

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.**

**BRUSSEL, 28/09/2000**

—  
**Bestuur van de Gezondheidszorgen**

—  
**Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.**

—  
**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

—  
**Afdeling "Programmatie en Erkenning".**

—  
**O/Ref. : NRZV/D/180-3 (\*)**

**ADVIES M.B.T. BIJSTURING VAN HET  
BELEID INZAKE SPOEDGEVALLENZORG**

**(\*) Dit advies werd bekrachtigd door het Bureau op 28 september 2000**

De nota van de Ministers M. AELVOET en F. VANDENBROUCKE betreffende voormelde bijsturing heeft binnen de sectie " Programmatie en Erkenning" van de N.R.Z.V. een aantal bedenkingen en beschouwingen opgeroepen die in de lijn liggen van de eerder door de NRZV uitgebrachte adviezen, waarbij telkens een programmatie van de functie 'spoedgevallenzorg' werd afgewezen.

Voormelde functie moet verplicht binnen elk erkend ziekenhuis georganiseerd worden.

Dat principe is ook klaar en duidelijk opgenomen in de definitie van het ziekenhuis, artikel 2 van de wet op de ziekenhuizen : « geëigende onderzoeken of behandelingen ... op ieder ogenblik verstrekt kunnen worden ... aan personen die er worden opgenomen en kunnen verblijven ... ».

Het eerste advies dat de NRZV in 1997 betreffende het basisziekenhuis uitbracht (NRZV/D/125-2), bevestigde die verplichting voor elk ziekenhuis en het nieuwe advies dat thans door de werkgroep « basisziekenhuis » van Prof. Peers wordt uitgewerkt is dienaangaande even formeel.

Bovendien wordt in punt 2.1. van de door de Ministers verstuurd nota gesteld dat elk ziekenhuis over een georganiseerde functie moet beschikken die op adequate wijze onverwachte en dringende opnamen kan opvangen, terwijl in punt 2.2. staat dat de functie « Spoedgevallenzorg » in elk ziekenhuis verplicht is en op verschillende vestigingsplaatsen van een gefusioneerd ziekenhuis kan worden geëxploiteerd voor zover op alle vestigingsplaatsen aan de erkenningsnormen is voldaan.

Men moet er ook op wijzen dat, naast de opvang van externe spoedgevallen, het ziekenhuis, krachtens artikel 2 van het KB van 30 januari 1989, verplicht is een interne medische permanentie te organiseren die hoofdzakelijk is bestemd voor de opvang van elk dringend probleem bij gehospitaliseerde patiënten.

In punt 2.4.2. komt de nota terug op de mogelijkheid de functie « Spoedgevallenzorg » in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening (100) te integreren op voorwaarde dat aan een aantal criteria inzake permanentie en oproepbare wacht is voldaan. De sectie " Programmatie en erkenning" van de N.R.Z.V. is het daar volledig mee eens.

Hij verzet zich daarentegen tegen de normatieve opsplitsing in een functie « Spoedgevallenzorg » en een functie « Gespecialiseerde spoedgevallenzorg ». De zogeheten « mislukking » van de hervorming van 1998, zoals meteen in de inleiding van de nota duidelijk is gesteld, vloeit precies voort uit die opsplitsing die er alle ziekenhuizen heeft toe aangezet een structuur uit te bouwen die aan de normen van de functie « Gespecialiseerde spoedgevallenzorg » beantwoordt. Het is echter evident dat de werklust inzake medische-verpleegkundige permanentie, die het gros van de werkingskosten vertegenwoordigt, rechtstreeks samenhangt met de omvang van de vraag en deels ook met de ernst van de pathologieën. Een echelonnering van de financiering van de functies « Spoedgevallenzorg » is hiervan dan ook een logisch

gevolg en zal slechts op basis van een objectieve evaluatie van hun activiteit kunnen worden uitgewerkt.

