Art. 6. Artikel 2*quinquies*, § 2, van hetzelfde besluit, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 29 januari 2007, wordt vervangen als volgt :

« § 2. De artikelen 20, 25, 66, 72, met uitzondering van de bepaling die de integratie in het in artikel 36 bedoelde programma als erkenningsvoorwaarde oplegt, 73, 74, 75, 76, 77 en 78 van de voormelde wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen zijn van toepassing op het zorgprogramma bedoeld in § 1. ».

Art. 7. De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 2 april 2014.

FILIP

Van Koningswege

De Minister van Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

Art. 6. L'article 2*quinquies*, § 2, du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 29 janvier 2007, est remplacé comme suit :

« § 2. Les articles 20, 25, 66, 72, à l'exception de la disposition imposant l'intégration dans le programme visé à l'article 36 comme condition d'agrément, 73, 74, 75, 76, 77 et 78 de la loi précitée relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, s'appliquent au programme de soins visé au § 1er. ».

Art. 7. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 avril 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

[C − 2014/24121]

2 APRIL 2014. — Koninklijk besluit houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 12, artikel 20, artikel 25, gewijzigd bij koninklijk besluit van 19 juni 2009, artikel 66 en artikel 82;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 12 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen en tot aanduiding van de artikelen van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen die op hen van toepassing zijn, artikel 2*quater*, ingevoegd bij koninklijk besluit van 13 juli 2006 en gewijzigd bij koninklijk besluit van 2 april 2014;

Gelet op het koninklijk besluit van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 28 maart 2007, 15 november 2010 en 26 oktober 2011;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Programmatie en Erkenning, van 11 oktober 2012;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 7 juli 2013;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 25 februari 2014;

Gelet op het advies nr. 55.347/3 van de Raad van State gegeven op 17 maart 2014, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van de State;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK I. — *Algemene bepalingen*

Artikel 1. Voor de toepassing van dit koninklijk besluit wordt verstaan onder :

a) kinderen : minderjarigen die de leeftijd van 15 jaar niet hebben bereikt;

b) geboorten : alle kinderen die in een welbepaald jaar in de betrokken instelling levend geboren zijn;

c) voorlopige hospitalisatie : een observatie overdag van minimum 2 en maximum 8 uren in aangepaste lokalen zoals omschreven in de wet op de ziekenhuizen die geen aanleiding geeft tot de facturering van een miniforfait, een maxiforfait, een forfait daghospitalisatie, een forfait chronische pijn, een forfait manipulatie poortkatheter, of een forfaitair bedrag ingeval de gipskamer wordt gebruikt, overeenkomstig artikel 4

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

[C − 2014/24121]

2 AVRIL 2014. — Arrêté royal fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, l'article 12, l'article 20, l'article 25, modifié par l'arrêté royal du 19 juin 2009, l'article 66 et l'article 82;

Vu l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 12 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins et indiquant les articles de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins applicables à ceux-ci, article 2*quater*, inséré par l'arrêté royal du 13 juillet 2006 et modifié par l' arrêté royal du 2 avril 2014;

Vu l'arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée, modifié par les arrêtés royaux des 28 mars 2007, 15 novembre 2010 et 26 octobre 2011;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section Programmation et Agrément, émis le 11 octobre 2012;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 7 juillet 2013;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 25 février 2014;

Vu l'avis n°55.347/3 du Conseil d'Etat, donné le 17 mars 2014, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE I. — *Dispositions générales*

Article 1er. Pour l'application du présent arrêté royal, il y a lieu d'entendre par :

a) enfants : les mineurs qui n'ont pas atteint l'âge de 15 ans;

b) naissances : tous les enfants nés vivants au cours d'une année déterminée dans l'établissement concerné;

c) hospitalisation provisoire : une surveillance de jour de minimum 2 heures et maximum 8 heures dans des locaux adaptés tels que définis dans la loi relative aux hôpitaux mais qui ne permet pas la facturation d'un mini forfait, ni d'un maxi forfait, ni d'un forfait d'hôpital de jour, ni d'un forfait douleur chronique, ni d'un forfait de manipulation d'un cathéter à chambre, ni d'un montant forfaitaire en cas d'utilisation de la

van het akkoord bedoeld in artikel 42 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

d) pediater : geneesheer-specialist, houder van de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de pediatrie;

e) netwerk 'pediatrie' : het netwerk bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 2 april 2014 houdende vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk 'pediatrie'.

Art. 2. § 1. Om te worden erkend en erkend te blijven, moet het zorgprogramma voor kinderen voldoen aan de normen vastgesteld in dit besluit.

§ 2. Het zorgprogramma voor kinderen wordt erkend :

1. hetzij als basiszorgprogramma voor kinderen indien het beantwoordt aan de normen vervat in Hoofdstuk II;

2. hetzij als gespecialiseerd zorgprogramma voor kinderen indien het beantwoordt aan de normen vervat in Hoofdstuk III;

3. hetzij als tertiair zorgprogramma voor kinderen indien het beantwoordt aan de normen vervat in Hoofdstuk IV.

§ 3. Het gespecialiseerd zorgprogramma voor kinderen vormt de bovenbouw voor een basiszorgprogramma voor kinderen en voldoet bijgevolg eveneens aan de erkenningsnormen voor het basiszorgprogramma dat de onderbouw vormt.

§ 4. Het tertiair zorgprogramma voor kinderen vormt de bovenbouw voor een basiszorgprogramma voor kinderen enerzijds en een gespecialiseerd zorgprogramma voor kinderen anderzijds en voldoet bijgevolg eveneens aan de erkenningsnormen die gelden voor het basiszorgprogramma en voor het gespecialiseerd zorgprogramma, welke de onderbouw vormen.

Art. 3. Het zorgprogramma voor kinderen wordt in afwijking op artikel 82, paragraaf 1, van de wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, uitgebaat op één vestigingsplaats met dien verstande dat het zorgprogramma of de zorgprogramma's die/dat de onderbouw vorm(t)(en), zoals omschreven in artikel 2, § 3 en 4, op een andere vestigingsplaats kunnen worden uitgebaat dan het zorgprogramma dat de bovenbouw vormt.

De functie van geneesheer-diensthoofd van een basiszorgprogramma, van een gespecialiseerd zorgprogramma en van een tertiair zorgprogramma kan gecumuleerd worden.

HOOFDSTUK II. — *Basiszorgprogramma voor kinderen*

Afdeling 1. — Doelgroep

Art. 4. § 1. Het basiszorgprogramma voor kinderen, hierna basiszorgprogramma genoemd, heeft als doelgroep alle kinderen die een dagingreep of dagbehandeling in het ziekenhuis ondergaan.

De doelgroep omvat meer in het bijzonder alle kinderen die een behandeling ondergaan die aanleiding geeft tot de facturering van een miniforfait, een maxiforfait, een forfait daghospitalisatie, een forfait chronische pijn, een forfait manipulatie poortkatheter, of een forfaitair bedrag ingeval de gipskamer wordt gebruikt, overeenkomstig artikel 4 van het akkoord bedoeld in artikel 42 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en alle kinderen die een ingreep ondergaan zoals bedoeld in punt 6 (lijst *A)* van bijlage 3 van het koninklijk besluit van 25 april 2002.

§ 2. Ook kinderen die het voorwerp uitmaken van een voorlopige hospitalisatie maken deel uit van de doelgroep.

Afdeling 2. — Aard en inhoud van de zorg

Art. 5. § 1. Het basiszorgprogramma biedt tijdens de normale werkuren minstens algemene pediatrische raadplegingen aan op haar vestigingsplaats.

§ 2. Het basiszorgprogramma voorziet in de opname, het toezicht en de behandeling van kinderen in daghospitalisatie.

§ 3. Daarnaast staat het basiszorgprogramma in voor de ambulante eerste opvang van pediatrische spoedgevallen overdag.

§ 4. Het basiszorgprogramma verzekert ook de verdere verzorging, het toezicht en de behandeling van kinderen in voorlopige hospitalisatie die het gevolg zijn van een opname in hetzij de functie eerste opvang spoedgevallen, hetzij de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg zonder dat een overnachting nodig is.

salle de plâtre, conformément à l'article 4 de l'accord visé à l'article 42 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

d) pédiatre : médecin spécialiste, titulaire d'un titre professionnel particulier de médecin spécialiste en pédiatrie;

e) réseau 'pédiatrie' : le réseau, visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau 'pédiatrie'.

Art. 2. § 1er. Pour être agréé et le rester, le programme de soins pour enfants doit satisfaire aux normes fixées dans le présent arrêté.

§ 2. Le programme de soins pour enfants est agréé :

1. soit en tant que programme de soins de base pour enfants s'il répond aux normes fixées au Chapitre II;

2. soit en tant que programme de soins spécialisé pour enfants s'il répond aux normes fixées au Chapitre III;

3. soit en tant que programme de soins tertiaire pour enfants s'il répond aux normes fixées au Chapitre IV.

§ 3. Le programme de soins spécialisé pour enfants constitue le complément d'un programme de soins de base pour enfants et répond par conséquent aussi aux normes d'agrément du programme de soins de base qui forme l'assise.

§ 4. Le programme de soins tertiaire pour enfants constitue, d'une part, le complément d'un programme de soins de base pour enfants, et d'autre part, un programme de soins spécialisé pour enfants, et répond par conséquent aussi aux normes d'agrément applicables au programme de soins de base et au programme de soins spécialisé, lesquels forment l'assise.

Art. 3. Le programme de soins pour enfants est exploité, par dérogation à l'article 82, paragraphe 1, de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, sur un seul site, étant entendu que le ou les programme(s) de soins qui forme(nt) l'assise, tel(s) que défini(s) à l'article 2, §§ 3 et 4, peu(ven)t être exploité(s) sur un site autre que le programme de soins qui constitue le complément.

La fonction de médecin chef de service d'un programme de soins de base, d'un programme de soins spécialisé et d'un programme de soins tertiaire peut être cumulée.

CHAPITRE II. — *Programme de soins de base pour enfants*

Section 1re. — Groupe cible

Art. 4. § 1er. Le groupe cible du programme de soins de base pour enfants, ci-après dénommé "programme de soins de base", se compose de tous les enfants qui subissent une intervention de jour ou reçoivent un traitement de jour à l'hôpital.

Le groupe cible se compose plus particulièrement de tous les enfants qui reçoivent un traitement donnant lieu à la facturation d'un mini forfait, d'un maxi forfait, d'un forfait d'hôpital de jour, d'un forfait douleur chronique, d'un forfait de manipulation d'un cathéter à chambre, ou d'un montant forfaitaire en cas d'utilisation de la salle de plâtre, conformément à l'article 4 de l'accord visé à l'article 42 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et de tous les enfants qui subissent une intervention visée au point 6 (liste *A)* de l'annexe 3 de l'arrêté royal du 25 avril 2002.

§ 2. Le groupe cible inclut également les enfants qui font l'objet d'une hospitalisation provisoire.

Section 2. — Nature et contenu des soins

Art. 5. § 1er. Le programme de soins de base offre, pendant les heures normales de travail, au minimum des consultations pédiatriques générales sur le site où il est établi.

§ 2. Le programme de soins de base assure l'hospitalisation, la surveillance et le traitement des enfants en hospitalisation de jour.

§ 3. Le programme de soins de base assure en outre la première prise en charge ambulatoire des urgences pédiatriques en journée.

§ 4. Le programme de soins de base assure également la suite du traitement, la surveillance et le traitement des enfants en hospitalisation provisoire qui font suite à une prise en charge au sein de la fonction première prise en charge des urgences ou de la fonction soins urgents spécialisés de l'hôpital et qui ne nécessitent pas de passer la nuit à l'hôpital.

Afdeling 3. — Organisatorische normen

Onderafdeling 1. — Inrichting

Art. 6. Het basiszorgprogramma maakt organisatorisch en architecturaal deel uit van een algemeen ziekenhuis.

