

"CONSENSUS dd. 24 april 2006"

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 MVG<sup>2</sup>) aan te vullen, eventueel verrijkt door de N<sup>3</sup>-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).

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 K.B. dd. 20-08-1996.

2. 4. jaarlijks worden ten minste **50%** van de intra- of extra-uterien verwezen NIC-patiënten terugverwezen naar de doorverwijzende instelling voor verdere ziekenhuisverzorging.

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 diensthoofd 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.

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

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 hoog risico 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.

6. In het licht van de evolutie van de medische technieken zoals door de Minister aangehaald in zijn schrijven dd. 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 pCO<sub>2</sub>/pO<sub>2</sub>: suggestie = N15 per dag gedurende maximaal 28 dagen;

6. 5. Financiering van een postneonatale gestandaardiseerde opvolg van hoog risico pasgeborenen waarin de verwijzende kinderarts een hoofdrol dient te vervullen.

6. 6. Continue cerebrale functiemonitoring (CFM) of aEEG (amplitudegeïntegreerd 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.

---

## ADDENDUM Financing neonatal care in Belgium. Comments.

**Dominique Haumont. President GBN-BVN**  
**Neonatology**  
**CHU Saint-Pierre**  
**Brussels Belgium**

Financial resources for neonatal intensive care are unequally distributed among Belgian NIC and N\* departments. The task of the neonatologists and paediatricians is to defend quality of care for every newborn baby. In this comment I would like to transmit the driving trends extracted from the published scientific background, which contributed to the search for optimising the Belgian situation during the meeting of the Neonatal College (President Piet Vanhaesebrouck) on April 5, 2006 in Brussels.

1. The European Society for Paediatric Research considers that a minimum of 50 VLBWI per year is required for hospitals that train for Neonatology as a subspecialty.
2. The organization of care in Europe is heterogeneous and not comparable with the Belgian system.
3. The APR-DRG (All Patient Refined Diagnosis-Related Groups) is probably an accurate tool to classify neonatal medicine. Additional refinement including appropriate required nursing staffing according to the patient condition is needed. If APR-DRG systems are used this should also be coherent for the current N\* babies.
4. Sick newborns can be categorized into 3 levels of care. Each level requiring a different **nurse-patient ratio**. This ratio has been revised recently by the British Association of Perinatal Medicine:
  - Intensive Care: **1:1**.
  - High Dependency Care (includes n-CPAP and parenteral nutrition): **1:2**.
  - Special Care: **1:4**.

Babies hospitalised in NIC beds receive Intensive Care, High Dependency care and even only special care (cfr. discharge home after NIC). Those hospitalised in N\*-beds receive High Dependency and special care. The ventilation of NIC and N\* babies within a given NIC unit constitutes the major discrepancy among the 19 Belgian NIC units. The level of care in N\* units is also very diverse.
5. Whether NIC or N\* units are involved both activities require minimal patient volume in order to allow quality. One of the most accurate and widely used parameters in order to evaluate the needs of neonatal care is birth weight. The current Belgian legislation requires for NIC units 50 VLBWI per year, which seems to be a minimal number according the European Consensus. General delivery hospitals with only N\* units should also have a minimal obstetric activity in order to have sufficient staff (both nursing and paediatricians) and the incidence of LBWI in those hospitals should be taken into account in order to respond with appropriate resources. In Sweden where neonatal mortality and morbidity is very low, the whole country is covered by 59 general delivery hospitals who take care for at least for 1000 deliveries per year. The smaller ones were closed. What the minimal obstetric activity in Belgium should be has to be discussed. The aim of the neonatologists and paediatricians is to be able to respond with sufficient staff members (medical and nursing) and equipment in each setting, NIC or N\*.
6. Organization of neonatal care has to be evaluated with mortality, morbidity and **long term outcome** for the infants at risk for developmental delay.

## Literature

- Phibbs CS, Bronstein JM, Buxton E, Phibbs RH, *The effects of patient volume and level of care at the hospital of birth on neonatal mortality*, JAMA 1996; 276 : 1054-1059
  - Rogowski JA, Horbar JD, Staiger DO, Kenny M, Carpenter J and Geppert J. Indirect vs direct hospital quality indicators for very low-birth-weight infants. JAMA. 2004; 14: 202-9
  - European Society for Pediatric Research, European Board of Pediatrics, *The European Training Syllabus in Neonatology*, 1998
  - Muldoon JH, MHA, *Structure and performance of different DRG classification systems for neonatal medicine*, Pediatrics 1999, 103; 302-318
  - British Association for Perinatal Medicine, Parmanum J, Field D, Rennie J, Steer P. *National census of availability of neonatal intensive care*. BMJ. 2000; 321 : 727-729
  - Tommiska V, Heinonen K, Ikonen S, Kero P, Pokela ML, Renlund M, Virtanen M and Fellman V, *A national short-term follow-up study of extremely low birth weight infants born in Finland in 1996-1997*, Pediatrics 2001, 107; 2  
[www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/1/e2](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/1/e2)
  - Goodman DC, Elliott SF, Little GA, Stukel TA and Chang CH. *Are neonatal intensive care resources located according to need ? Regional variation in neonatologists, beds, and low birth weight newborns*. Pediatrics. 2001, 108; 426-431
  - British Association of Perinatal Medicine. *Standards for hospitals providing neonatal intensive and high depending care and categories of babies requiring neonatal care*. December 2001 (2<sup>nd</sup> edition)
  - Cifuentes J, Bronstein J, Phibbs CS, Phibbs RH, Schmitt SK, Carlo WA. *Mortality in Low Birth Weight Infants According to Level of Neonatal Care at Hospital of Birth*. Pediatrics. 2002, 109 : 745-751
  - Draper ES, Manktelow BN, Mc Cabe C, Field DJ. *The potential impact on costs and staffing of introducing clinical networks and British Association of Perinatal Medicine standards to the delivery of neonatal care*. Archives of disease in childhood fetal and neonatal edition. 2004; 89 : F236
  - Johansson S, Montgomery SM, Ekblom A, Olausson PO, Granath F, Norman M, Cnattingius S. *Preterm Delivery, level of care, and infant death in Sweden : a population-based study*. Pediatrics. 2004, 109 : 1230-1235.
-