Spijtig genoeg beschikt men vandaag nauwelijks over kwantitatieve noch over kwalitatieve informatie m.b.t. de spoedgevallendiensten. Dankzij de medewerking van de dienst « Zorgkwaliteit » van het Ministerie van Volksgezondheid heeft de sectie « Programmatie en Erkenning » van de N.R.Z.V. kennis genomen van een aantal gegevens afkomstig van de enquête die jaarlijks wordt opgesteld op basis van de gegevens van de ziekenhuizen, aangevuld met de gegevens van de MKG-registratie. Dit is slechts een onvolledig en vooral een niet-gevalideerd instrument, daar de cijfergegevens m.b.t. de spoedgevallen door elk ziekenhuis worden meegedeeld zonder dat daar tot op heden enige controle over bestaat. Volgende informatie wordt per ziekenhuis en per dienstjaar verzameld :

- totaal aantal binnengekregen spoedgevallen
- aantal en percentage spoedgevallen die tot hospitalisatie geleid hebben
- percentage van die spoedopnamen ten opzichte van het totaal aantal opnamen van het ziekenhuis

Een eerste vaststelling is dat jaarlijks 20% van de bevolking een beroep doet op een spoedgevallendienst.

Het percentage spoedgevallen dat tot hospitalisatie leidt in verhouding tot het totaal aantal opnamen is tamelijk homogeen en bedraagt ongeveer 40% met opnieuw enkele pieken boven de 50%.

De studiedienst van het Bestuur van de Gezondheidszorgenbeleid heeft de informatie in de mate van het mogelijke verfijnd, waarbij de geïsoleerde G-diensten, de geïsoleerde Sp-diensten alsook de psychiatrische ziekenhuizen werden uitgesloten, en hij stelt ons bijgevoegde tabellen ter beschikking.

*Toelichtingen op de tabellen en grafieken opgesteld door de dienst "Zorgkwaliteit" van het Ministerie van Volksgezondheid, Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid :*

*De bestaande administratieve databases kunnen het belang van de spoedgevallendiensten voor een ziekenhuis illustreren.*

*Op basis van de door de ziekenhuizen opgegeven klassieke gegevens 1998 komen er ongeveer 2.260.000 gevallen per jaar in de spoedgevallendiensten binnen. Dat komt neer op gemiddeld 18.000 gevallen per jaar voor de op 1.1.2000 erkende 127 ziekenhuizen (op 129), en waarvoor er gegevens beschikbaar zijn.*

In percentielen komt dat neer op een gemiddelde van 50 spoedgevallen per dag, een mediaan van 40 spoedgevallen per dag, een percentiel van 10 tot 15 spoedgevallen per dag en een percentiel van 90 tot 100 spoedgevallen per dag.

Distributie	Min	P10	P25	P50	P75	P90	Max
Aant.spoedgevallen/dag	0	15	25	40	70	100	180

Gerelateerd aan de MKG-gegevens 1998 voor dezelfde ziekenhuizen betreffen die cijfers 50% van de administratieve activiteit van het ziekenhuis voor alle opnamen samen (bevallingen, klassieke ziekenhuisopnamen, daghospitalisatie en spoedgevallen), indien men onterecht aanneemt dat elke opname eenzelfde administratieve last meebrengt. Dit cijfer bevindt zich tussen 40 en bijna 60% voor 50% van de ziekenhuizen tussen percentiel 25 en 75.

Distributie	P10	P25	P50	P75	P90
Totaal aantal spoedgevallen/ totale activiteit in het ziekenhuis (in %)	30 %	40 %	50 %	56 %	63 %

Tussen 40% (P25) en 50% (P75) van de klassieke opnamen geschieden via de spoedgevallen.