Art. 7. § 1. De organisatie in de operatieafdeling is dusdanig dat :

1° de bewuste patiënten noch auditief, noch visueel geconfronteerd worden met het gebeuren in andere operatiezalen;

2° één van de ouders of een begeleider bij het kind kan zijn wanneer het kind bewust is;

3° er een ruimte voor kinderen gereserveerd wordt in de ontwaakzaal;

§ 2. De organisatie in de onderzoeks- en behandelruimte is dusdanig dat :

1° de bewuste patiënten noch auditief, noch visueel geconfronteerd worden met het gebeuren in andere onderzoeks- en behandelruimten;

2° één van de ouders of een begeleider bij het kind kan blijven tijdens het onderzoek of de behandeling.

§ 3. Een pediater is verantwoordelijk voor het algemene toezicht op de kinderen binnen het zorgprogramma en ziet toe op de naleving van de op evidentie gebaseerde praktijken alsook van de richtlijnen zoals omschreven in het multidisciplinair handboek als bedoeld in artikel 25, § 1.

Art. 8. Wanneer er zich in het ziekenhuis kinderen aandienen met een spoedgeval, worden zij ten laste genomen hetzij door een erkende functie eerste opvang spoedgevallen, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "eerste opvang van spoedgevallen" moet voldoen om te worden erkend hetzij door een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.

In het kader van de voorlopige hospitalisatie worden alle maatregelen genomen opdat de kinderen opgenomen in de functies vermeld in het vorige lid zo weinig mogelijk visueel of auditief worden geconfronteerd met volwassen patiënten zonder daarbij evenwel het toezicht op deze kinderen te hinderen.

Bij de opname van een kind in voorlopige hospitalisatie, heeft één van de ouders of een begeleider de mogelijkheid om bij het kind te blijven.

Onderafdeling 2. — Werking

Art. 9. De organisatie van het operatieprogramma is dusdanig dat de preoperatieve wachttijden beperkt worden tot het strict noodzakelijke.

Art. 10. Het verblijf binnen de afdeling moet voor alle personen, en in het bijzonder voor de kinderen, veilig zijn en er moet aandacht worden besteed aan de preventie van ongevallen of de overdracht van besmettelijke ziektes.

De nodige maatregelen worden genomen om te voorkomen dat de patiënten de dagafdeling of de lokalen van de voorlopige hospitalisatie verlaten zonder toezicht.

In alle ruimten die toegankelijk zijn voor kinderen, moeten ouders of begeleiders bij hun kinderen aanwezig kunnen zijn.

Art. 11. § 1. Bijzondere aandacht wordt besteed aan de gelijkwaardige verstrekking van behandeling en/of verzorging van kinderen zonder daarbij onderscheid te maken naargelang hun afkomst, ras, huidskleur, nationaliteit, hun economische en financiële situatie of naargelang hun filosofische, religieuze of politieke overtuiging.

§ 2. Bijzondere aandacht wordt eveneens besteed aan interculturele begeleiding.

Afdeling 4. — Infrastructuur en uitrusting

Onderafdeling 1. — Architectonische normen

Art. 12. Het basiszorgprogramma beschikt, binnen het ziekenhuis waarvan het deel uitmaakt, over een dagafdeling die volledig aangepast is aan de noden van zieke kinderen en die tenminste de volgende lokalen omvat :

1° patiëntenkamers met voldoende bedden om ten allen tijde alle patiënten van dit zorgprogramma te verzorgen;

2° een lokaal voor verpleegkundigen waar ze hun specifieke werkzaamheden kunnen organiseren;

Section 3. — Normes d'organisation

Sous-section 1re. — Aménagement

Art. 6. Sur les plans organisationnel et architectural, le programme de soins de base fait partie d'un hôpital général.

Art. 7. § 1er. L'organisation du quartier opératoire est telle que :

1° les patients conscients ne sont confrontés, ni de façon auditive, ni de façon visuelle, à ce qui se passe dans les autres salles d'opération;

2° l'un des parents ou accompagnants peut se trouver près de l'enfant lorsque celui-ci est conscient;

un espace est réservé pour les enfants en salle de réveil;

§ 2. L'organisation de l'espace pour les examens et le traitement est telle que :

1° les patients conscients ne sont confrontés, ni de façon auditive, ni de façon visuelle, à ce qui se passe dans d'autres espaces d'examen et de traitement;

2° l'un des parents ou accompagnants peut rester près de l'enfant pendant l'examen ou le traitement.

§ 3. Un pédiatre est responsable de la surveillance générale des enfants au sein du programme de soins et veille au respect des pratiques basées sur des données probantes ainsi que des directives telles que définies dans le manuel multidisciplinaire prévu par l'article 25, § 1.

Art. 8. Lorsque des enfants se présentent à l'hôpital avec une urgence, ils sont pris en charge soit par la fonction agréée "première prise en charge des urgences" au sens de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "première prise en charge des urgences" pour être agréée soit par la fonction agréée "soins urgents spécialisés" au sens de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée.

Dans le cadre de l'hospitalisation provisoire, toutes les mesures sont prises pour que les enfants admis dans les fonctions visées à l'alinéa précédent soient confrontés le moins possible de façon visuelle ou auditive aux patients adultes, sans que cela fasse toutefois obstacle à la surveillance de ces enfants.

Lors de la prise en charge de l'enfant en hospitalisation provisoire, l'un des parents ou un accompagnant a la possibilité de rester auprès de l'enfant.

Sous-section 2. — Fonctionnement

Art. 9. L'organisation du programme opératoire est telle que les délais d'attente préopératoires sont limités au strict nécessaire.

Art. 10. Le séjour au sein de l'unité doit être sûr pour chaque personne et en particulier pour les enfants, et il y a lieu d'accorder une attention particulière à la prévention des accidents ou à la transmission des maladies contagieuses.

Les mesures nécessaires sont prises pour que les patients ne puissent pas quitter l'unité de jour ou des locaux d'hospitalisation provisoire sans contrôle.

Dans tous les espaces accessibles aux enfants, les parents ou accompagnants doivent pouvoir être présents auprès de leurs enfants.

Art. 11. § 1er. Une attention particulière est accordée à la dispensation d'un traitement et/ou de soins équivalents sans distinction de race, d'origine, de nationalité, de couleur de peau, de situation économique et financière ou de conviction philosophique, religieuse ou politique.

§ 2. Une attention particulière est également accordée à l'accompagnement interculturel.

Section 4. — Infrastructure et équipement

Sous-section 1re. — Normes architectoniques

Art. 12. Le programme de soins de base dispose, au sein de l'hôpital dont il fait partie, d'une unité de jour parfaitement adaptée aux besoins des enfants malades et qui comporte au moins les locaux suivants :

1° des chambres de patient avec un nombre suffisant de lits pour soigner à tout moment tous les patients de ce programme de soins;

2° un local pour les praticiens infirmiers où ils peuvent organiser leurs activités spécifiques;

3° een diagnostisch en therapeutisch onderzoekslokaal voor zover dit niet reeds elders in het ziekenhuis aanwezig is;

4° een zitruimte waar de ouders of begeleiders zich kunnen terugtrekken voor zover dit niet reeds elders in het ziekenhuis aanwezig is;

5° afzonderlijk sanitair voor patiënten en begeleiders enerzijds en personeel anderzijds.

Art. 13. De verschillende soorten ruimten voor kinderen en ouders of begeleiders moeten toegankelijk zijn voor rolstoelgebruikers.

Art. 14. In iedere kamer moet bij elk kind een ouder of begeleider kunnen blijven. Deze ouder of begeleider moet zoveel mogelijk worden betrokken bij de verzorging van het kind.

Art. 15. Meubilair, vloer en speelgoed moeten desinfecteerbaar en af- of uitwasbaar zijn en moeten regelmatig gereinigd worden via een vaste procedure.

Onderafdeling 2. — Normen in verband met uitrusting

Art. 16. De omvang, het aantal en de aard van de inrichting, de uitrusting en het materiaal zijn aangepast aan het aantal en de specifieke noden van alle kinderen.

Art. 17. Tenminste de volgende materialen zijn aanwezig op de afdeling :

1° volumetrische infuuspompen;

2° spuitpompen;

3° cardio-respiratoire monitoring;

4° saturatiemeter (met aangepaste probe);

5° bloeddrukmeter (met aangepaste manchette);

6° aspiratiemateriaal;

7° aërosoltoestel;

8° Reanimatiemateriaal-en medicatie voor kinderen van alle leeftijden, inclusief reanimatierichtlijnen;

9° de materialen noodzakelijk voor de toediening en de bevochtiging van zuurstof, aangepast aan de leeftijd en de noden van het kind;

10° Weeg- en meetschaal;

11° Medicatie, aangepast aan alle leeftijden en noden van kinderen.

Afdeling 5. — Medische en niet-medische personeelsomkadering

Art. 18. § 1. De functie van geneesheer-diensthoofd van het basiszorgprogramma wordt uitgeoefend door een pediater die voltijds verbonden is aan het ziekenhuis.

§ 2. Hij is in het bijzonder verantwoordelijk voor :

1° de goede werking en de kwaliteit van het basiszorgprogramma. Daarbij zorgt hij ervoor dat :

a) kinderen niet in een ziekenhuis worden behandeld als de zorg die zij nodig hebben thuis of in een thuisvervangend milieu kan worden verleend;

b) de optimale behandeling van de opgenomen kinderen binnen de perken van de kortst mogelijke verblijfsduur gewaarborgd wordt;

2° het opstellen en opvolgen van de procedures aangaande :

a) de permanente vorming van de artsen, verbonden aan het basiszorgprogramma;

b) alle overige organisatorische maatregelen die de kwaliteit en de continuïteit van de medische zorgverlening, ook na het ziekenhuisverblijf, kunnen verzekeren;

c) het regelmatig gestructureerd overleg met medische en niet-medische teamleden van het basiszorgprogramma;

3° het schriftelijk uitwerken van selectiecriteria en van reglementen die de procedures bij opname omschrijven, in overeenstemming met de bepalingen die in dit verband reeds werden uitgewerkt in de koninklijke besluiten die betrekking hebben op de functie chirurgische daghospitalisatie, de functie eerste opvang spoedgevallenzorg en de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en in overleg met de diensthoofden anesthesiologie, chirurgie, alsook de diensthoofden van de functies eerste opvang spoedgevallenzorg, gespecialiseerde spoedgevallenzorg en chirurgische daghospitalisatie;

4° het nemen van initiatieven, in overleg met de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis, met het oog op het ontwerpen van voorstellen, aanvullingen of wijzigingen

3° un local d'examen diagnostique et thérapeutique pour autant qu'il n'y en ait pas déjà un ailleurs dans l'hôpital;

4° une salle de séjour dans laquelle les parents ou les accompagnants peuvent se retirer pour autant qu'il n'y en ait pas déjà une ailleurs dans l'hôpital;

5° des sanitaires distincts pour les patients et accompagnants d'une part et le personnel d'autre part.

Art. 13. Les différents types de locaux pour enfants et parents ou accompagnants doivent être accessibles aux utilisateurs d'un fauteuil roulant.

Art. 14. Dans chaque chambre, un parent ou accompagnant doit pouvoir rester auprès de chaque enfant. Ce parent ou accompagnant doit être associé autant que possible aux soins à l'enfant.

Art. 15. Le mobilier, le sol et les jouets doivent être désinfectables ou lavables, et doivent être nettoyés régulièrement selon une procédure déterminée.

Sous-section 2. — Normes relatives à l'équipement

Art. 16. La taille, le nombre et le type d'aménagement, les équipements et le matériel sont adaptés au nombre et aux besoins spécifiques de tous les enfants.

Art. 17. Au minimum, les équipements suivants sont présents dans l'unité :

1 ° des pompes à perfusion volumétriques;

2° des pousses-seringues;

3° un monitoring cardio-respiratoire;

4° un saturomètre (avec capteur adapté);

5° un tensiomètre (avec manchette adaptée);

6° du matériel d'aspiration;

7° un appareil d'aérosol;

8° du matériel et de la médication de réanimation pour enfants de tous les âges, y compris des directives en matière de réanimation;

9° du matériel nécessaire à l'administration et à l'humification d'oxygène, adapté à l'âge et aux besoins de l'enfant;

10° un pèse-personne et une toise;

11° des médicaments adaptés à tous les âges et aux besoins de tous les enfants.

Section 5. — Cadre médical et non médical

Art. 18. § 1er. La fonction de médecin chef de service du programme de soins de base est exercée par un pédiatre attaché à temps plein à l'hôpital.

