geschreven) dat de toepassing van deze normen aanvang zou kunnen nemen vanaf 1 januari 2006, waarbij de berekening inzake artikel 5 en artikel 38 inderdaad terug zou gaan naar de jaren 2003, 2004 en 2005.

Tegelijkertijd wordt er gezegd (en niet geschreven) dat er een “tweede” ronde zou zijn (overgangperiode?) waarbij ziekenhuizen die (nog) niet voldoen aan alle voorwaarden een latere erkenning (2008?) zouden kunnen krijgen op basis van latere opnamegegevens (2005, 2006 en 2007?).

Mocht dit zo zijn, versterkt dit het pleidooi om niet met aantallen opnames te werken als activiteitscriterium voor erkenningen.

CONCLUSIE

Op basis van deze analyse stellen wij dat het ontwerp overregulerend en overbodig is.

BIJLAGE 3

Directoraat-generaal organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen

Contactpersoon : Marleen Steenbrugghe
☎: (02) 210.59.51
fax: (02) 210.63.68
e-mail : marleen.steenbrugghe@health.fgov.be



**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**
Secrétariaat

Aan dhr. J. TAVERNIER, Minister van
Consumentenzaken, Volksgezondheid en
Leefmilieu

Aan dhr. F. VANDENBROUCKE, Minister
van Sociale Zaken en Pensioenen

uw brief van : 05/06/2002
uw kenmerk :
ons kenmerk : NRZV/C/10-2003
datum : 14/03/2003
Bijlage(n) :

BETREFT : de adviesaanvraag dd. 5 juni 2002 met betrekking tot de zorgprogramma's Bp, Cp en Dp.

Geachte heren Ministers,

In de Werkgroep "Pediatrie" werd het rapport "Kind in het ziekenhuis" toegelicht door de leiding van het onderzoek. Het rapport identificeert heel wat pijnpunten in de financiering en de organisatie van de kindergeneeskunde in België. Voor deze pijnpunten stelt het rapport tevens een aantal oplossingen voor.

Eenzijds blijkt er, na een grondige bespreking in de Werkgroep, vooralsnog geen consensus te bestaan over de pijnpunten en over de in het rapport voorgestelde oplossingen. Anderzijds deelt de Nationale Raad de algemene bekommernis van de auteurs en van de begeleidingscommissie van het rapport om: "de toegankelijkheid tot een kwalitatieve ziekenhuiszorg voor kinderen verder te verzekeren".

Alvorens de nieuwe normen verder te bespreken, wenst de Nationale Raad enkele bedenkingen te formuleren:

1. De Nationale Raad stelt vast dat de ziekenhuizen en de pediatrie diensten ondergefinancierd worden.
2. De Nationale Raad stelt vast dat, alhoewel het aantal pediaters in België ruim hoger ligt dan in de ons omringende landen, de ziekenhuizen steeds meer moeilijkheden ondervinden om voldoende geneesheren-specialisten in de kindergeneeskunde aan te trekken.

FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID
VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU



Rijksadministratief Centrum
B - 1010 BRUSSEL
(02) 210.45.11

3. De oorzaken van dit gebrekkig aanbod lijken veelvuldig. Vele pediaters lijken extramurale geneeskunde te verkiezen en/of wensen meer tijd te besteden aan hun privé-leven. En, vooral, de ziekenhuispediatrie is voor vele pediaters onaantrekkelijk, want ernstig ondergewaardeerd, vooral financieel. In bijkomende orde stelt zich ook steeds meer het probleem van de medische aansprakelijkheid.

Daarom is de Nationale Raad van oordeel dat de herwaardering van de ziekenhuispediatrie noodzakelijkerwijze een billijke financiering van de pediatriediensten veronderstelt, alsook een volwaardig inkomen van de ziekenhuispediaters in functie van de inzet, de opdrachten en de verantwoordelijkheid.

Het oplossen van deze twee problemen is een eerste maar noodzakelijke stap alvorens de Nationale Raad een advies kan uitbrengen over de opportuniteit en de inhoud van de voorgestelde nieuwe normering.

De Nationale Raad vraagt dan ook aan de bevoegde Ministers om hun standpunten terzake mede te delen teneinde de werkzaamheden van de Raad nuttig te kunnen voortzetten.

Met de meeste hoogachting,
Vr. Prof. J. Peers, Voorzitter,
De Secretaris,

C. DECOSTER,
Directeur-Generaal.