Distributie	P10	P25	P50	P75	P90
Aantal via de spoedgevallen binnengekomen klassieke ziekenhuisopnamen/ totaal van de klassieke ziekenhuisopnamen (in %)	33 %	39 %	45 %	52 %	57 %

*Van de 50 dagelijkse spoedgevallen worden er immers 15 in het ziekenhuis opgenomen, wat neerkomt tussen 20 en 40% voor 50% van de ziekenhuizen tussen percentiel 25 en 75.*

<i>Distributie</i>	<i>P10</i>	<i>P25</i>	<i>P50</i>	<i>P75</i>	<i>P90</i>
<i>Aantal via spoedgevallen binnengekomen klassieke ziekenhuisopnamen/totaal van de klassieke ziekenhuisopnamen (in %)</i>	<i>15 %</i>	<i>20 %</i>	<i>27 %</i>	<i>40 %</i>	<i>51 %</i>

*Onder de 15 in het ziekenhuis opgenomen spoedgevallen zijn er 3 via de dienst 100 of MUG binnengekomen (nl. 20%); voor 20 % hiervan was een opname in intensieve nodig (wat met andere woorden neerkomt op gemiddeld minder dan één opname in intensieve zorg of een gelijkgestelde dienst per dag en per ziekenhuis).*

Voor de kwalitatieve evaluatie is nog minder informatie beschikbaar, want alleen voor de spoedgevallen die leiden tot een ziekenhuisopname is er een MKG-registratie. Zoals vooropgesteld in het KB van 27 april 1998 is het onontbeerlijk dat de registratiemodellen voor de activiteit van de functies 'Spoedgevallenzorg' zo vlug mogelijk door het college van artsen-urgentisten worden opgesteld.

In dat verband vraagt de sectie "Programmatie en Erkenning" van de N.R.Z.V. betrokken te worden bij de werkzaamheden van dat college wat de latere studies betreffende de evaluatie van de functie betreft. Op die manier zou men waarschijnlijk een vollediger beeld kunnen krijgen van de activiteitsparameters.

Voorts verbaast de sectie "Programmatie en Erkenning" van de N.R.Z.V. zich erover dat men, zoals gesteld in de nota betreffende de bijsturing van het beleid inzake spoedgevallenzorg, de MUG-programmatie wil koppelen aan de erkenning van de functies 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg'. Inderdaad, op basis van bovenvermelde overwegingen inzake echelonnering is hij van mening dat de MUG-programmatie probleemloos kan worden geregeld overeenkomstig de in het KB van 10 augustus opgestelde criteria.

Het is op hett niveau van de MUG's dat samenwerkingsakkoorden moeten worden afgesloten, eerder dan op het niveau van de functies Spoedgevallenzorg.

Zou het niet opportuun zijn dat Mevrouw de Minister van Volksgezondheid de Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening opricht teneinde de MUG-programmatie zo vlug mogelijk uit te voeren overeenkomstig de criteria van het KB van 10 april 1998. Op basis van die criteria is het evident dat samenwerkingssakkoorden tussen ziekenhuizen noodzakelijk zullen zijn, en dit niet

alleen voor de deelname aan de functie 'mobiele urgentiegroep', maar ook voor specifieke pathologieën die moeten worden behandeld via overeenkomsten tussen algemene ziekenhuizen en ziekenhuizen met gespecialiseerde diensten waarvan het aantal beperkt is. Dit geldt bijvoorbeeld voor de neurochirurgie waarvoor geen programmering is vastgelegd. Indien zoals bepaald in punt 3.6. die discipline in de criteria voor de toekenning van de functie 'Gespecialiseerde spoedgevallenzorg' wordt opgenomen, zal men de komende maanden getuige zijn van een wildgroei van dergelijke diensten !

De sectie " Programmatie en Erkenning" van de N.R.Z.V. is van mening dat het advies van de afdeling Financiering moet worden gevraagd, teneinde voor de functies spoedgevallenzorg een objectievere financiering op te stellen, gebaseerd op de reële werklast, de enige factor die extra behoeften inzake medische en verpleegkundige permanentie bovenop de basisnormen rechtvaardigt. Het huidige criterium voor de toekenning van bijkomende punten, namelijk RIZIV-facturering voor urgentietoeslag, heeft maar in heel geringe mate te maken met de opvangfunctie van de spoedgevallendienst.