§ 2. Celui-ci est plus particulièrement responsable :

1° du bon fonctionnement et de la qualité du programme de soins de base. Ainsi, il veille à :

a) ce que les enfants ne soient pas traités à l'hôpital si les soins qu'ils nécessitent peuvent être dispensés à domicile ou dans un milieu familial de remplacement;

b) ce qu'un traitement optimal soit garanti aux enfants hospitalisés dans le cadre d'une durée de séjour la plus courte possible;

2° de l'élaboration et du suivi des procédures concernant :

a) la formation permanente des médecins liés au programme de soins de base;

b) toutes les autres dispositions d'organisation susceptibles de garantir la qualité et la continuité des soins médicaux, y compris après le séjour à l'hôpital;

c) la concertation régulière et structurée entre les intervenants médicaux et non médicaux du programme de base;

3° de l'élaboration par écrit des critères de sélection et des règlements établissant la procédure de prise en charge, conformément aux dispositions déjà prévues à cet égard dans les arrêtés royaux concernant la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour », la fonction « première prise en charge des urgences » et la fonction « soins urgents spécialisés », et ce en concertation avec les chefs de service d'anesthésiologie, de chirurgie, de la fonction « première prise en charge des urgences », de la fonction « soins urgents spécialisés » et de la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour »;

4° de la prise d'initiatives, en concertation avec le médecin chef et le chef du département infirmier de l'hôpital, en vue de l'élaboration de propositions, de modalités complémentaires ou de modifications

in de voorwaarden van doorverwijzing van kinderen naar een ziekenhuis met een tertiair zorgprogramma en eventueel een gespecialiseerd zorgprogramma mede in functie van de zorgcircuits beschreven in het netwerk "pediatrie" waarvan het deel uitmaakt.

De voorwaarden van doorverwijzing worden mede opgenomen in de juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst, zoals bedoeld in artikel 28, die met een tertiair zorgprogramma binnen het netwerk 'pediatrie'dient te bestaan.

Art. 19. § 1. De verpleegkundige coördinatie van het basiszorgprogramma wordt uitgeoefend door de verpleegkundige coördinator die hetzij gegradueerd verpleegkundige of bachelor of master in de verpleegkunde is houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie, hetzij verpleegkundige met minimaal 5 jaar ervaring op datum van bekendmaking van dit besluit in het *Belgisch Staatsblad* als hoofdverpleegkundige van een zorgprogramma voor kinderen.

§ 2. De verpleegkundig coördinator is in het bijzonder verantwoordelijk voor :

1° de goede werking en de kwaliteit van de verpleegkundige activiteit die verband houdt met het basiszorgprogramma. Hij/zij waakt erover, in overleg met de geneesheer-diensthoofd dat de optimale verpleging en verzorging van de kinderen binnen de perken van de kortst mogelijke verblijfsduur gewaarborgd wordt;

2° het opstellen en opvolgen van protocollen in overleg met de behandelende arts met betrekking tot de verlichting van pijn, lichamelijk ongemak en emotionele spanning;

3° de organisatie van de registratie van verpleegkundige gegevens en het individuele verpleegkundig dossier van elke patiënt van dit zorgprogramma;

4° de organisatie van een permanente aanwezigheid van een verpleegkundige die beantwoordt aan de voorwaarden zoals omschreven in artikel 23 binnen het basiszorgprogramma tijdens de openingsuren;

5° de organisatie van regelmatig en gestructureerd overleg tussen de verschillende niet-medische personeelsleden werkzaam binnen het basiszorgprogramma, rekening houdend met de taakverdeling;

6° de opleiding en vorming van de niet-medische personeelsleden werkzaam binnen het zorgprogramma.

Art. 20. § 1. Het basiszorgprogramma beschikt over een medische equipe die naast de geneesheer-diensthoofd wordt aangevuld met minimaal twee geneesheren-specialisten in de pediatrie verbonden aan het ziekenhuis.

§ 2. De medische equipe wordt in functie van de continuïteit van de zorg aangevuld met extra pediaters waarmee het zorgprogramma een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten.

Art. 21. De medische equipe wordt zodanig georganiseerd dat tijdens de normale werkuren minstens 1 pediater aanwezig is in de instelling.

Art. 22. Het basiszorgprogramma beschikt over voldoende verpleegkundigen die naar aantal en kwalificatie worden aangepast aan de aard en het volume van de patiëntenproblemen.

Art. 23. Tijdens de normale werkuren moet een basiszorgprogramma beschikken over minstens een verpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie of in de neonatologie of over een verpleegkundige met minimaal 5 jaar ervaring als verpleegkundige van een zorgprogramma voor kinderen op de datum van de bekendmaking van dit besluit in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 24. Het medisch en verpleegkundig personeel van het basiszorgprogramma is vertrouwd met de reanimatierichtlijnen-en technieken, zoals omschreven in het multidisciplinair handboek, bedoeld in artikel 25, § 1.

Het basiszorgprogramma werkt nauw samen met een tertiair zorgprogramma behorende tot hetzelfde netwerk pediatrie met het oog op de organisatie van regelmatige, nationaal of internationaal gecertificeerde vorming en bijscholing voor het personeel.

Afdeling 6. — Kwaliteitsnormen en normen voor kwaliteitsopvolging

Onderafdeling 1. — Kwaliteitsnormen

Art. 25. § 1. Elk ziekenhuis met een basiszorgprogramma dient gebruik te maken van een multidisciplinair handboek.

relatives aux conditions de transfert d'enfants vers un hôpital disposant d'un programme de soins tertiaire et éventuellement d'un programme de soins spécialisé, en fonction notamment des circuits de soins décrits dans le réseau "pédiatrie" dont il fait partie.

Les conditions de transfert sont également reprises dans l'accord de collaboration juridiquement formalisé, tel que visé à l'article 28, qui doit exister avec un programme de soins tertiaire au sein du réseau "pédiatrie".

Art. 19. § 1er. La coordination infirmière du programme de soins de base est exercée par le coordinateur infirmier qui est soit infirmier gradué, ou bachelier ou master en soins infirmiers porteur du titre professionnel d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatologie, soit un infirmier possédant au moins 5 ans d'expérience à la date de publication du présent arrêté au *Moniteur belge* en tant qu'infirmier en chef d'un programme de soins pour enfants.

§ 2. Le coordinateur infirmier est plus particulièrement responsable :

1° du bon fonctionnement et de la qualité des activités infirmières qui ont un rapport avec le programme de soins de base. Il veille, en concertation avec le médecin chef de service, à ce que le traitement et les soins optimaux soient garantis aux enfants dans les limites de la durée d'hospitalisation la plus courte possible;

2° de l'élaboration et du suivi, en concertation avec le médecin traitant, de protocoles relatifs à la réduction de la douleur, des désagréments corporels et des tensions émotionnelles;

3° de l'organisation de l'enregistrement des données infirmières et du dossier infirmier individuel de chaque patient de ce programme de soins;

4° de l'organisation d'une présence permanente d'un infirmier répondant aux conditions précisées à l'article 23, dans le programme de soins de base pendant les heures d'ouverture;

5° de l'organisation d'une concertation régulière et structurée entre les différents membres du personnel non médical travaillant dans le programme de soins de base, compte tenu de la répartition des tâches;

6° de l'éducation et de la formation des membres du personnel non médical travaillant dans le programme de soins de base.

Art. 20. § 1er. Le programme de soins de base dispose d'une équipe médicale se composant, outre le médecin chef de service, au minimum de deux médecins spécialistes en pédiatrie attachés à l'hôpital.

§ 2. Pour assurer la continuité des soins, l'équipe médicale est complétée par des pédiatres supplémentaires avec lesquels le programme de soins a conclu un accord de collaboration juridiquement formalisé.

Art. 21. L'équipe médicale est organisée de telle sorte qu'au moins un pédiatre est présent dans l'établissement pendant les heures normales de travail.

Art. 22. Le programme de soins de base dispose d'infirmiers en nombre suffisant et dont les qualifications sont adaptées compte tenu de la nature et du volume des problèmes des patients.

Art. 23. Pendant les heures normales de travail, un programme de soins de base doit disposer d'au moins un infirmier porteur d'un titre professionnel particulier en pédiatrie ou en néonatologie, ou d'un infirmier possédant au moins 5 ans d'expérience en tant qu'infirmier d'un programme de soins pour enfants à la date de publication du présent arrêté au *Moniteur belge*.

Art. 24. Le personnel médical et infirmier du programme de soins de base est familiarisé avec les directives et techniques en matière de réanimation, telles que décrites dans le manuel multidisciplinaire, comme repris à l'article 25, § 1er.

Le programme de soins de base collabore étroitement avec un programme de soins tertiaire faisant partie du même réseau "pédiatrie" en vue de l'organisation de formations régulières certifiées au niveau national ou international et du recyclage à l'intention du personnel.

Section 6. — Normes de qualité et normes relatives au suivi de la qualité

Sous-section 1. — Normes de qualité

Art. 25. § 1er. Tout hôpital disposant d'un programme de soins de base doit utiliser un manuel multidisciplinaire.

Het handboek besteedt bijzondere aandacht aan onder meer :

1° de richtlijnen en procedures voor de preventie en behandeling van pijn, inclusief het objectiveren van pijn met specifiek voor dit doel ontwikkelde pijnschalen;

2° de preventie van de verspreiding van infecties;

3° het vochtbeleid in functie van leeftijd en pathologie;

4° het antibioticabeleid in functie van leeftijd en pathogeen.

Het handboek bevat eveneens een protocol met reanimatierichtlijnen-en technieken specifiek gericht op kinderen alsook een overzicht van alle bestaande zorgcircuits binnen het netwerk 'pediatrie'.

Het wordt periodiek en minstens eens om de 3 jaar procesmatig en inhoudelijk nagekeken en geëvalueerd.

§ 2. Samen met het rapport dat wordt opgesteld in uitvoering van artikel 2 van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen, wordt aan het college voor pediatrie een kopij van het multidisciplinair pediatrisch handboek overgemaakt.

Onderafdeling 2. — Kwaliteitsopvolging

Art. 26. Het basiszorgprogramma moet medewerking verlenen aan de interne en externe toetsing van de medische activiteit, overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 betreffende de kwalitatieve toetsing van de medische activiteit in de ziekenhuizen.

Art. 27. Elk ziekenhuis met een basiszorgprogramma maakt deel uit van een netwerk 'pediatrie' zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 2 april 2014 tot vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk "pediatrie".

Art. 28. Ieder ziekenhuis met basiszorgprogramma sluit een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst af met één of meerdere ziekenhuizen met een gespecialiseerd zorgprogramma en met één of meerdere ziekenhuizen met een tertiair zorgprogramma, waaronder minstens met het dichtstbijzijnde tertiair zorgprogramma.

Deze samenwerkingsovereenkomst bevat onder meer een transfert- en transportprotocol met het oog op het snel, efficiënt, kwaliteitsvol en veilig vervoeren van patiënten van de ene instelling naar de andere wanneer meer gespecialiseerde of intensieve zorgen nodig zijn.

HOOFDSTUK III. — *Gespecialiseerd zorgprogramma voor kinderen*

Afdeling 1. — Doelgroep

Art. 29. Het gespecialiseerd zorgprogramma voor kinderen, hierna 'gespecialiseerd zorgprogramma' genoemd, heeft als doelgroep kinderen die de doelgroep uitmaken van een basiszorgprogramma alsook alle kinderen die minstens één nacht in het ziekenhuis verblijven, met uitzondering van :

1° de kinderen die in een erkende K-dienst verblijven;

2° de kinderen die omwille van zwangerschap of bevalling in een erkende M-dienst verblijven;

3° de pasgeborenen die verblijven in een dienst voor intensieve neonatologie (kenletter NIC);

4° de pasgeborenen die verblijven in de functie van lokale neonatale zorg (functie N*);

5° de kinderen met een ernstige acute ziekte die intensieve en/of bijzondere multidisciplinaire zorgen nodig hebben, zoals bedoeld in artikel 51 alsook kinderen met een chronische ziekte die intensieve en/of bijzondere multidisciplinaire zorgen nodig hebben, zoals bedoeld in artikel 51.