De sectie " Programmatie en Erkenning" van de N.R.Z.V. maakt zich zorgen over de kwaliteit van de medische werking van de functies 'Spoedgevallen' daar uit de ervaring blijkt dat de bijkomende opleiding in de acute geneeskunde (BAG) onvolledig is en geen voldoening geeft, noch voor de ziekenhuizen, noch voor de betrokken huisartsen.

**Samengevat** stelt de sectie " Programmatie en Erkenning" van de N.R.Z.V. voor :

- in het huidige stadium de financiering van alle functies « spoedgevallenzorg » overeenkomstig de vigerende erkenningsnormen te handhaven, zolang zij effectief van toepassing blijven ;
- werk te maken van de erkenning van de MUG's overeenkomstig de huidige programmatiecriteria (K.B. 10 augustus 1998), doch zonder de erkenning van de functie « spoedgevallenzorg » of « gespecialiseerde spoedgevallenzorg » afhankelijk te stellen van een erkenning als MUG ;
- zo snel mogelijk een kwantitatieve evaluatie uit te voeren over de haalbaarheid, op basis van de gegevens waarover het Ministerie van Volksgezondheid reeds beschikt ; dit moet tenminste het analyseren van bepaalde uitzonderlijke situaties, mogelijk maken ;
- zo snel mogelijk werk te maken van het uitwerken van een systeem om de activiteiten te meten en hiertoe ten spoedigste te beschikken over een registratiemodel, zoals door het College van geneesheren-urgentisten wordt uitgewerkt ;
- de erkenningsnormen inzake permanentie te herzien op basis van de activiteiten (zowel kwalitatieve als kwantitatieve criteria), met een vaste, minimale personeelsbezetting, en tevens een variabele bezetting naar gelang van de werklast.

Indien nodig blijft de sectie " Programmatie en Erkenning" van de N.R.Z.V. ter beschikking om het KB van 27 april 1998 aan te passen aan de afschaffing van de normatieve echelonnering.

## BIJSTURING VAN HET SPOEDGEVALLENBELEID

### De hervorming van 1998 heeft haar doel niet bereikt

De hervorming van de spoedgevallenzorg in de voorbije legislatuur heeft niet het resultaat opgeleverd dat de federale overheid ervan had verwacht.

Hiervoor kunnen onder meer de volgende **oorzaken** worden aangehaald:

- Bij de hervorming werd ervan uitgegaan dat er twee soorten van functies dienden te worden gecreëerd: de functie eerste opvang en de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg. Daarbij hield men voor ogen dat het aantal functies gespecialiseerde spoedgevallenzorg kleiner zou zijn dan het aantal functies eerste opvang. Bij de realisatie van de hervorming werd de overgrote meerderheid echter erkend als gespecialiseerde functie.
- Er werd uitgegaan van de logica dat de ziekenhuizen die een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg aanbieden in staat zijn adequate zorg en behandeling te bieden in antwoord op de in hun regio voorkomende zware pathologie. Met dit uitgangspunt werd onvoldoende rekening gehouden.
- Alhoewel elk ziekenhuis spoedgevallen moet kunnen opvangen omdat dit een essentieel onderdeel is van het aan te bieden zorgaanbod, is de opname in de werking van de dringende geneeskunde hulpverlening afhankelijk van het beschikken over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg; dit heeft de ziekenhuizen ertoe aangezet de erkenning van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg aan te vragen teneinde hun verdere normale werking te vrijwaren.

**De gevolgen van de mislukking van deze hervorming zijn onder andere:**

- Er zijn momenteel meer functies voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg dan noodzakelijk is om aan de behoeften van de bevolking te voldoen
- De hervorming heeft er niet toe geleid dat tussen ziekenhuizen samenwerkingsakkoorden rond de spoedgevallenfunctie werden afgesloten, waardoor het risico reëel is dat de optimale kwaliteit van de spoedgevallenzorg wordt bezwaard en dat de ziekenhuizen zich te concurrentieel ten opzichte van elkaar opstellen
- Door een dermate groot aantal gespecialiseerde functies te erkennen wordt het mechanisme om de MUG-functie te erkennen gehypothecerd; het zal immers geen gemakkelijke opdracht zijn om in de op te richten provinciale commissie een consensus te bereiken.

#### **Uitgangspunten voor de bijsturing**

Het niet realiseren van de aanvankelijk vooropgestelde doelstellingen noopt de federale overheid tot een bijsturing van de genomen maatregelen.

Hieronder worden de **uitgangspunten voor de bijsturing** geformuleerd:

#### **1. Twee types van functies voor spoedgevallenzorg, met elk een eigen opdracht, organisatie en omkadering**

Het uitgangspunt om twee functies te creëren, kan vandaag nog steeds worden aangehouden. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen bevestigde overigens in zijn advies van 24 juli 1997 dit uitgangspunt.

## **2. De functie "spoedgevallenzorg"**

**2.1. Er wordt van uitgegaan dat elk ziekenhuis een georganiseerde functie moet hebben die adequaat kan antwoorden op onverwachte en dringende aanmeldingen.**

Deze beleidsoptie bestond reeds in 1986 bij het uittekenen van het minimumconcept van het ziekenhuis. In de hervorming van 1998 werd deze functie nader gepreciseerd en werden een aantal kwalitatieve eisen gesteld.

De huidige terminologie "eerste opvang van spoedgevallen", zoals deze vandaag in de wetgeving wordt gebruikt, is enigszins misleidend omdat het de indruk wekt dat men na deze eerste opvang verplicht wordt doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Dit is niet noodzakelijk het geval: het is best mogelijk dat een bepaald probleem geen gespecialiseerde verzorging behoeft en dus niet moet worden doorverwezen. Deze functie wordt dus beter aangeduid als "spoedgevallenzorg".

**2.2. De functie "spoedgevallenzorg" is verplicht in elk ziekenhuis<sup>1</sup> dat niet over een functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg beschikt**

Deze functie kan worden erkend en uitgebaat op meerdere vestigingsplaatsen, voor zover op de verschillende vestigingsplaatsen voldaan wordt aan de diverse relevante erkenningsnormen, bepaald in artikel 2 van het K.B. van 30 januari 1989.

<sup>1</sup> Zoals bepaald in artikel 2 van het K.B. van 30 januari 1989, met uitzondering van de palliatieve functie

Slechts indien de functie op meerdere vestigingsplaatsen van een ziekenhuis moet worden uitgebaat teneinde de **toegankelijkheid** te vrijwaren<sup>2</sup> (onder meer via de dringende geneeskundige hulpverlening) wordt voor de diverse vestigingsplaatsen de financiering via de verpleegdagprijs gegarandeerd, alsook de financiering van de nodige medische permanenties.

### **2.3. De functie wordt geleid door een geneesheer-specialist**

De functie wordt geleid door een geneesheer-specialist die hetzij over de bijzondere beroepstitel, hetzij over het brevet acute geneeskunde beschikt.

### **2.4. De vereisten inzake permanentie**

2.4.1. De functie vergt de **permanente aanwezigheid van een geneesheer in het ziekenhuis**: deze voorwaarde is nodig voor het bekomen van een erkenning als spoedgevallenfunctie (in uitvoering van de ziekenhuiswet), maar volstaat niet voor de opname in de dringende geneeskundige hulpverlening (100) (in uitvoering van de wet op de dringende geneeskundige hulpverlening).