Afdeling 2. — Aard en inhoud van de zorg

Art. 30. Het gespecialiseerd zorgprogramma, omvat naast de activiteiten die worden uitgeoefend in het kader van een basiszorgprogramma, de opname met minimum één overnachting van kinderen.

Het zorgprogramma biedt al dan niet in samenwerking met een tertiair zorgprogramma subspecialistische zorg en diagnostiek aan.

Afdeling 3. — Organisatorische normen

Art. 31. Naast de organisatorische normen die gelden voor een basiszorgprogramma moet een gespecialiseerd zorgprogramma eveneens aan de normen van deze afdeling voldoen.

Le manuel accorde une attention particulière notamment :

1° aux directives et aux procédures de prévention et de prise en charge de la douleur, en ce compris l'objectivation de la douleur à l'aide d'échelles de mesure spécialement développées à cet effet;

2° à la prévention de la transmission des infections;

3° à la gestion des perfusions en fonction de l'âge et de la pathologie;

4° à la politique antibiotique en fonction de l'âge et de l'agent pathogène.

Le manuel comprend également un protocole de directives et techniques en matière de réanimation spécifiquement axé sur les enfants, ainsi qu'un aperçu de tous les circuits de soins existants au sein du réseau "pédiatrie".

Ce manuel est révisé et évalué périodiquement, et ses processus et son contenu sont revus au moins une fois tous les trois ans.

§ 2. Une copie du manuel pédiatrique multidisciplinaire est transmise au collège de pédiatrie en même temps que le rapport rédigé en exécution de l'article 2 de l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux.

Sous-section 2. — Suivi de la qualité

Art. 26. Le programme de soins de base est tenu de prêter son concours à l'évaluation interne et externe de l'activité médicale, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux.

Art. 27. Tout hôpital disposant d'un programme de soins de base fait partie d'un réseau "pédiatrie" tel que visé dans l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau "pédiatrie".

Art. 28. Tout hôpital disposant d'un programme de soins de base conclut un accord de collaboration juridiquement formalisé avec un ou plusieurs hôpitaux disposant d'un programme de soins spécialisé et avec un ou plusieurs hôpitaux disposant d'un programme de soins tertiaire, parmi lesquels au moins le programme de soins tertiaire le plus proche.

Cet accord de collaboration inclut entre autres un protocole de transfert et de transport en vue d'assurer le transport sûr, rapide, efficace et de qualité des patients d'un établissement à l'autre lorsque ceux-ci nécessitent des soins plus spécialisés ou intensifs.

CHAPITRE III. — *Programme de soins spécialisé pour enfants*

Section 1re. — Groupe cible

Art. 29. Le groupe cible du programme de soins spécialisé pour enfants, ci-après dénommé "programme de soins spécialisé", se compose des enfants qui constituent le groupe cible du programme de soins de base ainsi que des enfants séjournant au moins une nuit à l'hôpital, à l'exception des :

1° enfants séjournant dans un service K agréé;

2° enfants séjournant dans un service M agréé en raison d'une grossesse ou d'un accouchement;

3° nouveau-nés séjournant dans un service de néonatologie intensive (index NIC);

4° nouveau-nés séjournant dans une fonction de soins néonataux locaux (fonction N*);

5° enfants souffrant d'une maladie grave aiguë qui nécessitent des soins intensifs et/ou multidisciplinaires particuliers, tels que visés à l'article 51 ainsi qu'enfants souffrant d'une maladie chronique qui nécessitent des soins intensifs et/ou multidisciplinaires particuliers, tels que visés à l'article 51.

Section 2. — Nature et contenu des soins

Art. 30. Le programme de soins spécialisé inclut, outre les activités exercées dans le cadre du programme de soins de base, l'hospitalisation d'au moins une nuitée des enfants.

Le programme de soins offre, éventuellement en collaboration avec un programme de soins tertiaire, des soins et du diagnostic surspecialisés.

Section 3. — Normes d'organisation

Art. 31. Un programme de soins spécialisé doit répondre non seulement aux normes d'organisation applicables à un programme de soins de base, mais également aux normes de cette section.

Art. 32. § 1. Minderjarigen tussen 15 jaar en 18 jaar met een chronische aandoening moeten, in samenspraak met de geneesheer-diensthoofd, de keuze krijgen om in een verpleegafdeling voor kinderen of in een verpleegafdeling voor volwassenen verzorgd te worden.

§ 2. Ook jongeren bij wie een chronische aandoening wordt vastgesteld op kinderleeftijd en waarvan de behandeling blijft voortduren na hun vijftiende of zelfs achttiende verjaardag, kunnen binnen het zorgprogramma voor kinderen verder verzorgd worden, voor zover voorafgaandelijk overleg wordt gepleegd met een geneesheer-specialist met expertise in dergelijke aandoeningen bij volwassenen.

§ 3. Het gespecialiseerd zorgprogramma werkt een protocol uit dat de tenlasteneming van minderjarige patiënten tussen 15 en 18 jaar door het zorgprogramma regelt en de overgang van deze patiënten vanuit het zorgprogramma naar een afdeling voor volwassenen vereenvoudigt.

Afdeling 4. — Infrastructuur en uitrusting

Art. 33. Naast de normen die gelden voor de infrastructuur en uitrusting van een basiszorgprogramma moet een gespecialiseerd zorgprogramma eveneens aan de normen van deze afdeling voldoen.

Art. 34. De verpleegafdeling van het gespecialiseerd zorgprogramma beschikt over tenminste volgende lokalen :

1° voldoende patiëntenkamers met minstens 15 E-bedden om ten allen tijde alle patiënten van dit zorgprogramma te verzorgen;

2° voldoende individuele kamers om ten allen tijde patiënten te kunnen opnemen waarvoor de isolatie noodzakelijk is;

3° een spel- en educatieve ruimte;

4° afzonderlijk sanitair voor de patiënten, het personeel en de bezoekers, en een doucheruimte voor opgenomen kinderen en de ouder of begeleider die overnacht op de afdeling.

Art. 35. De lokalen moeten voorzien zijn op de hygiënische verzorging van kinderen van alle leeftijden.

De ouders of begeleiders moeten de mogelijkheid hebben betrokken te worden bij de verzorging van hun kind in de kamer waar het wordt verpleegd.

Art. 36. De mogelijkheid moet worden voorzien om een ouder of begeleider te laten verblijven en inslapen in de nabijheid van zijn/haar kind.

Art. 37. De spel- en educatieve ruimte is tenminste in gebruik tijdens de normale werkuren. Ze moet uitgerust zijn met meubilair, speelgoed en andere voorzieningen, aangepast aan de betrokken doelgroep. Deze ruimte moet een oppervlakte hebben van minstens 25 m².

Afdeling 5. — Medische en niet-medische personeelsomkadering

Art. 38. Naast de normen inzake medische en niet-medische personeelsomkadering die gelden voor een basiszorgprogramma, moeten eveneens de normen van deze afdeling worden nageleefd door een gespecialiseerd zorgprogramma.

Art. 39. De medische equipe van het gespecialiseerd zorgprogramma bestaat naast het diensthoofd uit minstens 3 geneesheren-specialist in de pediatrie die minstens halftijds tewerkgesteld zijn in het zorgprogramma.

Art. 40. Teneinde de continuïteit van de zorg te verzekeren is een pediater 24 uur op 24 oproepbaar en onverwijld na de oproep aanwezig in de instelling.

Art. 41. Minstens 75 % van het verpleegkundig personeel werkzaam in het gespecialiseerd zorgprogramma moet bestaan uit gegradueerde verpleegkundigen of bachelors in de verpleegkunde met een bijzondere beroepstitel in de pediatrie of in de neonatologie of uit verpleegkundigen die op de datum van bekendmaking van dit besluit in het *Belgisch Staatsblad*, minstens 5 jaar effectief werkzaam zijn in een erkend zorgprogramma voor kinderen.

Art. 42. Het gespecialiseerd zorgprogramma verzekert per verpleegafdeling 24 uur op 24 de permanente aanwezigheid van minstens een verpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie of neonatologie of een verpleegkundige die kan aantonen dat hij/zij beschikt over 5 jaar ervaring in een zorgprogramma voor kinderen op de datum van publicatie van dit besluit in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 32. § 1er. Les mineurs entre 15 et 18 ans souffrant d'une affection chronique doivent, en concertation avec le médecin chef de service, avoir le choix d'être soignés dans une unité de soins pour enfants ou dans une unité de soins pour adultes.

§ 2. Les jeunes chez qui une affection chronique est décelée dans l'enfance et dont le traitement se poursuit au-delà de leur quinzième voire dix-huitième anniversaire peuvent également continuer à être soignés dans le cadre du programme de soins pour enfants, pour autant qu'une concertation préalable soit menée avec un médecin spécialiste disposant d'une expertise dans les affections de ce genre chez les adultes.

§ 3. Le programme de soins spécialisé élabore un protocole qui organise la prise en charge des patients mineurs entre 15 et 18 ans par le programme de soins et qui facilite le passage de ces patients du programme de soins vers une unité pour adultes.

Section 4. — Infrastructure et équipement

Art. 33. Un programme de soins spécialisé doit répondre non seulement aux normes applicables à l'infrastructure et à l'équipement d'un programme de soins de base, mais également aux normes de cette section.

Art. 34. L'unité de soins du programme de soins spécialisé dispose au moins des locaux suivants :

1° un nombre suffisant de chambres de patient avec au moins 15 lits E pour soigner à tout moment tous les patients de ce programme de soins;

2° un nombre suffisant de chambres individuelles pour pouvoir hospitaliser à tout moment les patients pour lequel l'isolement est indiqué;

3° un espace ludique et éducatif;

4° des sanitaires distincts pour les patients, le personnel et les visiteurs et une salle de douche pour les enfants hospitalisés et le parent ou l'accompagnant qui loge dans l'unité.

Art. 35. Les locaux doivent être équipés en vue des soins d'hygiène pour enfants de tous les âges.

Les parents ou accompagnants doivent avoir la possibilité d'être associés aux soins donnés à leur enfant dans la chambre où il est soigné.

Art. 36. Il y a lieu de prévoir la possibilité de faire séjourner et dormir un parent ou accompagnant près de son enfant.

Art. 37. L'espace ludique et éducatif est utilisé au moins durant les heures normales de travail. Il doit être équipé de mobilier, de jouets et d'autres équipements adaptés au groupe cible concerné. Cet espace doit avoir une superficie d'au moins 25 m².

Section 5. — Cadre médical et non médical

Art. 38. Un programme de soins spécialisé doit répondre non seulement aux normes que le programme de soins de base doit remplir en matière d'encadrement médical et non médical, mais également aux normes de cette section.

Art. 39. L'équipe médicale du programme de soins spécialisé se compose en plus du chef de service au minimum de 3 médecins spécialistes en pédiatrie occupés au moins à mi-temps dans le programme de soins.

Art. 40. Pour assurer la continuité des soins, un pédiatre est appelable 24 heures sur 24 et présent au sein de l'établissement dans les plus brefs délais après l'appel.

Art. 41. Au moins 75 % du personnel infirmier travaillant dans le programme de soins spécialisé, doit être composé d'infirmiers gradués ou de bacheliers en soins infirmiers porteurs d'un titre professionnel particulier en pédiatrie ou en néonatologie, ou d'infirmiers travaillant effectivement depuis 5 ans dans un programme de soins pour enfants agréé, à la date de publication du présent arrêté au *Moniteur belge*.

Art. 42. Le programme de soins spécialisé assure par unité de soins 24 heures sur 24 la présence permanente d'au moins un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie ou néonatologie, ou d'un infirmier pouvant attester de 5 années d'expérience dans un programme de soins pour enfants à la date de publication du présent arrêté au *Moniteur belge*.

Art. 43. Het gespecialiseerd zorgprogramma moet binnen het ziekenhuis een beroep kunnen doen op de volgende disciplines :

1° een diëtist;

2° een kinesitherapeut;

3° een logopedist.

Art. 44. § 1. Voor het organiseren van spelactiviteiten en vrijetijdsbesteding moet het gespecialiseerd zorgprogramma beschikken over hulppersoneel ten belope van een halve voltijdse equivalent voor zover het aantal bedden in de verpleegeenheid minder bedraagt dan 30, of één voltijdse equivalent per volledige schijf van 30 bedden.