---

<sup>2</sup> bijvoorbeeld bij afwezigheid van een andere functie voor spoedgevallenzorg binnen een straal van 20 km of in het geval van grote bevolkingsdichtheid (vb. stedelijke concentratie)

2.4.2. Om de erkenning als functie spoedgevallenzorg te bekomen én tevens te worden opgenomen in de dringende geneeskundige hulpverlening (100) zijn de vereisten inzake de medische permanentie<sup>3</sup> als volgt:

- a) ofwel een geneesheer-specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde,
- b) ofwel een geneesheer-specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg,
- c) ofwel een geneesheer, houder van het brevet in de acute geneeskunde die minstens halftijds met de functie spoedgevallenzorg verbonden is
- d) ofwel een geneesheer-specialist in één van de disciplines die toegang verlenen tot de bijzondere beroepstitel
- e) ofwel een kandidaat-geneesheer-specialist in opleiding met ten minsten twee jaar opleiding, in één van de disciplines

Bovendien moet er een continu bereikbare oproepbare wacht zijn van de volgende disciplines: inwendige geneeskunde, heelkunde, anesthesie-  
reanimatie, radiologie. Het consult van een klinisch-bioloog of van een  
psychiater moet steeds kunnen worden ingeroepen. Er moet tevens een  
continu bereikbare oproepbare wacht zijn voor pediatrie en gynaecologie-  
verloskunde indien deze diensten op de vestigingsplaats bestaan.

---

<sup>3</sup> Voor dit niveau wordt geen enkele vereiste gesteld inzake het voltijds en exclusief verbonden zijn aan het ziekenhuis – met uitzondering van c), de "brevetist"-; dit is een belangrijk verschilpunt met het tweede niveau

**2.5. Via de dringende geneeskundige hulpverlening (100) kunnen patiënten worden aangevoerd, voor zover het een gewone ambulance betreft (zonder tussenkomst van de MUG) en voor zover de functie is opgenomen in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening (cf. de bijkomende criteria sub 2.4).**

Als het om een MUG-tussenkomst gaat, kan de patiënt enkel naar een gespecialiseerde functie worden afgevoerd, tenzij de MUG-arts anders beslist. Patiënten waarvoor geen mobiele urgentiegroep tussenkomt, maar waarvan op de functie "spoedgevallenzorg" blijkt dat zij zorgen nodig hebben die niet ter plaatse kunnen worden geleverd, moeten zo snel mogelijk worden getransfereerd naar een andere spoedgevallenfunctie die deze zorgen wel kan verstrekken.

**2.6. De functie moet een registratie bijhouden van alle spoedgevallen.** Tijdens de eerste fase zal een registratie worden gemaakt van alle spoedgevallen die in deze functie worden opgenomen om ondermeer een beeld te krijgen van de aard van de pathologie en van de frequentie ervan.

### **3. De functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg**

#### **3.1. Naast de functie "spoedgevallenzorg" wordt het tweede niveau behouden, met name de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg".**

Het betreft daartoe geselecteerde ziekenhuizen met een wel omschreven opdracht. Deze functie moet aan de uitbating van de MUG-functie deelnemen.

#### **3.2. Teneinde een goede spreiding van de gespecialiseerde functies te voorzien, de deelname aan de MUG-functie te garanderen en een optimale spoedgevallenzorg te verlenen wordt voorgesteld om beide functies als een geïntegreerd geheel te beschouwen.**

Dit betekent met andere woorden dat het aantal functies voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg ongeveer hetzelfde zal zijn als het aantal MUG-functies. Globaal betekent dit voor het land tussen 75 en 85 functies. Voor de verdeling per provincie kunnen in beginsel dezelfde criteria als voor de MUG-functie worden aangehouden.

Alleszins zal nagegaan worden of ook afgelegen regio's aldus kunnen bediend worden en zullen desgevallend correcties aan de voormelde regeling worden aangebracht.

#### **3.3. Samenwerkingsakkoorden tussen het ziekenhuis met een functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en overige ziekenhuizen die beschikken over een functie "spoedgevallenzorg"**

Het ziekenhuis met een functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg moet een samenwerkingsakkoord afsluiten met de overige ziekenhuizen die beschikken over een functie "spoedgevallenzorg". Deze samenwerkingsakkoorden hebben onder meer betrekking op de bestemming van de patiënt evenals de doorverwijzing.