§ 2. De hulppersoneelsleden moeten houder zijn van een brevet of een diploma van hoger secundair onderwijs.

§ 3. De basistaken van deze spelbegeleiders worden als volgt omschreven :

1° kindvriendelijk leefklimaat bieden;

2° spelen met kinderen, zowel in de speelkamer als op de hospitalisatiekamer;

3° opvang en begeleiding van kinderen tijdens hun opname;

4° werken aan de creatieve en sociale ontwikkeling van het kind;

5° observatie van het gedrag van het kind en rapportering hierover;

6° huiswerkbegeleiding;

7° inoefenen van functionele vaardigheden;

8° opvang van broers en zussen van de patiënten.

Art. 45. De psycho-sociale begeleiding wordt verzekerd door hulppersoneel, houder van terminste een diploma van hoger onderwijs van het korte type (A1) of een bachelordiploma hetzij in de verplegingswetenschappen hetzij in een psycho-sociale vakrichting, ten belope van een halftijdse equivalent voor zover het aantal bedden in de verpleegeenheid minder bedraagt dan 30, of één voltijdse equivalent per volledige schijf van 30 bedden.

Afdeling 6. — Normen voor kwaliteitsopvolging

Art. 46. Naast de normen inzake kwaliteitsopvolging die gelden voor een basiszorgprogramma, moeten eveneens de normen van deze afdeling worden nageleefd door een gespecialiseerd zorgprogramma.

Art. 47. Wanneer het gespecialiseerd zorgprogramma subspecialistische zorg aanbiedt, maakt het afspraken met ziekenhuizen van het netwerk waar het deel van uitmaakt die eveneens subspecialistische zorg aanbieden teneinde het aanbod onderling op mekaar af te stemmen.

Art. 48. Het gespecialiseerd zorgprogramma sluit een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst met één of meerdere ziekenhuizen met een erkend tertiair zorgprogramma, waaronder minstens het dichtstbijzijnde tertiair zorgprogramma, met het oog op de transfert en het transport van patiënten met nood aan bijzonder complexe of intensieve verzorging.

Art. 49. § 1. Het gespecialiseerd zorgprogramma beschikt over een protocol waarin wordt omschreven op welke wijze psychosociale ondersteuning wordt geboden aan kinderen.

§ 2. Wanneer het ziekenhuis met gespecialiseerd zorgprogramma niet over een K-dienst beschikt, wordt te dien einde een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst gesloten met een nabijgelegen ziekenhuis dat wel over dergelijke dienst beschikt.

Tussen beide ziekenhuizen heeft minstens 1 keer per jaar een gestructureerd en geformaliseerd overleg plaats.

Art. 50. Elk ziekenhuis met een gespecialiseerd zorgprogramma maakt deel uit van een netwerk 'pediatrie' zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 2 april 2014 tot vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk 'pediatrie'.

HOOFDSTUK IV. — *Tertiair zorgprogramma voor kinderen*

Afdeling 1. — Doelgroep

Art. 51. Het tertiair zorgprogramma voor kinderen, hierna tertiair zorgprogramma genoemd, is naast de opname van kinderen behorende tot de doelgroep van het basiszorgprogramma en van het gespecialiseerd zorgprogramma eveneens gericht op de opname van ernstig zieke kinderen die intensieve en/of bijzonder gespecialiseerde en multi-en interdisciplinaire zorgen nodig hebben.

Art. 43. Tout hôpital disposant d'un programme de soins spécialisé doit pouvoir faire appel aux une des disciplines suivantes :

1° un diététicien;

2° un kinésithérapeute;

3° un logopède.

Art. 44. § 1er. Pour organiser les activités ludiques et de loisirs, le programme de soins spécialisé doit disposer de personnel auxiliaire à concurrence d'un demi-équivalent temps plein si l'unité de soins compte moins de 30 lits, ou d'un équivalent temps plein, par tranche complète de 30 lits.

§ 2. Les membres du personnel auxiliaire doivent être titulaires d'un brevet ou d'un diplôme de l'enseignement secondaire supérieur.

§ 3. Les tâches de base des accompagnateurs des activités ludiques se définissent comme suit :

1 ° offrir une ambiance adaptée aux enfants;

2° jouer avec les enfants, aussi bien dans la salle de jeux que dans la chambre d'hospitalisation;

3° accueillir et accompagner les enfants tout au long de leur hospitalisation;

4° travailler au développement créatif et social de l'enfant;

5° observer le comportement de l'enfant et faire rapport à ce sujet;

6 ° encadrer l'enfant pour ses devoirs;

7° apprendre certaines aptitudes fonctionnelles par l'exercice;

8° accueillir les frères et sœurs des patients.

Art. 45. L'accompagnement psycho-social est assuré par du personnel auxiliaire porteur d'au moins un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (A1) ou un diplôme de bachelier soit en sciences infirmières soit dans une filière de métiers à caractère psycho-social, à concurrence d'un équivalent mi-temps si l'unité de soins compte moins de 30 lits, ou à concurrence d'un équivalent temps plein par tranche complète de 30 lits.

Section 6. — Normes relatives au suivi de la qualité

Art. 46. Le programme de soins spécialisé doit respecter non seulement les normes relatives au suivi de la qualité qui s'appliquent au programme de soins de base, mais également aux normes de cette section.

Art. 47. Lorsque le programme de soins spécialisé offre des soins de sous-spécialité, il conclut des accords avec les hôpitaux du réseau dont il fait partie qui offrent également des soins de sous-spécialité, de manière à harmoniser cette offre de sous-spécialités.

Art. 48. Le programme de soins spécialisé conclut un accord de collaboration juridiquement formalisé avec un ou plusieurs hôpitaux disposant d'un programme de soins tertiaire agréé, parmi lesquels au moins le programme de soins tertiaire le plus proche, en vue du transfert et du transport des patients nécessitant des soins complexes ou intensifs particuliers.

Art. 49. § 1er. Le programme de soins spécialisé dispose d'un protocole définissant les modalités selon lesquelles une aide psychosociale est proposée aux enfants.

§ 2. Si l'hôpital disposant d'un programme de soins spécialisé n'a pas de service K, il conclut à cette fin un accord de collaboration juridiquement formalisé avec un hôpital situé à proximité qui dispose pour sa part d'un tel service.

Une concertation structurée et formalisée a lieu au moins une fois par an entre les deux hôpitaux.

Art. 50. Tout hôpital disposant d'un programme de soins spécialisé fait partie d'un réseau "pédiatrie" tel que visé dans l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau "pédiatrie"

CHAPITRE IV. — *Programme de soins tertiaire pour enfants*

Section 1. — Groupe cible

Art. 51. Le programme de soins tertiaire pour enfants, ci-après dénommé "programme de soins tertiaire", est axé non seulement sur l'hospitalisation des enfants faisant partie du groupe cible du programme de soins de base et du programme de soins spécialisé, mais aussi sur l'hospitalisation des enfants gravement malades nécessitant des soins intensifs et/ou particulièrement spécialisés et pluri- et interdisciplinaires.

Afdeling 2. — Aard en inhoud van de zorg

Art. 52. Naast de zorgen die worden aangeboden in een basiszorgprogramma enerzijds en een gespecialiseerd zorgprogramma anderzijds, biedt het tertiair zorgprogramma hooggespecialiseerde pediatrische zorg aan waarbij minstens voldaan wordt aan opnamecriteria voor pediatrische intensieve zorg zoals gepreciseerd binnen het netwerk 'pediatrie' waarvan het zorgprogramma deel uitmaakt.

Het tertiair zorgprogramma omvat onder meer volgende afdelingen :

1° een afdeling complexe en/of multidisciplinaire pediatrische zorg;

2° een afdeling pediatrische intensieve zorgen;

3° een afdeling multidisciplinaire pediatrische raadpleging;

4° een afdeling multidisciplinaire pediatrische daghospitalisatie.

Afdeling 3. — Organisatorische normen

Art. 53. Naast de organisatorische normen die gelden voor het basiszorgprogramma en het gespecialiseerd zorgprogramma, moet een tertiair zorgprogramma eveneens de normen van deze afdeling naleven.

Art. 54. § 1. Het tertiair zorgprogramma maakt deel uit van een ziekenhuis of van een associatie van ziekenhuizen zoals bedoeld in paragrafen 5 en 6 van dit artikel, dat eveneens beschikt over volgend zorgaanbod :

1° een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg;

2° een erkende dienst voor intensieve neonatologie (kenletter NIC);

3° een erkend gespecialiseerd zorgprogramma voor pediatrische hemato-oncologie;

4° een centrum voor menselijke erfelijkheid;

5° een erkend zorgprogramma cardiale pathologie C;

6° een erkende medische dienst transplantatiecentrum.

Het in het eerste lid bedoelde zorgaanbod beschikt over aantoonbare medische en verpleegkundige pediatrische expertise.

§ 2. Het ziekenhuis of de associatie van ziekenhuizen zoals bedoeld in paragrafen 5 en 6 van dit artikel, waarvan het tertiair zorgprogramma deel uitmaakt, beschikt over een dienst medische beeldvorming met ervaring in de diagnostiek bij kinderen.

§ 3. Het ziekenhuis, of de associatie van ziekenhuizen, zoals bedoeld in paragrafen 5 en 6 van dit artikel, waarvan het tertiair zorgprogramma deel uitmaakt, voorziet in de mogelijkheid tot diagnostiek en behandeling van kinderen met nierinsufficiëntie'.

§ 4. Wanneer het ziekenhuis of de associatie van ziekenhuizen zoals bedoeld in paragrafen 5 en 6 van dit artikel waarvan het tertiair zorgprogramma deel uitmaakt niet zelf beschikt over het in paragraaf 1, eerste lid, 3° tot en met 6°, en paragraaf 3, bedoelde zorgaanbod, sluit het één of meerdere juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomsten af met één of meerdere ziekenhuizen teneinde over dergelijk zorgaanbod te kunnen beschikken.

§ 5. Wanneer een gewest over geen enkel tertiair zorgprogramma beschikt dat op één enkele vestigingsplaats voldoet aan alle erkenningsvoorwaarden, kunnen in afwijking op artikel 3, eerste lid, en met het oog op een betere toegankelijkheid tot de hooggespecialiseerde pediatrische zorg, in dat gewest twee tertiaire zorgprogramma's worden opgericht door uitbating in associatie op verschillende vestigingsplaatsen waarbij in afwijking op artikel 82, § 2, van de wet van 10 juli 2008 de verschillende vestigingsplaatsen gezamenlijk aan alle erkenningsnormen beantwoorden en voor zover aan alle hiernavolgende voorwaarden wordt voldaan :

1° het gaat om een associatie van maximum drie ziekenhuizen die deel uitmaken van eenzelfde MUG interventiezone, zoals omschreven in artikel 1, 2°, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "mobiele urgentiegroep" (MUG) moet voldoen om te worden erkend;

2° de vestigingsplaatsen van de associatie beschikken elk over een erkend gespecialiseerd zorgprogramma voor kinderen;

3° de vestigingsplaatsen van de associatie baten gezamenlijk één tertiair zorgprogramma uit dat voldoet aan alle erkenningsnormen;

4° de afdelingen bedoeld in artikel 52, tweede lid, 3° en 4°, kunnen gemeenschappelijk door de vestigingsplaatsen worden uitgebaat;

5° de afdelingen bedoeld in artikel 52, tweede lid, 1° en 2°, bevinden zich op één vestigingsplaats.

Section 2. — Nature et contenu des soins

Art. 52. Le programme de soins tertiaire propose non seulement les soins relevant du programme de soins de base, d'une part, et du programme de soins spécialisé, d'autre part, mais également des soins pédiatriques hautement spécialisés répondant au moins aux critères d'admission des soins intensifs pédiatriques tels que précisés au sein du réseau "pédiatrie" dont le programme de soins fait partie.

Le programme de soins tertiaire comporte notamment les unités suivantes :

1° une unité de soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires;

2° une unité de soins intensifs pédiatriques;

3° une unité de consultation pédiatrique multidisciplinaire;

4° une unité d'hospitalisation de jour pédiatrique multidisciplinaire.