Om het tot stand komen van dergelijke akkoorden aan te moedigen zal een politiek van incentives worden gevoerd door aan die ziekenhuizen die voor een bepaalde datum<sup>4</sup> een samenwerkingsakkoord sluiten een bedrag binnen het ziekenhuisbudget ter beschikking te stellen; dat hen toelaat de taakverdeling te verbeteren en bij te dragen tot de kwaliteit van de zorg.

### **3.4. Ziekenhuizen moeten voor een bepaalde datum<sup>5</sup> hun kandidatuur stellen voor de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg**

Deze kandidatuur kan op diverse manieren worden ingediend: door het ziekenhuis als dusdanig, in het kader van een samenwerking met andere ziekenhuizen of in het kader van een samenwerking zoals bedoeld sub 3.3.

### **3.5. Teneinde zowel een optimale spreiding te garanderen als te vermijden dat een te groot aantal functies (5 à 85 is het maximum) zou worden erkend, wordt een programmatie voorzien**

Deze programmatie zal rekening houden met de volgende elementen:

- a) het bevolkingsaantal met een correctiefactor voor minder bevolkte gebieden
- b) de aanrijtijd en/of afstand van op elke plaats in het Rijk tot een functie

<sup>4</sup> voorgesteld wordt: binnen de 6 maanden na de publicatie van het koninklijk besluit in het belgisch staatsblad

<sup>5</sup> voorgesteld wordt: binnen de 6 maanden na de publicatie van het koninklijk besluit in het belgisch staatsblad

### **3.6. De toewijzing van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg aan de (vestigingsplaatsen van) ziekenhuizen**

De toewijzing zal gebeuren aan een ziekenhuis, en meer bepaald aan een vestigingsplaats<sup>6</sup> waar zich **minimaal een erkende functie intensieve zorg** bevindt evenals een **erkende dienst medische beeldvorming met CT-scanner waarbij het protocol van de geneesheer-specialist in de radiodiagnose beschikbaar is binnen de 15 minuten.**

Ten aanzien van de vestigingsplaatsen die aan hoger vermelde voorwaarden voldoen, wordt op grond van een cascadestelsel een voorkeurrecht verleend, en dit op grond van het maximaal voldoen aan de volgende criteria:

- a) een neurochirurgiedienst, zoals gedefinieerd in het K.B. van 28 november 1986 (normen dienst medische beeldvorming met CT-scanner) waarin bovendien jaarlijks 50 intracranieële ingrepen worden uitgevoerd
- b) een erkend zorgprogramma "cardiale pathologie" B
- c) een significant verschil in activiteit op de vestigingsplaats zoals bijvoorbeeld het aantal opnames, het aantal en de aard van de functies en disciplines op de vestigingsplaats

Laatstgenoemd criterium is subsidiair ten aanzien van de twee eerste

- d) eventueel kan men ook andere criteria hanteren, die een indicator zijn voor de medische én verpleegkundige expertise die op de vestigingsplaats beschikbaar is, zoals bijvoorbeeld het aantal geneesheren-specialisten in één van de disciplines die toegang verlenen tot de bijzondere beroepstitel alsook het aantal VTE verpleegkundigen die drager zijn van de bijzondere beroepstitel verbonden aan het ziekenhuis als criterium hanteren

---

<sup>6</sup> in de tekst wordt de term "vestigingsplaats" gebruikt voor het aanduiden van zowel een "mono-site"-ziekenhuis als voor het aanduiden van een bepaalde site, in het geval van een fusie-ziekenhuis

**3.7. Ziekenhuizen met meerdere vestigingsplaatsen kunnen in beginsel slechts op één vestigingsplaats beschikken over een functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg.**

Een uitzondering kan evenwel worden toegestaan omwille van redenen van goede spreiding en toegankelijkheid.