Section 3. — Normes d'organisation

Art. 53. Un programme de soins tertiaire doit répondre non seulement aux normes d'organisation applicables au programme de soins de base et au programme de soins spécialisé, mais également aux normes de cette section.

Art. 54. § 1er. Le programme de soins tertiaire fait partie d'un hôpital, ou d'une association d'hôpitaux telle que visée aux paragraphes 5 et 6 du présent article, disposant également de l'offre de soins suivante :

1° une fonction agréée "soins urgents spécialisés";

2° un service agréé de néonatologie intensive (index NIC);

3° un programme agréé de soins spécialisés en hémato-oncologie pédiatrique;

4° un centre de génétique humaine;

5° un programme agréé de soins "pathologie cardiaque C";

6° un service médical agréé "centre de transplantation".

L'offre de soins visée à l'alinéa 1er dispose d'une expertise pédiatrique médicale et infirmière démontrable.

§ 2. L'hôpital ou l'association d'hôpitaux visée aux paragraphes 5 et 6 du présent article dont fait partie le programme de soins tertiaire dispose d'un service d'imagerie médicale expérimenté dans le domaine du diagnostic chez les enfants.

§ 3. L'hôpital, ou l'association d'hôpitaux visée aux paragraphes 5 et 6 du présent article dont fait partie le programme de soins tertiaire, prévoit la possibilité de diagnostic et de traitement de l'insuffisance rénale chez l'enfant.

§ 4. Si l'hôpital, ou l'association d'hôpitaux visée aux paragraphes 5 et 6 du présent article, dont fait partie le programme de soins tertiaire ne dispose pas lui/elle-même de l'offre de soins visée au § 1er, alinéa 1er, 3° à 6° inclus, et au paragraphe 3, il/elle conclut un ou plusieurs accord(s) de collaboration juridiquement formalisé(s) avec un ou plusieurs hôpitaux afin de pouvoir disposer de cette offre de soins.

§ 5. Lorsqu'une région ne dispose d'aucun programme de soins tertiaire répondant sur un seul site à toutes les conditions d'agrément, deux programmes de soins tertiaires peuvent être créés dans cette région, par dérogation à l'article 3, alinéa 1er, par le biais d'une exploitation en association sur plusieurs sites qui répondent conjointement à toutes les normes d'agrément, et ce par dérogation à l'article 82, § 2, de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 ainsi que pour assurer une meilleure accessibilité aux soins pédiatriques hautement spécialisés, pour autant qu'il soit satisfait à toutes les conditions mentionnées ci-après :

1° il s'agit d'une association de maximum trois hôpitaux faisant partie d'une même zone d'intervention SMUR, telle que définie à l'article 1er, 2°, de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréée;

2° les sites de l'association disposent chacun d'un programme de soins spécialisé pour enfants agréé;

3° les sites de l'association exploitent conjointement un programme de soins tertiaire répondant à toutes les normes d'agrément;

4° les unités visées à l'article 52, alinéa 2, 3° et 4°, peuvent être exploitées en commun par les sites;

5° les unités visées à l'article 52, alinéa 2, 1° et 2°, se trouvent, sur un seul site.

§ 6. Wanneer een gewest over slechts één tertiair zorgprogramma beschikt dat op één enkele vestigingsplaats voldoet aan alle erkenningsvoorwaarden, kan in afwijking op artikel 3, eerste lid, en met het oog op een betere toegankelijkheid tot de hooggespecialiseerde pediatrische zorg, in dat gewest één bijkomend tertiair zorgprogramma worden opgericht door uitbating in associatie op verschillende vestigingsplaatsen waarbij in afwijking op artikel 82, § 2, van de wet van 10 juli 2008 de verschillende vestigingsplaatsen gezamenlijk aan alle erkenningsnormen beantwoorden en voor zover aan alle in paragraaf 5, 1° tot en met 5° vermelde voorwaarden wordt voldaan.

§ 7. De toepassing van de paragrafen 5 en 6 kan in geen geval leiden tot de oprichting van meer dan twee tertiaire zorgprogramma's in het betrokken gewest.

Art. 55. Het tertiair zorgprogramma voorziet op ieder ogenblik in de mogelijkheid van dringend gemedicaliseerd intra-hospitaal transport van kritisch zieke kinderen.

Dit transport dient te worden verzekerd door een ervaren team aangepast in samenstelling naargelang de ernst.

Een geneesheer van de equipe pediatrische intensieve zorg is steeds binnen de 20 minuten beschikbaar om dit team te vervoegen.

Overige modaliteiten met betrekking tot het dringend gemedicaliseerd transport van kritisch zieke kinderen worden vastgesteld door het netwerk 'pediatrie', waarvan het tertiair zorgprogramma deel uitmaakt.

Alle gegevens die betrekking hebben op het gemedicaliseerd transport van kritisch zieke kinderen, met inbegrip van indicatiestelling, uitgevoerde handelingen en behandelingen alsook (adverse) events, worden op een systematische manierweergegeven in een register dat bewaard wordt door het ziekenhuis.

Art. 56. Tertiaire zorgprogramma's werken mee aan een elektronisch systeem om onderling de opnamecapaciteit op ieder ogenblik te kunnen opvolgen.

Afdeling 4. — Infrastructuur en uitrusting

Art. 57. Naast de normen voor infrastructuur en uitrusting die gelden voor een basiszorgprogramma enerzijds en een gespecialiseerd zorgprogramma anderzijds, moet een tertiair zorgprogramma ook de normen van deze afdeling naleven.

Art. 58. De verpleegafdeling van de afdeling complexe en/of multidisciplinaire pediatrische zorg van het tertiair zorgprogramma beschikt over ten minste :

1° 24 E-bedden, waarvan de bedden bestemd voor polysomnografische diagnostiek worden uitgesloten;

2° voldoende patiëntenkamers, waarvan een voldoende aantal zijn uitgerust met apparatuur voor een gecentraliseerd elektronisch toezicht op de vitale parameters;

3° 8 individuele kamers om ten allen tijde patiënten te kunnen opnemen waarvoor isolatie noodzakelijk is.

Art. 59. De afdeling pediatrische intensieve zorgen beschikt over :

1° minimaal 8 individuele kamers/posities, op een volledig afgescheiden eenheid, met de mogelijkheid om 4 bedden bijkomend in gebruik te nemen indien noodzakelijk teneinde ten allen tijde kritisch zieke patiënten te kunnen opnemen. Minimaal 4 kamers beschikken over een toegangssas en een positieve/negatieve druk systeem in het kader van strikte isolatie bij besmettelijke ziekten, dan wel immuundepressie;

2° naast de mogelijkheid om in de nabijheid van het kind een ouder of begeleider te laten verblijven en inslapen, moet de mogelijkheid worden voorzien om de ouders of begeleiders buiten de afdeling op de campus te laten overnachten indien deze nood zich opdringt;

3° elke positie dient voorzien te zijn van alle noodzakelijke intensieve monitoring en materiaal voor medische zorg, inclusief de mogelijkheid tot kunstmatige ventilatie;

4° een programma van systematisch technisch toezicht van alle apparatuur dient voorhanden te zijn.

§ 6. Lorsqu'une région ne dispose que d'un programme de soins tertiaire répondant sur un seul site à toutes les conditions d'agrément, , un programme de soins tertiaire complémentaire peut être créé dans cette région, par dérogation à l'article 3, alinéa 1er, par le biais d'une exploitation en association sur plusieurs sites qui répondent conjointement à toutes les normes d'agrément, et ce par dérogation à l'article 82, § 2, de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 ainsi que pour assurer une meilleure accessibilité aux soins pédiatriques hautement spécialisés, pour autant qu'il soit satisfait à toutes les conditions mentionnées au paragraphe 5, 1° à 5° inclus.

§ 7. L'application des §§ 5 et 6 ne peut en aucun cas mener à la création de plus de deux programmes de soins tertiaires dans la région concernée.

Art. 55. Le programme de soins tertiaire prévoit à tout moment la possibilité d'assurer le transport urgent médicalisé et intra-hospitalier des enfants malades avec instabilité vitale.

Ce transport doit être assuré par une équipe expérimentée dont la composition est adaptée en fonction de la gravité.

Un médecin de l'équipe de soins intensifs pédiatriques est à tout moment disponible dans les 20 minutes pour rejoindre cette équipe.

Les autres modalités relatives au transport médicalisé urgent des enfants malades avec instabilité vitale sont fixées par le réseau "pédiatrie" dont fait partie le programme de soins tertiaire.

Toutes les données relatives au transport médicalisé des enfants malades avec instabilité vitale, en ce compris l'indication, les actes et traitements réalisés ainsi que les événements (indésirables), sont systématiquement consignés dans un registre qui est conservé par l'hôpital.

Art. 56. Les programmes de soins tertiaires collaborent à un système électronique leur permettant de suivre à tout moment leurs capacités d'admission.

Section 4. — Infrastructure et équipement

Art. 57. Un programme de soins tertiaire doit non seulement répondre aux normes applicables à l'infrastructure et à l'équipement d'un programme de soins de base, d'une part, et d'un programme de soins spécialisé, d'autre part, mais également aux normes de cette section.

Art. 58. L'unité de soins de l'unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" du programme de soins tertiaire dispose au minimum :

1° de 24 lits E, dont les lits destinés au diagnostic polysomnographique sont exclus;

2° d'un nombre suffisant de chambres de patient, dont suffisamment sont équipées d'appareils permettant une surveillance électronique centralisée des paramètres vitaux;

3° de 8 chambres individuelles pour pouvoir hospitaliser à tout moment les patients pour lesquels l'isolement est indiqué.

Art. 59. L'unité "soins intensifs pédiatriques" dispose de l'infrastructure et de l'équipement suivants :

1° l'unité possède au moins 8 chambres/positions individuelles, dans une unité totalement séparée, avec possibilité de mettre en service 4 lits supplémentaires si nécessaire pour pouvoir hospitaliser à tout moment les patients malades avec instabilité vitale. Au moins quatre chambres disposent d'un sas d'entrée et d'un système de pression positive ou négative lorsqu'un isolement strict est nécessaire dans le cas de maladie contagieuse ou d'immunodépression;

2° outre la possibilité de faire séjourner et dormir un parent ou accompagnant près de son enfant, il y a lieu, en cas de besoin, de donner la possibilité aux parents ou accompagnants de passer la nuit sur le site en dehors de l'unité;

3° chaque position doit être pourvue de tout le monitoring intensif et de tout le matériel de soins médicaux nécessaires, en ce compris la possibilité de ventilation assistée;

4° il y a lieu de prévoir un programme de surveillance technique systématique de tous les appareils.

Afdeling 5. — Medische en niet-medische personeelsomkadering

Onderafdeling 1. — Algemeen

Art. 60. Naast de normen die gelden met betrekking tot de medische en niet-medische personeelsomkadering van een basiszorgprogramma enerzijds en een gespecialiseerd zorgprogramma anderzijds, zijn de normen van deze afdeling van toepassing op een tertiair zorgprogramma.

Art. 61. Minstens 2 geneesheren-specialisten per ieder van de hierna vermelde erkende subspecialismen of gedocumenteerde competenties zijn verbonden aan het tertiair zorgprogramma :

1° pediatrische nefrologie;

2° pediatrische gastro-enterologie;

3° pediatrische pneumologie;

4° pediatrische endocrino-diabetologie;

5° pediatrische neurologie en metabole aandoeningen;

6° pediatrische orthopedie/traumatologie;

7° pediatrische chirurgie;

8° pediatrische cardiologie;

9° pediatrische anesthesiologie;

10° pediatrische revalidatie;

11° pediatrische infectiologie.

De expertise in de in het eerste lid bedoelde subspecialismen of de bijzondere aantekening, is aantoonbaar aan de hand van (buitenlandse) stages en publicaties.

De medische permanentie van een tertiair zorgprogramma wordt verzekerd met dien verstande dat het 24 uur op 24, 7 dagen op 7 een beroep kan doen op een geneesheer-specialist van ieder van de in het eerste lid bedoelde subspecialismen of aantekeningen, met uitzondering van het subspecialisme bedoeld in 10°.

Art. 62. Het tertiair zorgprogramma beschikt over een datamanager.

Daarnaast beschikt het tertiair zorgprogramma binnen het ziekenhuis over volgende competenties :

1° een klinisch psycholoog met pediatrische expertise;

2° sociaal verpleegkundigen/assistenten;

3° klinische farmacie;

4° een technisch medewerker met wachtdienst voor dringende herstellingen van kritieke apparatuur.

Onderafdeling 2. — Afdeling complexe en/of multidisciplinaire pediatrische zorg

Art. 63. § 1. De medische leiding van een afdeling complexe en/of multidisciplinaire pediatrische zorg binnen het tertiair zorgprogramma wordt uitgeoefend door een pediater die voltijds verbonden is aan het tertiair zorgprogramma en voltijds ter beschikking staat van de afdeling.

§ 2. Hij is in het bijzonder verantwoordelijk voor :

1° de goede werking van de afdeling, zowel medisch als wat betreft de psychosociale omkadering, met een specifieke focus op kwaliteit en patiëntveiligheid;

2° de procedures en de kwaliteit van reanimatie op de afdeling, in nauwe samenwerking met de medische leiding van de afdeling 'pediatrische intensieve zorg';

3° de continue interne kwaliteitscontrole inclusief verantwoord dossierbeheer, communicatie met verwijzers en andere betrokken zorgverleners;

4° jaarlijkse bespreking in het netwerk, het college pediatrie;

5° het optimaal inzetten van het beschikbare medische personeel opdat de continuïteit van de medische zorg 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 wordt verzekerd.

6° de opleiding en de vorming van de medische personeelsleden werkzaam binnen het zorgprogramma.

Art. 64. De medische permanentie van een afdeling complexe en/of multidisciplinaire pediatrische zorg wordt uitgeoefend door ten minste 1 pediater, die voltijds verbonden is aan het tertiair zorgprogramma en op dat moment voltijds ter beschikking staat van de afdeling.

Wanneer de in het eerste lid bedoelde pediater niet aanwezig is in de instelling, is hij steeds oproepbaar en moet hij zich onverwijld naar de afdeling begeven.

Section 5. — Cadre médical et non médical

Sous-section 1re. — Généralités

Art. 60. Le programme de soins tertiaire est soumis non seulement aux normes qui régissent l'encadrement médical et non médical du programme de soins de base, d'une part, et du programme de soins spécialisé, d'autre part, mais également aux normes de cette section.

Art. 61. Au moins deux médecins spécialistes pour chacune des sous-spécialités reconnues ou compétences documentées mentionnées ci-dessous sont attachés au programme de soins tertiaire

1° néphrologie pédiatrique;

2° gastro-entérologie pédiatrique;

3° pneumologie pédiatrique;

4° endocrino-diabétologie pédiatrique;

5° neurologie pédiatrique et affections métaboliques;

6° orthopédie/traumatologie pédiatrique;

7° chirurgie pédiatrique;

8° cardiologie pédiatrique;

9° anesthésiologie pédiatrique;

10° réadaptation pédiatrique;

11° infectiologie pédiatrique.

L'expertise dans les sous-spécialités visées à l'alinéa 1er ou dans la mention particulière est démontrable au moyen de stages (extérieurs) et de publications.

La permanence médicale d'un programme de soins tertiaire est assurée étant entendu qu'il peut faire appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à un médecin spécialiste de chacune des sous-spécialités ou mentions visées à l'alinéa 1er, à l'exception de la sous-spécialité visée sous 10°.

Art. 62. Le programme de soins tertiaire dispose d'un data manager.

En outre, le programme de soins tertiaire dispose des compétences suivantes au sein de l'hôpital :

1° un psychologue clinique ayant une expertise pédiatrique;

2° des infirmiers/assistants sociaux;

3° une pharmacie clinique;

4° un collaborateur technique avec un service de garde pour toute réparation urgente de matériel critique.

Sous-section 2. — Unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires"

Art. 63. § 1er. La direction médicale d'une unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" au sein d'un programme de soins tertiaire est exercée par un pédiatre attaché à plein temps au programme de soins tertiaire et mis à plein temps à la disposition de l'unité.

§ 2. Celui-ci est plus particulièrement responsable :

1° du bon fonctionnement de l'unité, aussi bien au niveau médical qu'au niveau de l'encadrement psychosocial, avec un accent particulier sur la qualité et la sécurité du patient;

2° des procédures et de la qualité de la réanimation dans l'unité, en étroite collaboration avec la direction médicale de l'unité "soins intensifs pédiatriques";

3° du contrôle de qualité interne permanent, en ce compris la gestion rationnelle des dossiers et la communication avec les référents et les autres prestataires de soins concernés;

4° du débat annuel au sein du réseau et du collège pédiatrie;

5° de l'affectation optimale du personnel médical disponible afin de garantir la continuité des soins médicaux 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

6° de l'éducation et de la formation des membres du personnel médical travaillant dans le programme de soins

Art. 64. La permanence médicale de l'unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" est exercée par au moins un pédiatre attaché à plein temps au programme de soins tertiaire et mis à plein temps à la disposition de l'unité.

Lorsque le pédiatre visé à l'alinéa 1er n'est pas présent au sein de l'établissement, il est appelable à tout moment et doit se rendre immédiatement dans l'unité.

In dat geval is er steeds een kandidaat geneesheer-specialist pediatrie die minstens het tweede jaar van zijn/haar opleiding heeft aangevat, aanwezig in de instelling.

Art. 65. De hoofdverpleegkundige van de afdeling complexe en/of multidisciplinaire pediatrische zorg binnen het tertiair zorgprogramma wordt uitgeoefend door een hoofdverpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie en neonatologie.

Hij/zij heeft minstens 5 jaar aantoonbare ervaring in een zorgprogramma voor kinderen en is voltijds verbonden aan het tertiair zorgprogramma.

Art. 66. De hoofdverpleegkundige van de afdeling complexe en/of multidisciplinaire pediatrische zorg is, in nauwe samenwerking met de medisch verantwoordelijke, verantwoordelijk voor :

1° de goede werking van de afdeling, zowel verpleegkundig als wat betreft de psychosociale omkadering, met een specifieke focus op kwaliteit en patiëntveiligheid;

2° de organisatie van de directe patiëntenzorg met inbegrip van monitoring van patiënten, opmaak van het verpleegkundig dossier, materiaal beheer en interne kwaliteitscontrole;

3° het verzekeren van de verpleegkundige permanentie 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 door het optimaal inzetten van het verpleegkundig personeelsbestand;

4° de opleiding en de vorming van de niet-medische personeelsleden binnen het zorgprogramma.

Art. 67. De afdeling complexe en/of multidisciplinaire pediatrische zorgen beschikt over voldoende verpleegkundigen die naar kwalificatie worden aangepast in functie van de aard en de complexiteit van de patiëntenproblemen en het volume van de patiëntenpopulatie.

De aanwezigheid van minstens twee verpleegkundigen wordt gewaarborgd 24 uur op 24 en 7 dagen op 7.

Ten minste 75 % van van de verpleegkundigen is ofwel verpleegkundige, houder van hetzij de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie of in de neonatologie, hetzij de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallenzorg, ofwel verpleegkundigen die op datum van publicatie van dit besluit in het *Belgisch Staatsblad* minstens 5 jaar effectief werkzaam zijn in een erkend zorgprogramma voor kinderen.

Tenminste één van de in het vorige lid bedoelde verpleegkundigen is gespecialiseerd in de pediatrie.

De afdeling beschikt over een referentieverpleegkundige op vlak van pijnbeleid en kan een beroep doen op een ziekenhuisapotheker met expertise in de klinische farmacie.

Onderafdeling 3. — Afdeling pediatrische intensieve zorgen

Art. 68. De medische leiding van een afdeling 'pediatrische intensieve zorg' wordt uitgeoefend door een pediater met bijzondere beroepstitel 'intensieve zorg' of een geneesheer-specialist in een andere discipline met bijzondere beroepstitel 'intensieve zorg' en ten minste 7 jaar bewijsbare ervaring in de zorg van kritiek zieke kinderen. Hij is voltijds verbonden aan de afdeling pediatrische intensieve zorgen.

Art. 69. De medische leiding van de afdeling pediatrische intensieve zorg is verantwoordelijk voor :

1° de goede werking van de medische afdeling, zowel medisch wetenschappelijk als wat betreft de psychosociale omkadering, met een specifieke focus op patiënt veiligheid en comfort, en met respect voor de culturele en sociale achtergrond van elke patiënt;

2° de procedures en de kwaliteit van secundair transport binnen het netwerk 'pediatrie' inclusief het maken van afspraken met andere tertiaire, gespecialiseerde en basiszorgprogramma's inzake garantie van opname voor kritiek zieke kinderen;

3° de procedures en de opvolging van de kwaliteit van reanimatie binnen het zorgprogramma;

4° de procedures en mogelijkheid tot opleiding voor personeel van de verwijzende centra binnen het netwerk 'pediatrie';

5° de continue interne kwaliteitscontrole inclusief verantwoord dossierbeheer, communicatie met verwijzers en andere betrokken zorgverleners;

6° het verzekeren van de medische permanentie 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 door het optimaal inzetten van het medisch personeel in overleg met de hoofdgeneesheer;

Dans ce cas, au moins un candidat-médecin spécialiste en pédiatrie ayant entamé au minimum la deuxième année de sa formation est toujours présent au sein de l'établissement.

Art. 65. La fonction d'infirmier en chef de l'unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" au sein du programme de soins tertiaire est exercée par un infirmier en chef porteur du titre professionnel particulier en pédiatrie et néonatologie.

Il atteste d'au moins 5 années d'expérience dans un programme de soins pour enfants et est attaché à plein temps au programme de soins tertiaire.

Art. 66. L'infirmier en chef de l'unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" est, en étroite collaboration avec le responsable médical, responsable :

1° du bon fonctionnement de l'unité, aussi bien au niveau infirmier qu'au niveau de l'encadrement psychosocial, avec un accent particulier sur la qualité et la sécurité du patient;

2° de l'organisation des soins directs aux patients, en ce compris le monitoring des patients, l'élaboration du dossier infirmier, la gestion du matériel et le contrôle de qualité interne;

3° de la garantie de la permanence infirmière 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, grâce à l'affectation optimale du personnel infirmier;

4° de l'éducation et de la formation des membres du personnel non médical travaillant dans le programme de soins.

Art. 67. L'unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" dispose d'infirmiers en nombre suffisant et dont les qualifications sont adaptés en fonction de la nature et de la complexité des problèmes des patients ainsi que du volume de la population des patients.

La présence d'au moins deux infirmiers est garantie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Au moins 75 % des infirmiers sont ou bien des infirmiers porteurs soit d'un titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie ou en néonatologie, soit d'un titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence ou bien des infirmiers travaillant effectivement depuis 5 ans dans un programme de soins pour enfants agréé, à la date de publication du présent arrêté au *Moniteur belge*.

Au moins un des infirmiers visés à l'alinéa précédent est specialisé en pédiatrie.

L'unité dispose d'un infirmier de référence dans le domaine de la gestion de la douleur et peut faire appel à un pharmacien hospitalier possédant une certaine expertise dans la domaine de la pharmacie clinique.

Sous-section 3. — Unité "soins intensifs pédiatriques"

Art. 68. La direction médicale de l'unité "soins intensifs pédiatriques" est exercée par un pédiatre porteur du titre professionnel particulier "soins intensifs" ou par un médecin spécialiste dans une autre discipline porteur du titre professionnel particulier "soins intensifs" et possédant au moins 7 années d'expérience confirmée dans le domaine des soins aux enfants malades avec instabilité vitale. Il est attaché à plein temps à l'unité "soins intensifs pédiatriques".

Art. 69. La direction médicale de l'unité "soins intensifs pédiatriques" est responsable :

1° du bon fonctionnement de l'unité médicale, aussi bien au niveau scientifique médical qu'au niveau de l'encadrement psychosocial, avec un accent particulier sur la sécurité et le confort du patient, et dans le respect du milieu culturel et social de chaque patient;

2° des procédures et de la qualité du transport secondaire au sein du réseau "pédiatrie", en ce compris les accords passés avec d'autres programmes de soins tertiaires, spécialisés et de base afin de garantir l'admission des enfants malades avec instabilité vitale;

3° des procédures et du suivi de la qualité de réanimation au sein du programme de soins;

4° des procédures et des possibilités de formation du personnel des centres référents au sein du réseau "pédiatrie";

5° du contrôle de qualité interne permanent, en ce compris la gestion rationnelle des dossiers et la communication avec les référents et les autres prestataires de soins concernés;

6° de la garantie d'une permanence médicale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, grâce à l'affectation optimale du personnel médical en concertation avec le médecin en chef;

7° de opleiding en de vorming van de medische personeelsleden werkzaam binnen het zorgprogramma.