In dat geval wordt de tweede functie afzonderlijk erkend, programmatorisch in rekening gebracht en wordt de financiering gegarandeerd via de verpleegdagprijs alsook de financiering van de noodzakelijke medische permanenties.

**3.8. De leiding van de functie wordt toevertrouwd aan een geneesheerspecialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde, die voltijds aan het ziekenhuis is verbonden en minstens halftijds op de spoedgevaldienst werkzaam is, behalve voor wat de rechten betreft die verworven werden door geneesheren die op 01-98 reeds gedurende minimaal 5 jaar leiding gaven aan de spoedgevallendienst**

### **3.9. De functie vergt de permanente aanwezigheid van een geneesheer in het ziekenhuis.**

3.9.1. Deze geneesheer moet aan één van de volgende criteria voldoen:

- a) een geneesheer-specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneeskunde en tenminste halftijds aan het ziekenhuis verbonden
- b) een geneesheer-specialist, houder van de bijzondere beroepstitel in de intensieve zorg en tenminste halftijds aan het ziekenhuis verbonden
- c) een geneesheer-specialist in opleiding om de bijzondere beroepstitel te behalen en tenminste halftijds aan het ziekenhuis verbonden
- d) een geneesheer, houder van het zogenaamde brevet acute geneeskunde en tenminste halftijds met het ziekenhuis verbonden

3.9.2. De **huidige regelen** blijven van toepassing voor wat de geneesheer betreft die de **aanvullende permanentie** waarneemt

De functie vergt een continu bereikbare oproepbare wacht van de volgende disciplines: inwendige geneeskunde, heekunde, anesthesie-reanimatie, psychiatrie, pediatrie, verloskunde, gynaecologie, radiologie en klinische biologie die binnen de 20 minuten ter plaats kunnen zijn

3.9.3 In geval de **functies intensieve zorgen, gespecialiseerde spoedgevallenzorg en MUG op dezelfde vestigingsplaats** aanwezig zijn, volstaan **2 geneesheren** voor de permanentie

In voorkomend geval is een derde geneesheer permanent oproepbaar bij elke uitrit van de MUG moet deze geneesheer binnen de 15 minuten op de vestigingsplaats aanwezig kunnen zijn

Indien het activiteitsniveau van de MUG een bepaalde, nog te bepalen drempel overstijgt, kan de permanentie niet worden teruggebracht en blijven 3 geneesheren vereist.

**3.10. De functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg dient ook een registratie van de spoedgevallenactiviteiten bij te houden en de medische praktijk te evalueren (cf. punt 2.6.)**

#### **4. MUG-functie**

Wat de MUG-functie betreft, kan niet worden afgeweken van het principe dat de functie een eigen medische en verpleegkundige equipe moet hebben die beschikt over de nodige bekwaamheid om een 24-uursdienst in de vertrekbasis te kunnen leveren. Inzake opleiding van de equipe kunnen de huidige bepalingen globaal gehandhaafd blijven. Het moet gaan om dezelfde disciplines als deze voor de functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg. De huidige procedures in de Commissie voor dringende geneeskundige hulpverlening worden behouden.

#### **5. Samenwerking met de huisartsen.**

Teneinde een goede wisselwerking tussen huisartsen en specialisten te garanderen wordt verwacht dat de ziekenhuizen een overeenkomst sluiten met de lokale huisartsenverenigingen. In deze conventies moeten de modaliteiten van de samenwerking inzake de spoedgevallenzorg worden geregeld.

Niet alleen zal het op heden voorziene stelsel "protocollen met de huisartsen" verder worden ondersteund maar tevens zullen specifieke pilootprojecten op het gebied van spoedgevallenzorg worden mogelijk gemaakt.

Dit moet er toe bijdragen dat de samenwerking met de huisartsen op termijn verplicht wordt gemaakt<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> op dit ogenblik is ht nog niet mogelijk deze samenwerking verplicht te maken, omdat huisartsen niet overal voldoende georganiseerd zijn