Art. 70. De medische equipe bestaat uit 1 VTE geneesheer per aangevatte schijf van 4 bedden.

De geneesheren die deel uitmaken van de medische equipe zijn geneesheren-specialisten met een bijzondere beroepstitel 'intensieve zorg' en tenminste 3 jaar voltijdse ervaring in de pediatrische intensieve zorg. Minstens 1 van hen is pediater , houder van de bijzondere beroepstitel intensieve zorg.

Art. 71. De medische permanentie van een afdeling pediatrische intensieve zorg wordt uitgeoefend door ten minste 1 geneesheer-specialist met bijzondere beroepstitel 'intensieve zorg', voltijds verbonden aan het zorgprogramma, die ofwel aanwezig is in de instelling, ofwel onmiddellijk bereikbaar en oproepbaar via telefoon. Hij begeeft zich onverwijld naar de afdeling.

De geneesheer die de medische permanentie waarneemt van een afdeling pediatrische intensieve zorg staat exclusief ter beschikking van deze afdeling en kan zijn wachtdienst niet cumuleren met enige activiteit elders in het ziekenhuis.

Wanneer de in het eerste lid bedoelde geneesheer enkel oproepbaar is, is minstens één van de volgende geneesheren aanwezig in het ziekenhuis : een geneesheer-specialist in opleiding tot bijzondere beroepstitel 'intensieve zorg', een geneesheer-specialist (in opleiding) in de pediatrie, een geneesheer-specialist (in opleiding) in de anesthesie.

De geneesheren-specialist in opleiding bedoeld in het vorige lid beschikken over minstens 3 jaar basisopleiding in het specialisme.

Ieder van de in het tweede lid bedoelde geneesheren heeft een nationaal of internationaal gecertificeerde opleiding in de pediatrische reanimatie gevolgd en beschikt over tenminste 3 maanden gesupervi-seerde ervaring in de zorg en reanimatie van het kritiek zieke kind.

Art. 72. De functie van hoofdverpleegkundige van een afdeling 'pediatrische intensieve zorg' wordt uitgeoefend door een verpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie of verpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de spoedgevallen en intensieve zorg en/of heeft ten minste 5 jaar bewijsbare ervaring als hoofdverpleegkundige in een functie intensieve zorgen.

Hij/zij is voltijds verbonden aan het tertiair zorgprogramma.

Art. 73. De hoofdverpleegkundige van de afdeling 'pediatrische intensieve zorg' is, in nauwe samenwerking met de geneesheer-afdelingshoofd, binnen de afdeling verantwoordelijk voor de organisatie van de directe patiëntenzorg inclusief patiëntmonitoring, de opmaak van het verpleegkundig dossier, het materiaalbeheer, de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, noodzakelijke dataregistratie en de opleiding en de vorming van de niet-medische personeelsleden binnen het zorgprogramma.

Art. 74. De verpleegkundige bestaffing van de afdeling 'pediatrische intensieve zorg' bestaat uit de hoofdverpleegkundige en ten minste 2 verpleegkundigen per aangevatte schijf van 4 bedden. Minimaal 75 % van de verpleegkundigen is hetzij houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de spoed en intensieve zorg, hetzij houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie, hetzij bachelor verpleegkundigen die een ervaring van minstens 5 jaar in een afdeling 'pediatrische intensieve zorg' kunnen aantonen.

Afdeling 6. — Normen voor kwaliteitsopvolging

Art. 75. Naast de normen voor kwaliteitsopvolging die gelden voor een basiszorgprogramma enerzijds en een gespecialiseerd zorgprogramma anderzijds, moet een tertiair zorgprogramma ook de hiernavolgende regels naleven.

Art. 76. Elk ziekenhuis met een tertiair zorgprogramma maakt deel uit van een netwerk 'pediatrie' zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 2 april 2014 tot vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk 'pediatrie'.

Art. 77. Ieder ziekenhuis met tertiair zorgprogramma sluit een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst af met één of meerdere ziekenhuizen met een basiszorgprogramma en een gespecialiseerd zorgprogramma.

7° de l'éducation et de la formation des membres du personnel médical travaillant dans le programme de soins.

Art. 70. L'équipe médicale se compose d'un ETP médecin par tranche entamée de 4 lits.

Les médecins faisant partie de l'équipe médicale sont des médecins spécialistes porteurs d'un titre professionnel particulier "soins intensifs" et possédant au moins 3 années d'expérience à plein temps dans le domaine des soins intensifs pédiatriques. Au moins l'un d'entre eux est un pédiatre porteur du titre professionnel particulier "soins intensifs".

Art. 71. La permanence médicale d'une unité "soins intensifs pédiatriques" est exercée par au moins un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier "soins intensifs", attaché à plein temps au programme de soins, et qui est soit présent au sein de l'établissement, soit directement joignable et appelable par téléphone. Il se rend immédiatement dans l'unité.

Le médecin qui assure la permanence médicale d'une unité "soins intensifs pédiatriques" est exclusivement mis à disposition de cette unité et ne peut cumuler son service de garde avec aucune autre activité ailleurs dans l'hôpital.

Si le médecin visé à l'alinéa 1er est uniquement joignable, au moins un des médecins suivants est présent dans l'hôpital : un médecin spécialiste en formation pour l'obtention du titre professionnel particulier "soins intensifs", un médecin spécialiste (en formation) en pédiatrie, un médecin spécialiste (en formation) en anesthésie.

Les médecins-spécialiste en formation tels que visés dans l'alinéa précédent, possèdent au moins 3 années de formation de base dans la spécialité.

Chacun des médecins visés à l'alinéa 2 a suivi une formation en réanimation pédiatrique certifiée au niveau national ou international, et possède au moins trois mois d'expérience supervisée dans le domaine des soins et de la réanimation des enfants malades avec instabilité vitale.

Art. 72. La fonction d'infirmier en chef d'une unité "soins intensifs pédiatriques" est exercée par un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatologie ou un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et urgence et/ou possède au moins 5 années d'expérience démontrable comme infirmier en chef dans une fonction de soins intensifs.

Il est attaché à plein temps au programme de soins tertiaire.

Art. 73. L'infirmier en chef de l'unité "soins intensifs pédiatriques" est, en étroite collaboration avec le médecin chef d'unité, responsable au sein de l'unité de l'organisation des soins directs aux patients, en ce compris le monitoring des patients, la tenue du dossier infirmier, la gestion du matériel, la qualité des soins infirmiers, l'enregistrement des données nécessaires et l'éducation et la formation des membres du personnel non médical travaillant dans le programme de soins.

Art. 74. Le personnel infirmier de l'unité "soins intensifs pédiatriques" se compose de l'infirmier en chef et de minimum 2 infirmiers par tranche entamée de 4 lits. Au moins 75 % des infirmiers est soit porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en "soins intensifs et urgence", soit porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatologie, soit infirmier bachelier pouvant attester d'au moins 5 ans d'expérience dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

Section 6. — Normes relatives au suivi de la qualité

Art. 75. Le programme de soins tertiaire doit non seulement répondre aux normes relatives au suivi de la qualité qui s'appliquent au programme de soins de base, d'une part, et au programme de soins spécialisé, d'autre part, mais également aux règles définies ci-après.

Art. 76. Tout hôpital disposant d'un programme de soins tertiaire fait partie d'un réseau "pédiatrie" tel que visé dans l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau "pédiatrie".

Art. 77. Tout hôpital disposant d'un programme de soins tertiaire conclut un accord de collaboration juridiquement formalisé avec un ou plusieurs hôpitaux disposant d'un programme de soins de base et d'un programme de soins spécialisé.

Deze overeenkomst bevat onder meer een transfert-en transportprotocol met het oog op het snel en efficiënt vervoeren van patiënten van de ene instelling naar de andere wanneer meer gespecialiseerde of intensieve zorgen nodig zijn.

Bij de opmaak van het in het tweede lid bedoelde protocol wordt rekening gehouden met de afspraken die door het netwerk 'pediatrie' werden gemaakt in verband met verwijzing en terugverwijzing van patiënten, overeenkomstig artikel 5, § 2, 2°, van het koninklijk besluit van 2 april 2014 houdende vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk 'pediatrie'.

Art. 78. Het tertiair zorgprogramma rapporteert jaarlijks aan het college 'pediatrie', het college 'intensieve zorg' en aan het netwerk waarvan het deel uitmaakt.

HOOFDSTUK V. — *Opheffings- en wijzigingsbepalingen*

Art. 79. Het koninklijk besluit van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend, wordt opgeheven.

Art. 80. De minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 2 april 2014.

FILIP

Van Koningswege

De Minister van Sociale Zaken en van Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

Cette convention de collaboration inclut entre autres un protocole de transfert et de transport en vue d'assurer le transport rapide et efficace des patients d'un établissement à l'autre lorsque ceux-ci nécessitent des soins plus spécialisés ou intensifs.

Lors de l'élaboration du protocole, visé à l'alinéa 2, il est tenu compte des accords qui ont été conclus par le réseau 'pédiatrie' concernant les transferts et retransferts des patients, conforme à l'article 5, § 2, 2°, de l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau 'pédiatrie'.

Art. 78. Le programme de soins tertiaire fait annuellement rapport au collège "pédiatrie", au collège "soins intensifs" et au réseau dont il fait partie.

CHAPITRE V. — *Dispositions abrogatoires et modificatives*

Art. 79. L'arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée, est abrogé.

Art. 80. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 avril 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

[C − 2014/24122]

2 APRIL 2014. — Koninklijk besluit houdende vaststelling van de erkenningsnormen voor het netwerk "pediatrie"

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008, artikelen 11, 20 en 67;

Gelet op het koninklijk besluit van 2 april 2014 waarbij sommige bepalingen van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen toepasselijk worden verklaard op het netwerk "pediatrie", artikel 1;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Programmatie en Erkenning, van 14 juni 2012;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 7 juli 2013;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 25 februari 2014;

Gelet op het advies nr. 55.348/3 van de Raad van State gegeven op 17 maart 2014, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van de State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Het netwerk "pediatrie" is gericht op het aanbieden van zorgcircuits, zoals omschreven in artikel 11, § 1, 2°, van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008, binnen een bepaald gebied aan kinderen die de leeftijd van 15 jaar niet hebben bereikt, in het kader van een juridisch geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst.

Art. 2. Het netwerk "pediatrie" biedt minstens volgende zorgcircuits aan :

1° Zorgcircuit ernstig trauma;

2° Zorgcircuit acuut nierfalen;

3° Zorgcircuit acuut leverfalen;

4° Zorgcircuit cardiorespiratoir falen;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

[C − 2014/24122]

2 AVRIL 2014. — Arrêté royal fixant les normes d'agrément pour le réseau "pédiatrie"

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins du 10 juillet 2008, articles 11, 20 et 67;

Vu l'arrêté royal du 2 avril 2014 rendant certaines dispositions de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, applicables au réseau « pédiatrie », article 1er;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section Programmation et Agrément, donné le 14 juin 2012;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 7 juillet 2013;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 25 février 2014;

Vu l'avis n° 55.348/3 du Conseil d'Etat, donné le 17 mars 2014, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Le réseau "pédiatrie" vise à proposer des circuits de soins, tels que définis à l'article 11, § 1, 2°, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins dans une zone déterminée, aux enfants n'ayant pas atteint l'âge de 15 ans, dans le cadre d'un accord de collaboration juridique.

Art. 2. Le réseau "pédiatrie" propose au moins les circuits de soins suivants :

1° Un circuit de soins traumatismes graves;

2° Un circuit de soins insuffisance rénale aiguë;

3° Un circuit de soins insuffisance hépatique aiguë;

4° Un circuit de soins insuffisance cardio-respiratoire;